

**PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD**  
**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2010**

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	265	DE LORA NOVILLO, PABLO ANTONIO	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CONTROL DE PACIENTES TERMINALES DURANTE LA ATENCION CONTINUADA	CS ATECA	
AT.PRIMARIA	115	LATORRE ARNEDO, LUIS	REALIZACION DE UN PROTOCOLO SOBRE POSIBLES COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MENOR EN EL PROPIO CENTRO DE SALUD	CS ATECA	
AT.PRIMARIA	74	BAYO IZQUIERDO, MARIA CELESTE	OPTIMIZACION DEL CARRO DE PARADAS DEN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD	CS CALATAYUD NORTE (URBANO)	
AT.PRIMARIA	192	MILLAN SOBRINO, ESTELA	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA: CANCER ORAL Y ATENCION A LA EMBARAZADA	CS CALATAYUD NORTE (URBANO)	
AT.PRIMARIA	90	POBES LACRUZ, MARIA JESUS	TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD	CS CALATAYUD NORTE (URBANO)	
AT.PRIMARIA	374	LORENTE ORTILLES, TERESA	OPTIMIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE DE ATENCION PRIMARIA DE DAROCA	CS DAROCA	
AT.PRIMARIA	228	DIESTE AISA, LUCIA	RECICLAJE O ELIMINACION CORRECTA DE LOS ELEMENTOS QUE NO SE UTILIZAN EN EL CENTRO DE SALUD	CS ILLUECA	
AT.PRIMARIA	411	SAINZ MONTANER, NADEIA	IMPLANTACION DEL PROCESO DE "GESTION DE LOS MEDICAMENTOS DE LOS BOTIQUINES DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD"	DAP CALATAYUD	
AT.ESPECIALIZ.	461	BALLESTIN LIARTE, EVA	MEJORA DE LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	173	CAMPO SANZ, MATILDE	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA INCREMENTAR LA VACUNACION DE DIFTERIA Y TETANOS EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	325	CASANOVA CARTIE, NATALIA	PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE CUIDADOS ENFERMEROS	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	444	CLEMENTE SALA, MARIA ESPERANZA	GARANTIZAR LA ESTERILIDAD DE LOS MATERIALES MEDICO QUIRURGICOS HASTA EL MOMENTO DEL USO EN EL AREA QUIRURGICA	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	531	GARCIA MONTERO, JOSE IGNACIO	INFORMATIZACION DEL AREA DE PACIENTES AMBULATORIOS Y MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA AL INICIO DE LA TERAPIA II EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	430	GIMENEZ CHAVARRIA, CARMEN	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD ESTANDARIZADO APLICABLE A LOS MATERIALES MEDICO-QUIRURGICOS	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	448	JIMENEZ RUBIANO, BERTA MARIA	APOYO INFORMATICO Y PROTOCOLIZACION EN LA PRESCRIPCION ONCOLOGICA DE QUIMIOTERAPIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	362	MARRON MOYA, SERVANDO EUGENIO	INTERVENCION PSICOLOGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	326	MARTIN MARTINEZ, MARIA JOSE	NORMALIZACION DE LA REVISION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	365	ORELLANA GARCIA, RAQUEL	PREVENCION DE LAS RECAIDAS DEL DOLOR LUMBAR EN EL PERSONAL SANITARIO QUE MOVILIZA PACIENTES Y CARGAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	327	RUBIO MONTUENGA, MARIA JOSE	ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	208	SOLER GIMENO, TERESA	DESARROLLAR E IMPLANTAR EL PROCEDIMIENTO PARA DIFUNDIR MENSUALMENTE EL NUMERO Y TIPO DE ACCIDENTES LABORALES QUE HAN PADECIDO TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			A TRAVES DE LA INTRANET DEL SECTOR		
AT.ESPECIALIZ.	451	VICENTE ITURBE, CRISTINA	CONTROL DE TEMPERATURA EN LAS NEVERAS DE MEDICAMENTOS DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH	HOSPITAL ERNEST LLUCH	
AT.ESPECIALIZ.	475	YAÑEZ RODRIGUEZ, FELICIDAD	DERIVACIONES DEL PAC DE CALATAYUD AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL "ERNEST LLUCH": OPORTUNIDADES PARA LA REFLEXION	HOSPITAL ERNEST LLUCH	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 265

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CONTROL DE PACIENTES TERMINALES DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE ..... PABLO ANTONIO DE LORA NOVILLO
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... CS ATECA
  - Servicio/Unidad .. CS ATECA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JESÚS BORRAZ ABELLA - MÉDICO - CENTRO DE SALUD ATECA - MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
  - LUIS JUAN LATORRE ARNEDO - MÉDICO - CENTRO DE SALUD ATECA - MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
  - FRANCISCO JAVIER SANZ LIZARAZU - MÉDICO - CENTRO DE SALUD ATECA - MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
  - ANTONIO BUENO TABERNEIRO - ENFERMERO - CENTRO DE SALUD ATECA - ENFERMERO DE ATENCIÓN PRIMARIA
  - MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS - ENFERMERA CENTRO DE SALUD ATECA - ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA
  - TERESA MATEO BERNAL - ENFERMERA - CENTRO DE SALUD ATECA - ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA
  - MAGDALENA CRUZ MELENDO BUENO - ENFERMERA - CENTRO DE SALUD ATECA - ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ACTUALMENTE EL SISTEMA DE FEEDBACK DE LA INFORMACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES SE REALIZA A TRAVÉS DE LOS REGISTROS EN OMI, EN LA HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL (EXISTEN CUPOS AÚN SIN INFORMATIZAR) O INCLUSO DE FORMA VERBAL EN LOS CAMBIOS DE TURNO. ESTAS CIRCUNSTANCIAS NO ASEGURAN NI LA CONTINUIDAD NI LA ACTUALIZACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD A LOS PACIENTES TERMINALES

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - LOS PROFESIONALES QUE REALIZAN LA ATENCIÓN CONTINUADA DISPONDRÁN PERMANENTEMENTE DE LA INFORMACIÓN COMPLETA Y ACTUALIZADA QUE LES PERMITA CUMPLIR CON LAS NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS INCLUIDAS EN LA CARTERA DE SERVICIOS 314: SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL. - DE LA MISMA MANERA, LOS PROFESIONALES DE CABECERA TENDRÁN CONSTANCIA DE TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE LA ATENCIÓN CONTINUADA CON LOS PACIENTES DE SU CUPO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - SE ELABORARÁ UNA HOJA DE REGISTRO UNIFICADA CON AL MENOS TODOS LOS DATOS QUE SE RECOGEN EN LAS NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS DEL SERVICIO 314. - EL RESPONSABLE DE LA INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL TERMINAL SERÁ EL QUE CUMPLIMENTE LOS DATOS INICIALES EN LA HOJA DE REGISTRO Y SE ENCARGARÁ DE DARLOS A CONOCER AL RESTO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LA MANERA QUE SE DECIDA COMO MÁS EFECTIVA. - SE ELABORARÁ UN PROCEDIMIENTO QUE GARANTICE EL QUE TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN CONTINUADA CONOZCAN QUÉ PACIENTES ESTÁN INCLUIDOS EN EL SERVICIO Y CUÁLES SON LAS ACTUACIONES DESARROLLADAS EN CADA UNA DE LAS ATENCIONES REALIZADAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - ELABORACIÓN DE LOS PROCESOS EN ABRIL/2010 Y SU PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN MAYO/2010. - EVALUACIÓN MENSUAL DEL SEGUIMIENTO EL PRIMER AÑO POR EL RESPONSABLE, Y TRIMESTRALMENTE POR EL EQUIPO. - CON LA IMPLANTACIÓN DEFINITIVA LA EVALUACIÓN SERÁ REALIZADA SEMESTRALMENTE POR EL RESPONSABLE O POR EL EQUIPO DE MANERA ALTERNATIVA. - SE UTILIZARÁ COMO INDICADOR LA PROPORCIÓN DE PACIENTES TERMINALES INCLUIDOS EN EL PROCEDIMIENTO A DISEÑAR SOBRE EL TOTAL DE ÉSTOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - ABRIL/2010: PUESTA EN COMÚN Y ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO QUE SIRVA DE BASE PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO. - MAYO/2010: PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO. - JUNIO/2010: EVALUACIÓN PERIÓDICA POR EL RESPONSABLE, CON CREACIÓN, SI FUERA NECESARIO, DE MEDIDAS CORRECTORAS.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 265

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CONTROL DE PACIENTES TERMINALES DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

- NOVIEMBRE/2010: EVALUACIÓN POR TODO EL EQUIPO E IMPLANTACIÓN DEFINITIVA DEL PROTOCOLO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL ADMINISTRATIVO .....	1.100 €
Total .....	1.100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 115

**REALIZACION DE UN PROTOCOLO SOBRE POSIBLES COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MENOR EN EL PROPIO CENTRO DE SALUD**

2. RESPONSABLE ..... LUIS LATORRE ARNEDO  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... CS ATECA  
· Servicio/Unidad .. CS ATECA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JESUS BORRAZ ABELLA-MEDICO-C.S. ATECA  
PABLO DE LORA NOVILLO-MEDICO- C.S. ATECA  
JAVIER SANZ LIZARAZU- MEDICO-C.S.ATECA  
MONICA IBAÑEZ FORNES-ENFERMERA-C.S.ATECA  
ANTONIO BUENO TABERNERO-ENFERMERO- C.S.ATECA  
TERESA MATEO BERNAL-ENFERMERA-C.S.ATECA  
MAGDALENA MELENDO BUENO-ENFERMERA-C.S.ATECA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DESCONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA O NO DE POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA. ACTUALMENTE NO SE REALIZA SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE LA MISMA, SOLAMENTE Y EN EL CASO DE HABERLAS, EL PACIENTE ACUDE A LAS CONSULTAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS, Y NO SE TIENE CONSTANCIA O REGISTRO DE LAS MISMAS, CON LA CONSIGUIENTE PERDIDA DE INFORMACION, Y, LA IMPOSIBILIDAD DE ESTABLECER MEDIDAS CORRECTORAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. INFORMACION FIABLE DE LA EXISTENCIA DE COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA MENOR REALIZADA, ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS CORRECTORAS EN EL CASO DE COMPROBAR SU EXISTENCIA, ASI COMO, LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CITACION EN LA PROPIA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR AL PACIENTE INTERVENIDO, A LA SEMANA Y AL MES DE LA MISMA, ESTABLECIENDO LA VALORACION DE COMPLICACIONES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - INCIDENCIA TOTAL DE COMPLICACIONES  
- INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POR PROFESIONAL Y EQUIPO  
- TIPO DE COMPLICACIONES  
- TTO. DE LAS MISMAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DIA 1 REALIZACION DE INTERVENCION  
DIA 7 PRIMERA VALORACION  
DIA 28 SEGUNDA VALORACION  
TODO ELLO MENSUALMENTE Y A LO LARGO DE UN AÑO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ADMINISTRATIVO .....	1.000 €
· QUIRURGICO .....	1.500 €
Total .....	2.500 €

11. OBSERVACIONES. EL DINERO PRESUPUESTADO NO ES EXACTO , SE HARIA UNA VALORACION DETALLADA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

074

### OPTIMIZACION DEL CARRO DE PARADAS DEN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA CELESTE BAYO IZQUIERDO  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE (URBANO)  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PASCUAL JAQUÉS-MEDICO-SUAP CALATAYUD-MEDICO SUAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El mayor número de situaciones de emergencia vital y de parada cardiorrespiratoria tiene lugar en Atención Primaria. (López Andrades, MA; López Castejón, V; Herrera Duque, J; Pérez Suárez, E)  
La rapidez en la prestación de la asistencia sanitaria es vital en la obtención de resultados favorables.  
La American Heart Association establece el término de cadena de supervivencia refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada.  
En esta cadena intervienen múltiples factores, como pueden ser la formación y las habilidades de los profesionales ante este tipo de situaciones, el material y medios disponibles, el lugar físico donde se produzca el evento, el número de profesionales disponibles para atender la emergencia,...  
Tan importante como los anteriores enumerados, resulta conocer los componentes del carro de parada; su ubicación dentro del mismo; disponer de todo el material necesario; y que la medicación, el material sanitario y el aparataje estén listos, en todo momento, para su uso.  
Otro punto esencial es la necesidad de la existencia de unos criterios mínimos unificados, en cuanto a la dotación y revisión del material integrante del carro de parada, que permita a los profesionales responder adecuadamente a la situación con independencia del centro de salud donde presten sus servicios en ese momento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Crear y establecer en el Sector Calatayud de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud un protocolo que recoja el proceso de revisión y mantenimiento del carro de parada en los centros de salud, como herramienta de trabajo, que ayude a nuestros profesionales sanitarios a resolver con éxito estas situaciones de emergencia.  
Este es el resultado del trabajo realizado por profesionales de nuestro Área, interesados en contribuir a la mejora de la calidad de la atención prestada a los ciudadanos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tipo de carro:  
El carro debe ser fácilmente desplazable con cajones y carteles bien visibles.  
Localización del carro:  
Debe existir al menos un carro en cada centro de atención primaria y servicio de urgencias.  
El carro debe estar en un lugar fácilmente accesible.  
Material:

En el carro de parada se debe colocar sólo el material imprescindible para las emergencias vitales. La acumulación de material dificulta su accesibilidad en el momento de atender una urgencia.

Es necesario tener los tamaños de cada instrumental necesarios para tratar a niños de cualquier edad y adultos.

Debe existir el número suficiente de recambios de cada instrumento y medicación que puedan precisarse durante una reanimación (no se puede perder tiempo en ir a buscarlos al almacén o la farmacia).

Colocación del material:

El material debe estar siempre fácilmente visible y ordenado.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

074

### OPTIMIZACION DEL CARRO DE PARADAS DEN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD

Todo el personal médico, de enfermería y auxiliar deberá conocer el contenido y la disposición del material y medicación del carro.

#### Revisión del material:

El personal debe revisar periódicamente el perfecto orden del material del carro, así como la existencia de suficientes recambios de cada instrumental y la fecha de caducidad de las medicaciones. Es recomendable que en cada servicio exista un responsable del mantenimiento del carro de parada y de la reposición del material utilizado.

#### Entrenamiento del personal:

Todo el personal médico, de enfermería y auxiliar debe realizar un reciclaje periódico, no sólo en las técnicas de reanimación cardiopulmonar, sino en la disposición del material en el carro y la utilización del mismo durante una situación de emergencia vital. El reciclaje es más importante cuanto más infrecuente sea el uso del carro de parada.

#### Hojas de dosificación:

Es recomendable que con el carro de parada y en un lugar bien visible se encuentre una hoja con el tamaño del instrumental y la dosis de cada medicación recomendada para cada edad (y peso en niños). En otra hoja debe constar el instrumental y medicación existente en el carro.

Reponer el material y los medicamentos tras su utilización:

Realizar un control periódico del carro de parada (mínimo cada mes)

#### MALETÍN DE URGENCIAS - CARRO DE PARADA

La existencia o no de un carro de parada de pediatría diferenciado del maletín de urgencias de pediatría depende de la organización de las urgencias de cada centro de salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. No existe un único modelo de carro de parada, pero si existen unas consideraciones que todo carro debe reunir.

Entre otras, señalamos las siguientes:

?? Características físicas:

- \* Debe de existir al menos un carro por centro
- \* Debe poder desplazarse
- \* Debe contar con cajones
- \* Estará subdividido por aparatos, diferenciando, si es posible, por colores:

Aparato Circulatorio: color rojo

Aparato Respiratorio: color azul

\* El material pediátrico convendría diferenciarlo, también por color, si es posible, utilizar el amarillo.

??

Ubicación del carro de parada:

Debe situarse en una sala accesible, cercana a la puerta de entrada, cerca de las balas de aire, de oxígeno, y de un punto de electricidad.

??

Ubicación del material:

\*El material debe estar siempre visible y ordenado

\*En lo referente a los fármacos éstos deberán estar ordenados alfabéticamente por principio activo

??

Revisión:Para la revisión del carro:

1- Se recomienda hacer turnos rotatorios.

2-Se realizará semanalmente y además siempre después de su utilización

3-La persona que lo realice firmará en la hoja de verificación de revisión y mantenimiento. Dicho registro se archivará en la carpeta destinada a este fin.

?? 4-Todos los profesionales conocerán el contenido del carro

?? 5-Es conveniente que próximo al carro, estén los diferentes protocolos de actuación, dosis farmacológicas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 074

**OPTIMIZACION DEL CARRO DE PARADAS DEN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio proyecto: 1 de Mayo de 2010 - no fecha de finalizacion, sin que es actualiacion continuada

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Carro urgencias, a/inox.,tabla parada y soporte de gotero .....	622 €
Total .....	622 €

11. OBSERVACIONES.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 192

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA: CANCER ORAL Y ATENCION A LA EMBARAZADA**

2. RESPONSABLE ..... ESTELA MILLAN SOBRINO  
· Profesión ..... ATL  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE (URBANO)  
· Servicio/Unidad .. ODONTOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JOSE FRANCISCO GARCÍA CASTRO-  
M<sup>a</sup> DEL CARMEN FONT SERRA-  
CELIA MORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. hemos observado que los pacientes requieren de educacion en hábitos de higiene oral y ayuda para deshabituarse del tabaco ya que ello conlleva una mayor predisposición al cáncer oral, consideramos de utilidad ofrecer a los pacientes un taller trimestral en el que se les eduque en estos temas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. hemos mejorado la atención en la salud gingival en embarazadas realización de biopsias en consulta y consiguiente agilización del proceso de diagnóstico del cáncer oral

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. segur mejorando la calidad, salud oral y el grado de satisfaccion de las pacientes embarazadas. conseguir una mayor concienciación en la población del efecto de los hábitos tóxicos en la boca y en el desarrollo de cáncer oral

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -taller semestral con pacientes impartido por Dra: Estela Millan, deshabituación tabáquica y mejora de hábitos de higiene. -Proponemos introducir en las charlas con embarazadas un formulario que van a rellenar ellas. Valoración del hábito de higiene: nºcepillados al día, si han notado cambios gingivales(sangrado, inflamacion de las encías) durante el embarazo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Formulario de satisfacción de los pacientes después de las charlas de educacion oral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Talleres semestrales con pacientes: Abril 2010  
Octubre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· literatura:Periodontología clínica e implantología odontológica (\*) ..... 100 €  
· curso de formacion: medicina oral y manejo de pacientes con problemas medicos ... 2.000 €  
· folletos, papeleria ..... 200 €  
Total ..... 2.300 €

11. OBSERVACIONES. Literatura:Periodontología clínica e implantología odontológica (\*) / dirigida porJan Lindhe, Nikla ...

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

1. TÍTULO

**TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS POBES LACRUZ  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE (URBANO)  
· Servicio/Unidad .. CS DAROCA Y OTROS  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROSA ENGUITA DIEZ-MATRONA-CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE,ARIZA,ATECA Y ALHAMA-MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
MARÍA JOSÉ RAMÓN DEL CARMEN-MATRONA-CENTRO DE SALUD ILLUECA,SABIÑÁN,MORATA Y VILLARROYA DE LA SIERRA-MATRONA DE ATECIÓN PRIMARIA  
RAQUEL RUIZ GARCIA-TRABAJADORA SOCIAL-CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD-TRABAJADORA SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Realizar talleres de salud a grupos de inmigrantes rumanos, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, por la observación en la consulta diaria de las matronas de atención primaria del sector de Calatayud del mal uso de los recursos sanitarios que realiza éste colectivo en todo lo relativo a planificación familiar, acudir a controles de prevención de cáncer ginecológico, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, controles ginecológicos, control y seguimiento del embarazo, planificación del mismo, desconocimiento de vacunación infantil, etc. Así mismo, hemos constatado en la consulta diaria una gran proporción de éste colectivo, sobre todo en las mujeres, con malos hábitos de vida sana: grandes dependientes del tabaco, nutrición poco saludable, poco cuidado de su cuerpo en general, interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) continuadas, a veces de 18-20 ives la misma mujer( en varias ocasiones, incluso nos han enviado cartas de una clínica en la que se realizan habitualmente ives solicitando especial atención a mujeres rumanas que reiteradamente acuden a sus servicios a pesar de no ser gratuitos y tener dificultades económicas), y un gran número de infecciones de transmisión sexual. El año pasado realizamos los mismos talleres en el colectivo magrebí, con traducción simultánea de cada sesión (pues el idioma era un handicap importante para la comunicación y entendimiento con este colectivo) y resultaron altamente gratificantes tanto para los asistentes como para los ponentes. Este año nos planteamos dirigirlos al colectivo rumano, por ser el mayor grupo de inmigrantes en el Sector de Calatayud, siendo en estos momentos alrededor de un 25% de la población bilbilitana, por lo que consideramos que podría llegar la información a mayor número de población. Para la realización de estos talleres vamos a contar con la colaboración de la mediadora cultural del Ayuntamiento de Calatayud, que nos traducirá las encuestas de valoración inicial, final y global, y la hoja de registro de actividad, de las que esperamos poder obtener datos de como han sido los resultados obtenidos. Como el año anterior todos los materiales que pensamos difundir, las vamos a ofertar en castellano y en rumano. Pero pensamos que en general, es un colectivo que enseguida entiende nuestro idioma y que no será necesaria la traducción simultánea de las sesiones. Simona, acudirá a todas y si hay algún problema de comprensión prestará sus servicios como mediadora cultural.

LAS CAUSAS DEL PROBLEMA: que hemos constatado en el trato con éste colectivo son por una parte porque socialmente en su país de origen los medios anticonceptivos hasta hace poco eran prácticamente inexistentes y el único financiado por el Estado era el aborto provocado, por lo que la percepción por parte de las mujeres rumanas es de que los Ives son un método mas y que no es negativo para ellas, ni afecta a su salud. Las condiciones laborales y de penuria económica favorecen también que el abuso del alcohol y el tabaco como forma de aguantar la situación esté muy extendido. El hecho de que un número considerable de éstas inmigrantes estén ejerciendo como trabajadoras del Sexo (lo llaman así ellas mismas en las consultas) y el no utilizar protección frente a las infecciones de transmisión sexual, plantean un problema de salud importante.

-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:  
Toda la comunidad de inmigrantes rumanos de la zona, tanto hombres como mujeres, aunque pensamos que prioritariamente acudirán mujeres, por estar los hombres trabajando, favoreceremos el incluirlos en las sesiones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El año anterior realizamos los mismos talleres pero para el colectivo inmigrante magrebí. La evaluación y resultados fueron los siguientes:  
.-EVALUACIÓN

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

### TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

#### .1-Perfil sociodemográfico de las asistentes al programa:

Media de edad de las participantes:

La media de edad total fue de 29,5 años con una edad máxima de 44 años y una mínima de 19.

La media de edad en Calatayud fue de 30 años y en Illueca y Ariza de 28,9 años.

Estado civil:85% casadas,4%solteras, 4% viudas,7%divorciadas.

Cabe destacar que no asistieron mujeres solteras en Ariza e Illueca, lo que puede ser debido al carácter rural de los inmigrantes de la zona. La mujer magrebí inmigrante sin pareja es de origen urbano.

Procedencia: Observamos que la mayoría de las asistentes son de nacionalidad marroquí, cabe destacar que en la zona de Ariza son mayoritariamente de la zona geográfica de Marruecos (Beni Mellal) zona agrícola del atlas medio, esto es debido a que se trata de una inmigración de carácter familiar.

En Calatayud observamos la aparición de ciudadanas argelinas, este dato, como el de la soltería de las mujeres, demuestra que es una inmigración más diversa y cosmopolita.

Años de estancia en España:

Observamos que el 66% de las participantes llevan menos de 5 años como residentes en España.

La corta estancia de las participantes en nuestro país y el carácter familiar y protector de la cultura magrebí aumentan su dificultad para acceder a las instituciones sanitarias y su buen uso.

Acceso al idioma español:

26 de las mujeres tenían escaso conocimiento del idioma español, tanto por su corta estancia en el país como por su poca comunicación con la demás población. El analfabetismo (sobre todo en Ariza) y el aislamiento social de las mujeres son dos grandes problemas de esta comunidad.

#### CONCLUSIONES:

El prototipo de asistentes a nuestras sesiones fue de una mujer marroquí de 29 años, casada, con 2 o menos hijos y de corta estancia en España.

La gran aceptación del curso y el gran porcentaje de asistencia sobre la población objetivo, nos demuestra el interés de las mujeres magrebíes en conectar con la sociedad española y mejorar sus condiciones en la misma.

El aislamiento social y el carácter familiar de la población inmigrante magrebí aumentan las dificultades de integración en la sociedad.

El idioma es el principal obstáculo para la correcta integración de la mujer magrebí en la sociedad española.

#### 2-Satisfacción del programa:

Para conocer el grado de satisfacción de los participantes a las sesiones, hemos utilizando diversos métodos:

-Recogida de sugerencias

-Sistema de escucha activa

-Cuestionarios de evaluación: inicial, final y de valoración de la actividad (anexos 1 y 2). De ellos hemos sacado varios datos:

% de mujeres a las que les ha resultado interesante el programa= 100 %

% de mujeres a las que la duración del curso les ha parecido correcta= 97.5%

% de mujeres que han considerado que la calidad del material didáctico ha sido adecuada = 100 %

% de mujeres que han considerado que la disposición de los ponentes para el diálogo ha sido adecuada = 90.2 %

% de mujeres que han considerado que las sesiones se han impartido con claridad = 90.2 %

#### 3-Evaluación cuantitativa del proceso:

Datos de asistencia:

En Calatayud la asistencia fue de 34 mujeres lo que corresponde al 43% de la población objetivo. La media de asistencia fue de 18-19 personas.

Se recogen en total 30 encuestas.

La asistencia en Ariza fue más que satisfactoria llegando la misma al 52% de la población objetivo.

La asistencia en Illueca fue menor, no más del 15% por la fecha de inicio de verano, fecha de regreso de los inmigrantes a sus países natales correspondientes. Tanto en Illueca como en Ariza se constata el carácter rural de la inmigración (ámbito rural en el país de origen a ámbito rural en el país de acogida) con población dedicada a la agricultura.

Incidencias:

Calatayud:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

### TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

El horario de inicio de las actividades fue el mayor problema para la asistencia y el buen seguimiento de las sesiones. Las asistentes tenían problemas tanto para acudir a las 15.30 horas (labores de hogar) como para permanecer más allá de las 17-17.30 horas (hora de salida de los niños de la escuela). El espacio del aula: para nuestra sorpresa la afluencia fue mayor de la esperada con una media de 18-20 mujeres por sesión, por lo que el espacio fue un tanto escaso, sobre todo porque muchas de ellas venían acompañada de niños lo que influenció el desarrollo de las actividades (uno de los ponentes tuvo que estar cuidando a los niños y continuamente los niños interrumpían la sesión). La comunicación fue buena y la participación fluida. Cabe decir que las mujeres tenían un gran interés en repetir las sesiones en los próximos años.

Ariza e Illueca:

No hubo problemas de horarios, puesto que el colegio está cerca del centro de salud. Las sesiones de Ariza se realizaron en la sala de espera del centro de salud, y apenas se cabía por la gran afluencia de mujeres y niños. Cabe destacar el gran interés de las mujeres, su gran participación y el número de preguntas y dudas. Vemos 7 casos de analfabetismo en lengua materna (árabe).

4-Evaluación cualitativa del programa (al terminar el programa):

Nº de mujeres magrebíes asistentes a los talleres que conocen el funcionamiento del Sistema Sanitario en Aragón (SALUD):88%

La mayoría de las participantes conocían la existencia de la sanidad pública gratuita en Aragón, reconociendo instituciones como el centro de salud y el hospital de referencia.

La mayoría no conocía el rol del médico de familia ni su función, tampoco conocían el rol de personal sanitario adjunto a los centros de atención primaria tales como la función de la matrona. Se hizo especial referencia a la preparación y funciones de la matrona en España, pues está más formada y capacitada que en Marruecos.

Nº de mujeres que conocen que es una citología:88%.

Solo el 10% de las participantes conocían la existencia de la citología como medio diagnóstico del cáncer de cuello de útero. La mayoría desconocía para que sirve el realizar citologías periódicamente. También desconocía la relación del cáncer de cuello con la práctica de relaciones sexuales. Tampoco categorizaban el cáncer de cuello como un cáncer mortal en sus fases avanzadas ni como una enfermedad de transmisión sexual.

Gran parte de las asistentes conocía la existencia de una nueva vacuna para menores de 14 años relacionada con el cáncer, pero no precisamente con el cáncer de cuello de útero.

El desconocimiento del correcto uso de la citología (cómo, cuándo y dónde) era general entre nuestras participantes a las sesiones.

Nº de mujeres que conocen la importancia de realizarse mamografías:86%.

Hay una mayor percepción del peligro del cáncer de mama, de su carácter hereditario y su alta mortalidad.

La metodología de la exploración de la mama, sus indicaciones y los medios de acceso a la misma son desconocidos por la mayoría de las asistentes.

Nº de mujeres que conocen que es una ITS (infección de transmisión sexual):74%.

Todas las participantes conocen el preservativo como método anticonceptivo, pero solo la mitad lo reconoce como método de prevención contra las ITS. Se insistió sobre la rapidez en identificar una ITS tanto en el hombre como en la mujer, en la necesidad de no mantener relaciones sexuales al padecerlas y en la obligatoriedad del tratamiento de la pareja para una erradicación eficaz de la enfermedad.

Nº de mujeres que sabe donde acudir si quiere informarse o empezar a utilizar algún método anticonceptivo:79%.

Se insiste en el papel de la matrona.

Nº de mujeres que conocen algún método anticonceptivo : 100%

Casi el 100% de las participantes en nuestras sesiones conocían al menos 2 métodos anticonceptivos: la píldora y el preservativo.

La campaña de concienciación del gobierno marroquí en la utilización de la píldora, su subvención para la utilización de la misma y su mayor disponibilidad en el país vecino, la hace un método anticonceptivo bien conocido y utilizado.

El desconocimiento de la utilidad del preservativo como método de prevención de ITS por parte del 50% de las participantes llama la atención.

El desconocimiento de otros métodos anticonceptivos tales como el anillo vaginal, los parches subcutáneos, el dispositivo intrauterino o los implantes subcutáneos es prácticamente generalizado. El uso de la píldora anticonceptiva de origen español es prácticamente nulo: está subvencionada en Marruecos y su coste es mínimo.

El legrado es una práctica aceptada en la religión musulmana hasta la semana 14 pero no es un método usual.

La esterilización tanto masculina como femenina está totalmente prohibida por la religión musulmana. Esta totalmente rechazada por la práctica mayoría de

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

090

### TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

nuestras participantes.

Hubo discusión sobre otro tipo de métodos preventivos poco convencionales dejando clara su ineficacia y alto riesgo de embarazo y contagio de enfermedades.

Nº de mujeres que conocen que hacer si se quedan embarazadas:82%.

La mayoría de las participantes reconocían no saber dónde acudir si está embarazada; casi todas reconocían al médico ginecólogo como el ideal a quien acudir, cosa muy habitual en países como Marruecos y Argelia donde el médico de atención primaria no goza de buena reputación y la matrona es una profesión no estructurada sino aprendida de forma autodidacta. Se insiste en acudir 1º al médico de atención primaria y a la consulta de la matrona. Casi el 75% de las participantes desconocían la cronología de consulta durante y tras el embarazo. Otra vez más, el papel de la matrona en la educación y acompañamiento durante el embarazo y en el momento del parto era totalmente desconocido por nuestras participantes.

Nº de mujeres que conocen los derechos de la mujer en el embarazo y en la lactancia:67%.

Resulta curioso que las mujeres conocen mejor los derechos de paternidad que los de la mujer embarazada.

Nº de mujeres que conocen donde acudir para la revisión de la 1 visita posparto:92%.

Se insiste en acudir a la consulta de matrona.

Nº de mujeres que conocen la importancia del calendario vacunal infantil:92%.

La diferencia entre el calendario vacunal de los países de origen de las participantes y el calendario vacunal español fue motivo de discusión y análisis En el contexto de la maternidad también se insistió en la importancia de la lactancia materna. Los signos de alarma durante el embarazo y en el puerperio fueron otros de los temas discutidos y de gran aceptación.

#### CONCLUSIONES DEL TALLER:

El taller ha sido altamente gratificante para todos los colaboradores que hemos intervenido en el. Todos hemos aprendido, ponentes y asistentes. Los ponentes por el simple hecho de tener que preparar las sesiones para un colectivo de otra cultura, con sus peculiaridades, ha hecho que indagáramos y buscáramos información acerca de la misma y como podía afectar en su salud sexual y reproductiva y en que temas había que incidir de manera especial o específica. El respeto a su forma de vida y religión, el que ésta cultura valore y le dé importancia a una serie de alimentos, vestimentas, forma de entender la feminidad, y la masculinidad ha hecho que enfocáramos las sesiones de manera muy diferente a como lo hubiéramos hecho con otro grupo de otra cultura diferente. Por supuesto ello nos ha hecho enriquecer culturalmente, pues hemos conocido costumbres que ignorábamos y hemos obtenido información sobre la sanidad en estos momentos sobre todo en Marruecos.

Los grupos de mujeres han sido muy heterogéneos, tanto cultural como de edad media. Nos llamó especialmente la atención el grupo de Ariza, en el que casi la mitad de las mujeres eran analfabetas totales, por lo que hubo que explicarles las encuestas, que muchas no llegaron a contestar. En general se ha intentado adaptar las sesiones al nivel cultural del grupo, haciéndolas mas sencillas o dando mas información en función de lo que las mujeres han ido demandando.

Todos los grupos han acudido con niños pequeños y lactantes, por lo que a ratos las mujeres entraban y salían y uno de los colaboradores ha tenido que ocuparse de entretener a los pequeños; Este hecho, junto a la gran afluencia de mujeres (sobre todo en Ariza), ha motivado que para siguientes talleres nos planteamos buscar lugares mas amplios que los Centros de Salud y hemos valorado también la posibilidad de organizar las sesiones con otro horario.

La mayoría de las asistentes tenían un escaso conocimiento del funcionamiento correcto del sistema sanitario, sobre todo por depender del marido por problemas de idioma. Se insistió especialmente en el papel de la consulta de la matrona de atención primaria y en el de la trabajadora social. Y se hizo hincapié en la cita previa para cualquier tipo de consulta, pues era uno de los problemas detectados antes de realizar los talleres.

Todo lo relativo con la prevención del cáncer genital y de mama, fue acogido con gran curiosidad, pues eran temas de los que tenían información muy errónea. Se insistió en la importancia de realizar periódicamente citologías y mamografías.

Muchas de las asistentes identificaban algunas infecciones de transmisión sexual, pero el preservativo no era considerado como método de prevención de las mismas.

Nos encontramos con el problema de que las mujeres comentaban que sus parejas no querían usar nunca preservativo, aún con síntomas de infección genital.

Se recalco también en como funciona en Calatayud la consulta de Planificación Familiar del hospital, insistiendo en que siempre debían pasar antes por la consulta de la matrona. Y que si el ginecólogo les recetaba unas pastillas no las cambiaran por su cuenta por otras de Marruecos por resultarles mas baratas.

Se informó ampliamente de los cuidados del embarazo y el parto, de donde debían acudir frente a un embarazo, o después de dar a luz, pues había un gran

desconocimiento respecto a estos temas, y en la importancia de no seguir el Ramadán estando embarazada o con lactancia materna.

Así mismo se subrayo todo lo relativo con el seguimiento del calendario vacunal infantil, que por ser muy diferente del marroquí, hacía que muchas de las madres tuvieran confusión con las fechas y el tipo de vacunas.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

### TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

Los derechos de la maternidad y paternidad fueron fuente de controversia y sorpresa para muchas de las asistentes.

La receptividad de las mujeres ha sido alta, sobre todo apoyada con la traducción simultánea de todas las sesiones y que toda la información la dábamos en ambos árabe y español. Las preguntas continuas y las aclaraciones han sido la norma general en todos los grupos. La mayoría de las mujeres han reclamado más duración de los grupos y poder volver a repetir la experiencia, pues era mucha información de golpe.

El mismo día de las sesiones y las semanas siguientes notamos un aumento en las consultas de matrona de las mismas mujeres que acudieron al taller y otras veces acudían acompañando a conocidas para hacerles de traductoras.

En general, pensamos que los talleres han resultado interesantes para este colectivo, aunque nos hubiera gustado mas colaboración por parte masculina, ya que no quiso quedarse ningún marido a las sesiones, aunque si que acompañaban a sus mujeres y después del taller se quedaban con las mismas para realizar alguna consulta individual

#### 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS

##### OBJETIVOS GENERALES:

MEJORAR el conocimiento y la utilización de los recursos de salud sexual y reproductiva de el Servicio Aragonés de Salud y Servicios Sociales de Base del sector Calatayud, así como el auto cuidado y cuidado del recién nacido, por parte del colectivo rumano.

APRENDER nosotros aspectos importantes de la cultura rumana, que pueden afectar al cuidado de la salud, y que nos dificulten el entendimiento de determinadas conductas nocivas y como abordarlas.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

ACUDIR CON CITA a la consulta.

SABER que derechos y que obligaciones se tienen como usuarios del SALUD.

RECONOCER los signos de alarma de enfermedades ginecológicas.

IDENTIFICAR los signos de sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS).

ADOPTAR hábitos saludables para una buena higiene genital.

CONOCER Y ACCEDER a los protocolos de prevención del cáncer ginecológico.

CONOCER los diferentes medios de planificación familiar y como se puede optar a ellos.

DISMINUIR el número de embarazos no deseados.

ACUDIR cuanto antes a la consulta si se sospecha un embarazo.

MEJORAR los índices de captación precoz de embarazo.

FOMENTAR un buen control obstétrico durante el embarazo.

FOMENTAR correcto autocuidado en el postparto.

FOMENTAR correcto cuidado del recién nacido.

PROMOCIONAR la lactancia materna.

RECONOCER signos de alarma y motivos de consulta obstétricos, tanto en el embarazo, como en el parto, y en el postparto.

APRENDER el papel de la matrona en el control y cuidado del embarazo, en el parto y en el posparto, en la consulta ginecológica y en planificación familiar.

HACER COMPRENDER Y SEGUIR el calendario vacunal de los niños.

CONOCER las opciones que existen frente a un embarazo no deseado, y la situación legal en España en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DESARROLLO DE LAS SESIONES:

Nos hemos planteado realizar las mismas sesiones: 4 por taller, y realizar los talleres en Calatayud e Illueca, por ser las zona donde mayor numero de rumanos están empadronados. Los talleres tendrán las siguientes sesiones:

-En la 1ª sesión:

Responsable de la actividad: Mª Jesús Pobes y la trabajadora social de cada sector.

Contenido de la actividad:

? Presentación de los docentes y toma de contacto;

? Presentación de los temas a tratar;

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

### TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

- ? Las diferencias entre los dos Sistemas Sanitarios (el español y el marroquí).
- ? Como funciona el Salud;
- ? Como funcionan los Servicios Sociales;
- ? La diferencia entre a. primaria y especializada;
- ? La importancia de la tarjeta sanitaria y donde solicitarla;
- ? Los derechos y deberes como usuarios del Salud.

-En la 2ª sesión:

Responsable de la actividad: Mª Jesús Pobes Lacruz.

Contenido de la actividad:

- ? Información sobre todo lo relativo a la consulta ginecológica;
- ? Un repaso a la anatomía y fisiología del aparato reproductor;
- ? Donde acudir si hay algún problema con el mismo;
- ? Explicación del Programa de Prevención del Cáncer de Cérvix: que es una citología, donde y quien la realiza, y cuando hay que hacerla;
- ? Explicación del Programa de Prevención del Cáncer de Mama: cuando está indicada la mamografía y dónde se realiza;
- ? Que son las ITS y cuales son la principales;
- ? Los signos de sospecha de ITS;
- ? Cómo prevenir las ITS;
- ? Forma de actuar ante los signos de sospecha de ITS.

-En la 3ª sesión:

Responsable de la actividad: Rosa Enguita Diez.

Contenido de la actividad:

- ? Información sobre todo lo relacionado con la Planificación Familiar:
- ? Como funciona en el Sector de Calatayud;
- ? Donde acudir primero para informarnos y asesorarnos sobre los diferentes métodos;
- ? Repaso a todos los métodos anticonceptivos;
- ? Que controles y pruebas hay que llevar a cabo para el inicio y control de los diferentes métodos anticonceptivos;
- ? Explicación de la anticoncepción de emergencia: la píldora postcoital y forma de acceder a la misma;
- ? Riesgos y beneficios de los diferentes métodos de planificación familiar;

-En la 4ª sesión:

Responsable de la actividad: Mª José Ramón Del Carmen.

Contenido de la actividad:

- ? Información de todos los aspectos de todos los aspectos relacionados con la maternidad:
- ? Donde acudir si hay un embarazo;
- ? Controles en obstetricia en el hospital;
- ? Papel de la matrona en el cuidado del embarazo;
- ? Clases de educación maternal;
- ? Atención en el parto y puerperio;
- ? Consultas en la matrona después del parto: a la semana y en la cuarentena;
- ? Atención y apoyo en la lactancia materna;
- ? Cuidados del recién nacido;
- ? Calendario vacunal infantil en la Comunidad A. de Aragón;



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

**TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

- ? Visitas en Pediatría;
- ? Posibilidades ante un embarazo no deseado;
- ? Presentación de la guía "Maternidad Responsable";
- ? Aspectos legales del IVE en España.

## RECURSOS NECESARIOS

## RECURSOS MATERIALES:

- ? Salón de actos del Ayuntamiento de Calatayud, y sala de actividades múltiples del Centro de Salud de Illueca
- ? Pizarra
- ? Proyector
- ? Ordenador portátil
- ? Bolígrafos
- ? Fotocopias
- ? Material didáctico de apoyo (todo en material de apoyo se ofertará en castellano y en rumano):
  - resúmenes de cada sesión.
  - guías y folletos informativos:
- Guía "Maternidad Responsable"
- Guía "Lactancia materna"
- Guía "Métodos anticonceptivos"
- Folleto sobre uso de preservativo
- Folleto sobre prevención del SIDA
- Folleto sobre higiene genital femenina
- Folleto sobre la autoexploración mamaria
- Folleto informativo dirigido a los usuarios de origen extranjero en el Servicio Aragonés de Salud.

## RECURSOS HUMANOS

- ? Las tres matronas de atención primaria del Sector de Calatayud.
- ? 1 mediadora cultural rumana del Ayuntamiento de Calatayud.
- ? Los trabajadores sociales de las zonas de Calatayud e Illueca

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD:

En cada sesión se rellenará una hoja de registro de la actividad, para la recogida de datos sobre los participantes que acudían aquel día, el tema tratado, el responsable de la jornada y las incidencias surgidas.

## -EVALUACIÓN:

1-Perfil sociodemográfico de las asistentes al programa.

2-Satisfacción del programa. Vamos a utilizar varios métodos:

- Recogida de sugerencias
- Sistema de escucha activa
- Cuestionarios de evaluación: inicial, final y de valoración de la actividad.
  - De ellos obtendremos varios datos; algunos de los resultados que se esperan obtener:

- ? N° de mujeres a las que les ha resultado interesante el programa
- ? N° de mujeres a las que la duración del curso les ha parecido correcta
- ? N° de mujeres que han considerado que la calidad del material didáctico ha sido adecuada
- ? N° de mujeres que conocen que es una citología



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

**TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL COLECTIVO INMIGRANTE RUMANO EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

- ? N° de mujeres que conocen la importancia de realizarse mamografías
- ? N° de mujeres que sabe donde acudir si quiere informarse o empezar a utilizar algún método anticonceptivo
- ? N° de mujeres que conocen que hacer si se quedan embarazadas
- ? N° de mujeres que conocen los derechos de la mujer en el embarazo y en la lactancia
- ? N° de mujeres que conocen donde acudir para la revisión de la 1 visita posparto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las sesiones se desarrollaran:

En Calatayud, en horario de 10 a 12h. los lunes. Empezaremos en el Salón de Actos del Ayuntamiento de Calatayud el 15 de marzo-2010 y se irán impartiendo hasta finales de mayo.

En Illueca pensamos realizar las sesiones de 15 a 17h. , en el centro de salud, los mismos días que se hagan en Calatayud.

Intentamos evitar las fechas de recogida de fruta y productos agrícolas, para intentar que acuda el mayor nº de participantes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portatil .....	800 €
· Pósters .....	100 €
· Fotocopias .....	70 €
· Traslados .....	100 €
· Dietas .....	300 €
Total .....	1.370 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

374

### OPTIMIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE DE ATENCION PRIMARIA DE DAROCA

2. RESPONSABLE ..... TERESA LORENTE ORTILLES

- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS DAROCA
- Servicio/Unidad .. MEDICO DE ATACION PRIMARIA (RESPONSABLE CALIDAD CS
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOMÁS MOYA ÁLVAREZ-AUX.ADMINISTRATIVO-CS. DAROCA-RESPONSABLE DE ADMISION ATENCION PRIMARIA  
CRISTINA GÓMEZ JULIÁN-ENFERMERA-CS. DAROCA-ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
ÁNGEL BES FRANCO-MÉDICO-CS. DAROCA.MEDICO DE ATENCION PRIMARIA(COORDINADOR MÉDICO)  
ANTONIO MARTÍN MARTÍNEZ-ADMINISTRATIVO-DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR CALATAYUD- RESPONSABLE INFORMÁTICA DAP  
ELENA JIMÉNEZ CALLEJO-MÉDICO-DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR CALATAYUD- TÉCNICO DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente nos encontramos en un momento crucial, previo a la certificación externa que tendrá lugar en los próximos meses y que forma parte del desarrollo del proyecto de certificación de Equipos de Atención Primaria según norma ISO 9001:2008. Tal y como exige la norma todos los procesos han de contar con los registros oportunos, y asegurar la difusión y actualización adecuada de toda la documentación del EAP.

Estos requisitos conllevan una excesiva burocratización de ciertas actividades, que suponen un obstáculo para la correcta implantación. Una vez realizada la auditoria interna en nuestro equipo, se detectó como no conformidad deficiencias en el control de la documentación (instrucciones de trabajo y cumplimentación de registros). El análisis conjunto realizado por el EAP e integrantes de la Dirección de Atención Primaria 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. • Optimizar la cuplimentación de registros de diversos subprocesos que se incluyen en la norma ISO 9001:2008; entre ellos: registro de incidencias, inventario y mantenimiento de equipos e instalaciones y actividades de formación continuada en el EAP.  
• Mejorar la difusión de la documentación vigente para la certificación de EAP según norma ISO 9001:2008, especialmente la de nivel III; implicando a la todos los profesionales en su actualización y adecuación.  
• Mejora de la comunicación interna entre los miembros del EAP.  
• En último término, un mejor funcionamiento y control de las actividades desarrolladas en el EAP utilizando el sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2008

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Diseño y puesta en marcha de página web de uso restringido a los profesionales del EAP destinado a la difusión de la documentación vigente de la norma ISO y a la mejora de la comunicación interna entre los profesionales del EAP. (Responsable: Tomas Moya Alvarez )

- Diseño y desarrollo de la aplicación informática INVENTAP para el registro de:
  - o equipos (sanitarios y no sanitarios).
  - o mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones.
  - o verificaciones y calibraciones de equipos sanitarios.
  - o actividades de formación continuada en el EAP.(Responsable: Antonio Martín Martínez)
- Introducción y validación de los datos en INVENTAP.(Responsable: Cristina Gómez)
- Información y formación a miembros del EAP de las herramientas (web e INVENTAP) para su correcta utilización. (Responsable: Angel Bes).
- Análisis de los resultados obtenidos tras la realización de la Auditoría externa e implantación de las correspondientes acciones de mejora. (Responsable: Teresa Lorente Ortilles).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 374

**OPTIMIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE DE ATENCION PRIMARIA DE DAROCA**

- Monitorización y evaluación del proyecto con los resultados obtenidos a través de los indicadores diseñados. (Responsable: Salud: Elena Jiménez Callejo)
- 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%.
    - Porcentaje de profesionales que consideran que ha mejorado la comunicación interna en el EAP: 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 programa INVENTAP:
    - Porcentaje de equipos (sanitarios y no sanitarios) registrados: N° de equipos registrados en la aplicación / total Equipos existentes en el centro\*.  
Fuente: Programa InventAP  
\*Metodología: Muestreo con selección al azar de una subfamilia de cada tipo (sanitario y no sanitario) y comprobación in situ.  
Estándar: 100%.
    - Porcentaje de sesiones de formación continuada registradas: N° de sesiones registradas/ total de sesiones realizadas.  
Estándar: 100%
  - 4.- Calidad de la cumplimentación en la aplicación informática para inventario.
    - Porcentaje de ítems cumplimentados: n° de ítems cumplimentados para cada uno de los equipos / total de ítems para cada equipo  
\*Metodología: Selección al azar de 1 equipo de cada una de las subfamilias de aparatos y/o equipos existentes .  
Estándar: 50%
  - 5.- Adecuación de las mejoras de los registros a las exigencias según norma ISO 9001:2008 para EAP.
    - N° de observaciones y no conformidades relacionadas con la cumplimentación de registros o control de la documentación en la certificación externa.  
Estandar: Ninguna observación o no conformidad
- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: Enero 2010  
FINALIZACIÓN: ACTIVIDADES AÑO 2010
  - 1.-Diseño de la web de uso restringido a profesionales. Enero y Febrero de 2010
  - 2.- Reunión EAP-DAP para diseño preliminar de la aplicación INVENTAP. Febrero 2010.
  - 3.-Desarrollo programa INVENTAP e introducción y validación de datos.Febrero y Marzo de 2010.
  - 4. Información y Formación al EAPs sobre funcionamiento web e INVENTAP.Marzo y abril de 2010.
  - 4.- Certificación externa.Marzo de 2010.
  - 5.- Evaluación y análisis resultados certificación externa . Abril de 2010.
  - 6.- Implantación de acciones de mejora.De Abril a Diciembre de 2010.
  - 7.-Monitorización de indicadores. Meses de Mayo, Septiembre y Diciembre.
  - 8.-Evaluación del proyecto. Diciembre de 2010
- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
  - DISCO DURO PORTATIL ..... 150 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 374

OPTIMIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE DE ATENCION PRIMARIA DE DAROCA

· 2 CONMUTADORES .....	30 €
· CAMARA DE FOTOS .....	200 €
· ECO-DOPPLER PORTATIL .....	500 €
· IMPRESORA COLOR .....	120 €
Total .....	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

228

### RECICLAJE O ELIMINACION CORRECTA DE LOS ELEMENTOS QUE NO SE UTILIZAN EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... LUCIA DIESTE AISA  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... CS ILLUECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROBERTO TORRIJO SOLANAS- ENFERMERO-CENTRO DE SALUD DE ILLUECA-RESPONSABLE DE ENFERMERIA  
JOSE ANGEL GUTIERREZ LOPEZ- ADMINISTRATIVO-CENTRO DE SALUD DE ILLUECA-SERVICIO DE ADMISIÓN  
ANA PEREZ COLAS- ADMINISTRATIVO-CENTRO DE SALUD DE ILLUECA-SERVICIO DE ADMISION  
MERCEDES GALLEL URGEL- ENFERMERA -CENTRO DE SALUD DE ILLUECA-ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
M<sup>a</sup> VICTORIA NONAY LACRUZ- MEDICO- CENTRO DE SALUD DE ILLUECA-MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA  
ROSA SISAMÓN-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD DE ILLUECA-ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
CRISTINA ROY MELUS- ENFERMERA -CENTRO DE SALUD DE ILLUECA-ENFERMERA DE REFUERZO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En todos los centros de trabajo el ORDEN y la ORGANIZACIÓN de los elementos que se utilizan habitualmente por los trabajadores es fundamental: FACILITA el desarrollo del trabajo y aumenta la EFICIENCIA.  
En nuestro CS se ha detectado una acumulación de OBJETOS y DOCUMENTOS CLINICOS Y NO CLINICOS deteriorados, sin uso en la actualidad y que se acumulan en distintas dependencias ocupando un espacio necesario para otros elementos activos en este momento y dando un aspecto de "desorganización" que no favorece el desarrollo ordenado del trabajo.  
Se objetivó en REUNION del EQUIPO DE MEJORA.

La SITUACION DE PARTIDA es la siguiente: Analizados los tipos de objetos se han clasificados en : 1- ELEMENTOS MECANICOS: teléfonos, faxes, máquinas de escribir.  
2-ELEMENTOS DE PAPEL: copias de citación para consultas, análisis, documentación antigua.  
3-DOCUMENTACION CLINICA: HC antiguas de pacientes ya fallecidos hace más de 5 años y  
4- RADIOGRAFIAS de pacientes fallecidos.

Analizadas las CAUSAS de esta acumulación creemos que fundamentalmente es debido a que no está bien DEFINIDO el proceso para destruir lo que no se utiliza: el AGENTE (personal que debe realizarlo); la METODOLOGIA (reciclaje, destrucción, devolución a la administración); la TEMPORALIZACIÓN (cuándo y con qué frecuencia)

La INFORMACION que necesitamos es accesible utilizando los sistemas de destrucción ó reciclaje del Sector, Hospital, Municipal.

Hemos seleccionado este proyecto utilizando el SISTEMA DE PRIORIZACIÓN por PUNTUACIÓN: Es NECESARIO (situación de partida); si se realiza será EFICAZ para el OBJETIVO planteado; es FACTIBLE (no requiere grandes medios técnicos) y se ajusta a un TIEMPO definido.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ELIMINAR los elementos mecánicos deteriorados ó que no sirvan para nada.  
RECICLAR si se puede los elementos que no estén averiados.  
DESTRUIR correctamente asegurando la confidencialidad necesaria la documentación clínica y las RX evitando la contaminación del medio ambiente.  
LIMPIAR el CS de estos elementos.  
ESTABLECER el PROCESO en el CS para que el reciclaje ó destrucción de lo que no sirva forme parte de la actividad diaria del centro evitando así el acumulo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 228

**RECICLAJE O ELIMINACION CORRECTA DE LOS ELEMENTOS QUE NO SE UTILIZAN EN EL CENTRO DE SALUD**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La METODOLOGIA:

El EQUIPO DE MEJORA a través de reuniones contrasta la información, distribuye las tareas, establece el agente y el tiempo de cada actuación por consenso atendiendo a la disponibilidad del personal.

ACTIVIDADES:

INFORMACIÓN de los Servicios correspondientes de los procedimientos "correctos"

Responsables: Personal de Administración

SOLICITAR la colaboración necesaria: Sector, Hospital, Ayuntamiento (Servicio de Limpieza)

Responsables: Coordinadores

ACTIVIDAD concreta de limpieza, clasificación, traslado y reciclaje.

Responsables: Equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Grupos de Elementos destruidos/reciclados según la clasificación:

Mecánicos/ Papel/ RX/ Documentación Clínica/ cumpliendo el cronograma del programa.

Que al final del año 2010 el PROCESO este definido para el CS de Illueca:

¿Está definido? : SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se desarrollará a lo largo del 2010 y las actuaciones serán PROGRESIVAS puesto que no hay tiempo específico del personal y tendremos que integrarlo en nuestra actividad diaria.

El CRONOGRAMA aproximado:

Febrero: Redacción del proyecto.

Marzo: Información de los cauces adecuados

Abril: Descripción las Actividades: qué, quién, cómo, apoyos necesario.

Mayo, Junio: Limpieza de elementos mecánicos, RX, Papel (no clínico)

Septiembre, Octubre: Documentación clínica

Noviembre, Diciembre: Elaborar el Proceso adecuado para destruir estos elementos basándonos en la experiencia y aplicando las actuaciones correctoras que consideremos oportunas.

Enero 2011: EVALUACIÓN

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· DESTRUCTORA DE PAPEL PROFESIONAL .....	300 €
· CONTENEDOR PARA PAPEL PARA RECICLAR CON RUEDAS .....	180 €
· CONTENEDOR PARA PEQUEÑOS OBJETOS MECANICOS .....	100 €
· TRANSPORTE AL HOSPITAL DE RADIOGRAFIAS .....	150 €
· TRANSPORTE DEL PAPEL AL SERVICIO DE RECICLAJE, PUNTO LIMPIO .....	150 €
· MAQUINA PARA ENCUADERNAR LOS DOCUMENTOS VIGENTES ADECUADAMENTE .....	100 €
Total .....	980 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

**IMPLANTACION DEL PROCESO DE "GESTION DE LOS MEDICAMENTOS DE LOS BOTIQUINES DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD"**

### 2. RESPONSABLE ..... NADEIA SAINZ MONTANER

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... DAP CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. FARMACEUTICA DE ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... CALATAYUD

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

BELEN PINA GADEA- FARMACÉUTICA- FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
CRISTINA VICENTE ITURBE-FARMACÉUTICA- SERVICIO DE FARMACIA H.ERNEST LLUCH

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gestión de la Calidad Total se sustenta en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan. En el ámbito sanitario, la correcta integración tanto del conocimiento como de la organización de la asistencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. Nuestra sociedad está en continuo movimiento, con necesidades cambiantes, rápidos avances tecnológicos y constantes aportaciones científicas, por lo que es necesaria una gestión adecuada de los diferentes elementos del sistema para minimizar la variabilidad en las actuaciones, sin alejarse de los intereses de los pacientes y sin olvidar el papel fundamental de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.(1) Pero para hablar de calidad se requiere inicialmente instaurar un programa de autoevaluación, cuyo objetivo sea fomentar e implantar en la organizaciones el análisis interno de sus procesos y sus resultados para identificar los puntos fuertes y débiles y determinar así las correspondientes medidas correctoras o planes de mejora.(2) Existen diferentes modelos de gestión de la calidad, entre ellos, hay 2 ampliamente aplicados en el sector de los servicios sanitarios: el modelo de certificación ISO 9000 y el modelo europeo de la excelencia (EFQM) (3). El Modelo EFQM de Excelencia está integrado por nueve criterios, de los cuales cinco pertenecen al grupo de "Agentes Facilitadores" y cuatro al de "Resultados". Los criterios que hacen referencia a un "Agente Facilitador" se ocupan de lo que hace la unidad; mientras que los que hacen referencia a "Resultados" tratan sobre lo que la unidad logra. Los "Resultados" son consecuencia de los "Agentes Facilitadores". En los últimos años en cada sector sanitario de la Comunidad Autónoma se ha llevado a cabo un proceso de autoevaluación EFQM y se ha identificado la gestión por procesos como el elemento clave para conseguir cambios esenciales, en el sistema de gestión del Sector, orientados a la integración, la innovación, la mejora continua y la implicación de las personas. El criterio 5 denominado "Gestión por procesos y del Cambio" pretende desarrollar como la organización gestiona, mejora y desarrolla sus procesos para introducir innovaciones, apoyar su política y estrategia y satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor. La Gestión por procesos es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de la Unidad. Aporta las herramientas necesarias para diseñar cada proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (farmacéuticos, facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio. (4) Se está llevando a cabo por parte de los diferentes sectores la elaboración de un mapa que refleje los macroprocesos -operativos o clave, de gestión o estratégicos o de soporte- y sus agrupaciones e interrelaciones.(5) 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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

**IMPLANTACION DEL PROCESO DE "GESTION DE LOS MEDICAMENTOS DE LOS BOTIQUINES DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD"**

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
- consultorios locales

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Desarrollar el proceso clave "Gestión de los medicamentos de los botiquines de los Equipos de Atención Primaria" identificando y describiendo las actividades que se realizan en él. Elaborar la ficha del proceso y el diagrama de flujo.
2. Disminuir la variabilidad en la gestión de los medicamentos de los botiquines en los distintos equipos de atención primaria del Sector Calatayud.
3. 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.
4. Mejorar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos termolábiles.
5. Fomentar la implicación de todos los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en la gestión de los medicamentos de urgencia.
6. Mejorar la seguridad del paciente.
7. Integrar las actividades del farmacéutico de atención primaria en el Plan Estratégico de la Gerencia y unificar la metodología de trabajo al modelo de calidad total EFQM.
8. Desarrollar la metodología para en un futuro lograr la acreditación ISO de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º. Diseño del proceso "Gestión de los medicamentos de urgencia en los Equipos de Atención Primaria" describiendo todas las actividades que se realizan dentro del proceso diseñando la arquitectura del proceso, subprocesos y actividades. Para ello se elaborará un diagrama de flujo que incluirá todas las actividades que se pueden desarrollar en el proceso ordenadas cronológicamente incluyendo los profesionales que intervienen en cada actividad y las características de calidad que deben cumplir éstas.

También se establecerán los recursos necesarios para desarrollar las actividades y las unidades de soporte.

Responsables: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud)

Cristina Vicente Iturbe (FEA Farmacia Hospitalaria, Hospital Ernest- Lluç, Calatayud)

2º Realización de fichas para cada una de las actividades que componen el proceso, donde quede reflejado:

-Quien la realiza: profesionales

-Cuando: situación temporal

-Donde

-Cómo: según la mejor evidencia científica disponible.

Responsables: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud) y Cristina Vicente Iturbe (FEA Farmacia Hospitalaria, Hospital Ernest- Lluç, Calatayud)

3º Elaboración de instrucciones técnicas facilitadoras del desarrollo del proceso.

Responsables: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud) y Cristina Vicente Iturbe (FEA Farmacia Hospitalaria, Hospital Ernest- Lluç, Calatayud)

4º Difusión del proceso 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



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 411

**IMPLANTACION DEL PROCESO DE “GESTION DE LOS MEDICAMENTOS DE LOS BOTIQUINES DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD”**

? 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).  
5º Implantación y desarrollo del proceso en los EAP  
Responsable: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud)  
6º.Recepción de los registros cumplimentados por los EAP a final de año.  
Responsable: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud)  
7ª Evaluación de los resultados y propuestas de mejora a nivel de equipo y a nivel de sector.  
Responsable: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de revisiones de caducidades al año por EAP: Estándar: 6  
N° revisiones de stock en sala de urgencias al año por EAP: Estándar: 25  
N° revisiones del carro de paradas por EAP: Estándar :7  
N° 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:Marzo 2010.  
Nacionalización: Enero 2011.  
1.Diseño del proceso.Marzo 2010.  
2.Realización de fichas.Abril 2010.  
3.Elaboración de instrucciones técnicas.Abril 2010.  
4.Difusión del proceso.Mayo 2010.  
5.Implantación del proceso en los EAP.De Junio a Diciembre de 2010.  
6.Recepción de registros.Enero 2011.  
7.Evaluación de resultados.Enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· 10 TERMÓMETROS DIGITALES ..... 1.500 €  
Total ..... 1.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 461

1. TÍTULO

**MEJORA DE LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... EVA BALLESTIN LIARTE  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA DE PREVENCION  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
NATALIA CASANOVA CARTIÉ-DUE-HELL-CALIDAD  
Mª JOSÉ ESTEBAN IBAÑEZ-AUX.ADMINISTRATIVO-HELL-SUMINISTROS  
RAMÓN GIRAL CONTE-TÉCNICO FUNCIÓN ADMINISTRATIVA-HELL  
ISABEL GRANADA-DIRECCIÓN DE GESTIÓN-SECTOR CALATAYUD  
ANTONIO HERNÁNDEZ VELA-INGENIERO-HELL-MANTENIMIENTO  
ELENA JIMENEZ CALLEJO-TECNICO SALUD AP-C.S.CALATAYUD  
ANTONIO LÓPEZ MERCADER-RESPONSABLE INFORMATICA-HELL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales, (Ley 31/1995, de 8 de noviembre) en su Artículo 18, establece el deber de información en dicha materia, y junto con el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997, de 17 de enero), obligan a las empresas a evaluar los riesgos de cada puesto de trabajo, a planificar las medidas preventivas y a organizar los recursos necesarios para las actividades preventivas, todo lo cual debe aplicarse a los centros de trabajo. Los trabajadores siempre deben estar informados y formados respecto a las medidas generales y los procedimientos de trabajo y las medidas técnicas apropiadas que se han de aplicar en el trabajo cotidiano, con el objeto de reducir el riesgo de exposición al nivel más bajo posible.

En el ámbito de la salud laboral, la calidad consiste en mejorar la salud de los trabajadores y reducir los riesgos para la salud, verificándolos y detectando las anomalías o enfermedades asociadas al trabajo. Todo profesional está implicado en la calidad y en la Prevención, cada uno en su nivel de responsabilidad.

La Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales está compuesta por un equipo multidisciplinar, que consta de una parte técnica (Técnico de PRL) que atiende a las condiciones de trabajo, y de una parte sanitaria (Médico del Trabajo y DUE de empresa), que atienden a la salud de los trabajadores. Pero la Seguridad y Salud Laboral es compromiso de todos los trabajadores.

Sin embargo, hasta la fecha se observa que la Información y Formación en materia de Prevención de Riesgos Laborales PRL NO llega:

- a todos los trabajadores que trabajan en el Sector.
  - al total de personal de nueva contratación en el Sector.
- Hasta la fecha, únicamente una parte del personal contratado acude a la Unidad Básica de Prevención antes de su comienzo para recibir la información / formación y/o cita para reconocimiento inicial de salud.

- Al personal de las empresas externas que realizan sus trabajos en el Sector.

Debe cumplirse el RD 171/ 2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de PRL, en materia de Coordinación de Actividades Empresariales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

461

#### MEJORA DE LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que todos los trabajadores del Sector conozcan la UBP y reciban formación e información en PRL, al menos de los riesgos en su puesto de trabajo.  
Que los nuevos trabajadores contratados acudan a la UBP y reciban formación e información en PRL, al menos de los riesgos en su puesto de trabajo.  
Transmitir y dar difusión a la Cultura Preventiva. Iniciar un Ciclo de mejora continua : Sensibilización- Concienciación- Compromiso- Identificación- Valoración- Actuación- Consolidación de la mejora- Seguimiento.  
Con las empresas externas, iniciar actuaciones para aplicar el Procedimiento de Coordinación de Actividades empresariales y reciban también la información necesaria para dar cumplimiento al RD 171/ 2004

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Mejora del procedimiento para que la Información y Formación en PRL llegue a todos los trabajadores del Sector, inclusive los nuevos:

- Recogida de información: elaborar una encuesta para detectar la demanda y las necesidades formativas en materias de PRL, identificación de los riesgos en los lugares de trabajo, etc
- Difusión de información a través de la intranet, manteniendo ésta actualizada.
- Respecto a los nuevos trabajadores, concienciar a los responsables correspondientes de que los envíen a la UBP antes de comenzar a trabajar, para informar de los riesgos en su puesto de trabajo. La UBP deberá ser informada de las nuevas altas.
- Respecto al resto de trabajadores: realizar charlas de formación /información en materia de Prevención de Riesgos Laborales, por servicios ó individualmente, al menos de los riesgos en su puesto de trabajo.
- Elaboración de documentación diversa

- Mejora del procedimiento para que la Información y Formación en PRL llegue a las empresas externas que realizan sus trabajos en el Sector y dar cumplimiento al RD 171/ 2004 :

Deben iniciarse actuaciones para aplicar un Procedimiento de Coordinación de Actividades Empresariales con las diferentes empresas que desarrollan actividades en los Centros del Sector, para dar cumplimiento al RD 171/ 2004.

Para establecer la estrategia a seguir, se deberán realizar reuniones con las partes implicadas en el proceso de coordinación: Dirección de Gestión, Servicio de Mantenimiento, Servicio de Suministros y Unidad Básica de Prevención.

La UBP deberá ser informada de las empresas y trabajos a iniciar, para poder aplicar el procedimiento. Asimismo, de las empresas externas que habitualmente desarrollan trabajos permanentemente en el Sector

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° trabajadores formados/ informados.

N° trabajadores nuevos formados/ informados.

Documentos formativos elaborados.

N° reuniones internas para el Procedimiento Coordinación de Actividades Empresariales.

N° reuniones mantenidas con empresas externas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el 1er trimestre de 2010, iniciar mejora de la Gestión del conocimiento a nivel interno: difusión de Información y formación de trabajadores.

Durante el 1er semestre de 2010, iniciar mejora de la Gestión del conocimiento a nivel externo: reuniones para dar a conocer el Procedimiento Coordinación Actividades empresariales a las personas implicadas, y contactar con las empresas externas correspondientes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Pc portátil .....	500 €
• Equipo de proyección / Cañón .....	300 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 461

**MEJORA DE LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD**

· Reprografía .....	300 €
· Material Formativo .....	100 €
· Teléfono, fotocopiadora, fax .....	150 €
Total .....	1.350 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 173

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA INCREMENTAR LA VACUNACION DE DIFTERIA Y TETANOS EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... MATILDE CAMPO SANZ  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES,D  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TERESA SOLER GIMENO-DUE-H.ERNEST LLUCH-PREVENCION DE RIESGOS LABORALES- SECTOR CALATAYUD  
CRISTINA VICENTE ITURBE-FACULTATIVO- FARMACIA- H.ERNEST LLUCH-ALATAYUD  
Mª JOSE LAVILLA FERNANDEZ- FACULTATIVO-MICROBIOLOGIA-HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD  
ELIO JAVIER CARRANZA RODRIGUEZ-FACULTATIVO-MICROBIOLOGIA-HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La importancia del proyecto es el conocimiento, la actualización y adecuación del estado vacunal de los trabajadores del hospital respecto a difteria y tetanos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. --Conocer el estado vacunal frente difteria tetanos en los personal del Hospital.  
-- Concienciar de la importancia de la vacunación de difteria tetanos.  
-- Incrementar la vacunación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. --se establece un cronograma para la realización de charlas informativas en los distintos servicios del hospital.  
-- Recepción de los trabajadores de los distintos servicios del Hospital en la Unidad Básica de prevención de riesgos laborales para conocer su estado de vacunación.  
--Aplicación de la vacuna difteria tetanos siguiendo las recomendaciones de Salud pública.  
--Realización del registro de personal vacunado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. --Nº de trabajadores informados.  
--Nº de vacunas administradas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. inicio en mayo 2010  
finalización diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Un armario archivador de historias ..... 315 €  
Total ..... 315 €

11. OBSERVACIONES. Necesitamos un armario de puertas persiana de cuatro estantes regulables, de 315 e en SISTEMA DE GESTIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS HOMOLOGADOS para archivar la documentación en la Unidad básica de prevención de riesgos laborales

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

325

**PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE CUIDADOS ENFERMEROS**

2. RESPONSABLE ..... NATALIA CASANOVA CARTIE

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M\*JOSÉ RUBIO MONTUENGA-DUE HEMODIÁLISIS-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
CARMEN DE JUAN CEBOLLADA-SUPERVISORA ENFERMERÍA A-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
ROSARIO TORCAL CASADO-COORDINADORA-C.S CALATAYUD NORTE  
PILAR ARANDA FERNANDEZ-DUE QUIRÓFANO-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
MERCEDES GALLEL URGEL-DUE-C.S ILLUECA  
SUSANA CASTELLANO IRALDE-DUE CONSULTAS EXTERNAS-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
MARGARITA BUENO PASCUAL-ENFERMERA DE ENLACE-SECTOR DE CALATAYUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mejora de los resultados de la atención enfermera se halla estrechamente relacionada con la profundización de las enfermeras en la metodología de los cuidados, su aplicación práctica y el intercambio de conocimientos entre los miembros de los equipos, incluso entre los diversos niveles asistenciales. Una manera de conseguir este perfeccionamiento son las sesiones clínicas de cuidados.

Se trata de reuniones programadas dirigidas a las enfermeras del Sector para tratar de solucionar problemas ó proporcionar información específica, favoreciendo así mismo la capacidad de expresión, discusión y análisis crítico.

Esta modalidad de toma de decisiones basada en la discusión de casos tenía precedentes en nuestro Sector en la disciplina médica, pero no en enfermería, quienes por otro lado manifiestan continuamente su deseo de mejorar sus conocimientos basados en la evidencia y mejorar así su labor asistencial.

Por otro lado, la presencia de distintos profesionales en el Sector especializados en diferentes técnicas, procedimientos y cuidados enfermeros hace posible la organización de sesiones de interés general de una manera programada a lo largo del año, bajo la supervisión de la Comisión de Cuidados del Sector y de las Direcciones de enfermería, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

Las sesiones clínicas de cuidados enfermeros abordarán dos aspectos: una estructura teórica basada en la evidencia y la exposición, discusión y debate de uno o varios casos, profundizándose en cada uno de ellos.

Los temas elegidos para desarrollar en 2010 son:

? Manejo de reservorios cutáneos

- Administración segura de fármacos intravenosos
- Cuidados en la administración de nutrición enteral por sonda nasogástrica
- Normalización de los registros de enfermería

? Cuidados del catéter intravenoso periférico

? Cuidados del paciente ostomizado

? Actualización en prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

? Transfusiones sanguíneas

? Uso de soluciones hidroalcohólicas

? Quemaduras

? Úlceras vasculares

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante 2009 se realizaron las siguientes sesiones clínicas:

-“Actualización en prevención y tratamiento de las úlceras por presión”:

Con un total de cuatro sesiones, dos de prevención y dos de tratamiento, y un total de 60 profesionales formados (DUES y AES)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 325

**PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE CUIDADOS ENFERMEROS**

-“Cuidados del catéter intravenoso periférico”: Con la realización de dos sesiones y un total de 126 DUES formadas. En la evaluación, los alumnos dieron una puntuación global de 9 sobre 10.

-“Transfusiones sanguíneas”: Con la realización de tres sesiones y un total de 62 DUES formadas. En la evaluación, los alumnos dieron una puntuación global de 9 sobre 10

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Las sesiones clínicas de cuidados tienen varias finalidades:

- 1) Afianzamiento y profundización en los conocimientos basados en la evidencia.
- 2) Favorecer el uso de diagnósticos, planificación y evaluación de las necesidades de nuestros pacientes, mejorando la utilización y la implementación del proceso enfermero.
- 3) Mejorar la comunicación y el intercambio de conocimientos entre las enfermeras de los distintos niveles asistenciales del Sector de Calatayud.
- 4) Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el Sector de Calatayud, como consecuencia de unos mejores cuidados enfermeros

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Planificación del calendario de las sesiones clínicas de cuidados enfermeros. Responsable: Comisión de Cuidados del Sector  
-Organización de las sesiones: Comisión de Cuidados del Sector  
-Evaluación de la satisfacción de los profesionales: Comisión de Cuidados del Sector

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Las sesiones serán organizadas por la Comisión de Cuidados del Sector y difundidas con la suficiente antelación entre las enfermeras del Sector de Calatayud. La asistencia se verificará a través de la recogida de firmas y la medición de la satisfacción de los profesionales asistentes a las sesiones se realizará a través de una encuesta de opinión.

Los indicadores a medir serán:

- Existe un programa de sesiones clínicas de cuidados enfermeros a realizar en 2010
- Existe un informe de la evaluación de la satisfacción de los profesionales implicados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración del programa de sesiones clínicas de cuidados enfermeros a realizar: Marzo 2010

-Realización de las sesiones: Marzo-Noviembre de 2010

-Realización de un informe de la evaluación de la satisfacción de los profesionales implicados: Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CDs grabables, carpetas y otro material ... (*) .....	900 €
Total .....	900 €

11. OBSERVACIONES. (\*) CDs grabables, carpetas y otro material preciso para la difusión de los contenidos de las sesiones

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

444

### GARANTIZAR LA ESTERILIDAD DE LOS MATERIALES MEDICO QUIRURGICOS HASTA EL MOMENTO DEL USO EN EL AREA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESPERANZA CLEMENTE SALA
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH
  - Servicio/Unidad .. MARIAPREVENTIVA-ESTERILIZACION
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ANA GALDEANO BIEL - DUE - ESTERILIZACIÓN M.PREVENTIVA  
CARMEN GARCÍA GARCÍA - DUE - M.PREVENTIVA ESTERILIZACIÓN  
CARMEN GIMENEZ CHAVARRÍA - SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA  
BELÉN ZAPATA LÓPEZ - DIRECCION ENFERMERÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los materiales procedentes del Area Quirúrgica y Bloque Obstétrico, que se envían a la CE para reciclar, se reciben y distribuyen a través de montacargas situados en las zonas de procesado y zona limpia respectivamente. La superficie del montacargas es de acero, "superficie fría". Una vez que las cajas de materiales se extraen del esterilizador y se meten en el montacargas, generan condensaciones, tanto en el interior de la caja, como en el exterior, al depositarlas sobre una superficie de acero. La capacidad de los montacargas es muy limitada. A la distribución de materiales estériles, cuando se trata de transportar lotes de cajas de 10-11Kg. (6,8,12,16 unidades), solo caben 2 unidades, lo que obliga a manipularlos, tanto en la CE como posteriormente en el área quirúrgica, por unidades, con el consiguiente riesgo de rotura del material envolvente, caídas, etc. y por tanto, pérdida de la esterilidad.

Cuando los montacargas se estropean, la extracción de materiales se realiza por la zona de procesado, y se dejan cubiertos en un carro cubiertos con sábanas impermeables hasta la distribución. La estructura de la zona limpia, impide entrada y salida de carros, por lo que de nada serviría extraer el material por esta zona, si la distribución de materiales en carros no se puede realizar.

Es necesario contar con al menos dos carros para intercambiar entre el quirófano-bloque obstétrico y la CE; cada uno está en una planta diferente del hospital

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir que el material llegue al área quirúrgica (y otros servicios) en condiciones adecuadas de esterilidad. La obtención de carros de transporte cerrados y de tamaño adecuado (lotes de entre 6 y 16 unidades de cajas de hasta 10 kgs de peso) permitiría el transporte cuando los lotes son de esas características. Además permitirían el transporte en condiciones adecuadas de cualquier tipo de material cuando se estropean los montacargas de envío de material estéril desde la CE al área quirúrgica. Establecer el circuito de distribución del material estéril desde la CE hasta los SS/UU

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Solicitar presupuestos de carros de transporte de materiales que cumplan los requisitos mencionados. Coordinación con el área quirúrgica para establecer los circuitos de transporte y circulación de los carros. Elaborar el procedimiento para el mantenimiento de los carros de transporte

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° días con montacargas averiados/N° total de días de funcionamiento de la CE.  
N° de materiales enviados en carros/N° total de materiales esterilizados.  
N° de cajas y contenedores enviados en carros/N° total de cajas y contenedores esterilizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2010: solicitud de presupuestos de carros.  
Junio 2010: Compra de los carros.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 444

**GARANTIZAR LA ESTERILIDAD DE LOS MATERIALES MEDICO QUIRURGICOS HASTA EL MOMENTO DEL USO EN EL AREA QUIRURGICA**

Junio 2010: coordinación CE - Quirófanos para establecer el circuito de distribución del material mediante carros.  
Diciembre 2010: evaluación final

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 carros de transporte cerrados y con ruedas ... (*) .....	3.000 €
Total .....	3.000 €

11. OBSERVACIONES. (\*) 2 carros de transporte cerrados y con ruedas, con capacidad para 6 UTEs (1500€ cada uno). Son carros de transporte de fibras y/o aluminio anodizado y resistente a los procesos de lavado y desinfección para su correcto mantenimiento

1. TÍTULO

**INFORMATIZACION DEL AREA DE PACIENTES AMBULATORIOS Y MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA AL INICIO DE LA TERAPIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CRISTINA VICENTE ITURBE-FARMACÉUTICA-HOSPITAL ERNEST LLUCH-FARMACIA  
M<sup>a</sup> TERESA SANZ GONZÁLES-DUE- HOSPITAL ERNEST LLUCH-FARMACIA  
ASCENSIÓN LÓPEZ HERNANDO-ADMINISTRATIVA-HOSPITAL ERNEST LLUCH-FARMACIA  
ANTONIO LÓPEZ MERCADER-INFORMÁTICO- HOSPITAL ERNEST LLUCH-INFORMÁTICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 1982 en que se inicia la dispensación de medicamentos directamente a pacientes hemofílicos, y sobre todo a partir de 1992 en 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. A efectos de gestión es muy importante distinguir qué se entiende por paciente ambulatorio; son todos aquellos atendidos en el propio hospital o en área hospitalaria pero que no generan estancias.

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. Para mejorar la asistencia proporcionada además de optimizar el proceso de dispensación y evitar posibles errores sería necesario contar con una informatización de este proceso, que actualmente se realiza de forma manual mediante registro por escrito de los pacientes, medicación dispensada, pauta, diagnóstico e incidencias. El apoyo informático nos permitiría además de facilitar la realización de la historia farmacoterapéutica del paciente, proporcionarle haciendo uso del programa informático Infowin®, información por escrito sobre la terapia a seguir y sus características, ayudando a que el paciente colabore de forma activa en su tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Informatizar el proceso de dispensación a pacientes ambulatorios desde el servicio de farmacia hospitalaria, optimizando la gestión de la información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los pacientes atendidos. Proporcionar una adecuada atención farmacéutica, inicialmente al inicio del tratamiento, para conseguir mayor adherencia y una adecuada monitorización de la eficacia y seguridad del mismo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Colaboración con el servicio de informática para poner en red el ordenador necesario. Una vez puesto en funcionamiento introducción por parte del personal administrativo y due del servicio de farmacia, con la supervisión de la farmacéutica de hospital de la historia farmacoterapéutica de cada paciente en el programa informático disponible, actualmente en desuso. Due del servicio de farmacia- Farmacéutica de hospital: Identificar pacientes subsidiarios de recibir información por escrito sobre su tratamiento a través del programa Infowin®: en un primer momento se comenzaría con los pacientes nuevos para poder ampliar posteriormente al resto. Farmacéutica de hospital: elaboración de informe farmacoterapéutico individualizado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Informatización del área de pacientes ambulatorios: Si/no  
Nº Pacientes ambulatorios atendidos en el servicio de farmacia cuya historia farmacoterapéutica está informatizada / nº total de pacientes ambulatorios atendidos en dicho servicio de farmacia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 531

**INFORMATIZACION DEL AREA DE PACIENTES AMBULATORIOS Y MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA AL INICIO DE LA TERAPIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

Nº pacientes nuevos con informe de Infowin@/ nº pacientes nuevos  
Nº pacientes con informe de Infowin@/ nº total de pacientes ambulatorios  
Según como vaya evolucionando el proyecto se planteara realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes tras la implantación del proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fase inicial: disponer de un PC para poder empezar a trabajar.  
Tras disponer de los medios materiales necesarios (PC e impresora): puesta en marcha del programa en el nuevo ordenador y conexión a la red por parte de informática.  
Se iniciará el aplicativo de forma progresiva hasta cubrir al total de pacientes (esperable en dos-tres meses tras implantación).  
Inicio de atención farmacéutica mediante apoyo informático Infowin@ desde el inicio

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador .....	850 €
· Impresora color .....	300 €
Total .....	1.150 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

430

### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD ESTANDARIZADO APLICABLE A LOS MATERIALES MEDICO-QUIRURGICOS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GIMENEZ CHAVARRIA
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH
  - Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESPERANZA CLEMENTE SALA - SUPERVISORA - CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  
ANA GALDEANO BIEL - DUE - ESTERILIZACIÓN Y M.PREVENTIVA  
CARMEN GARCÍA GARCÍA - DUE - M.PREVENTIVA Y ESTERILIZACIÓN  
BELÉN ZAPATA LÓPEZ - DIRECCION DE ENFERMERÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Implementar la Trazabilidad de los materiales médico-quirúrgicos utilizados en la práctica asistencial, seleccionando tecnología adecuada existente en el mercado. Asegurar el control de los procesos aplicados a los materiales reutilizables durante la esterilización del material y la práctica asistencial del paciente. El marcado genera una etiqueta de código de barras. La trazabilidad se realiza a través de los registros de datos en los Formatos correspondientes de cada proceso, y etiquetado manual, por lo que es imposible realizar un trabajo estandarizado que se pueda reproducir sin detección de errores. Oportunidades de Mejora: Crear etiquetas de identificación de materiales con código de barras que reproduzcan los procedimientos realizados con los materiales estériles reutilizables. Existe un proyecto coordinado por el SALUD, que no incluye a todo el material existente en el Hospital, por lo que se hace necesario buscar y organizar el resto del material desde el Hospital

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estandarizar el seguimiento y control del material desde la CE hasta el usuario final.
- Reproducir, a través de la lectura de etiquetas de doble adhesivo configuradas con código de barras la identificación de los procedimientos realizados con los materiales estériles reutilizables.
  - Evitar confusiones al personal de la CE durante el tto. de los materiales.
  - Proporcionar información suficiente y disponible al paciente, asegurando la calidad de los materiales utilizados en la práctica asistencial.
  - Facilitar soluciones en caso de detección de problemas en el resto de UU/SS del hospital

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Se ha consultado con la empresa que coordina el proyecto de trazabilidad del SALUD y solicitado presupuesto del coste de tratamiento y marcado del material quirúrgico (17,4€ por unidad).
- Se ha seleccionado una primera fase que incluiría aproximadamente 120 piezas de material quirúrgico.
  - Crear un grupo de Mejora formado por personal del Área Quirúrgica, Esterilización y M. Preventiva.
  - Desarrollar un inventario de materiales en uso y en stock
  - Unificar nomenclaturas y codificar
  - Realizar un estudio sobre el estado de los materiales susceptibles de marcado con la casa comercial así como el nº de lectores necesarios en los puntos de trabajo.
  - Elaborar una base de datos para registrar inventario de materiales médico quirúrgicos
  - Solicitar presupuesto del pvp del marcado por unidad de marcado y de los lectores de códigos de barras.
  - Seleccionar los materiales susceptibles de marcado.
  - Iniciar la Implantación progresivamente, por Unidades y Servicios

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 430

**IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD ESTANDARIZADO APLICABLE A LOS MATERIALES MEDICO-QUIRURGICOS**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE MATERIALES REGISTRADOS EN LA CE X 100 /N°TOTAL DE INVENTARIO  
N° DE MATERIALES SELECCIONADOS PARA MARCADO X 100 /N° TOTAL DE INVENTARIO  
N° TOTAL DE MATERIALES MARCADOS X 100/N° TOTAL DE INVENTARIO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE MEJORA MARZO 2010  
ESTUDIO DE MATERIALES ABRIL 2010  
1º ENVÍO TTO. / MARCADO MARCADO PTE. 2010  
2º ENVÍO TTO / MARCADO PTE 2010-11

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Marcado y tratamiento de material (120 piezas x 17,4€ cada una)\* ..... 2.088 €  
Total ..... 2.088 €

11. OBSERVACIONES. \* El precio del tratamiento y marcado de los materiales varía en función del estado de conservación en que se encuentra y el tipo de marcado que se realice, por lo que el proyecto se adaptará en función de los recursos disponibles

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 448

**APOYO INFORMATICO Y PROTOCOLIZACION EN LA PRESCRIPCION ONCOLOGICA DE QUIMIOTERAPIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... BERTA MARIA JIMENEZ RUBIANO  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CRISTINA VICENTE ITURBE-FARMACÉUTICA-FARMACIA  
M<sup>a</sup> TERESA SANZ GONZÁLEZ-DUE-FARMACIA  
ANTONIO LÓPEZ MERCADER-INFORMÁTICO-INFORMÁTICA  
JOSÉ IGNACIO GARCÍA MONTERO-MÉDICO-UNIDAD DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los tratamientos farmacológicos en pacientes oncológicos se van incrementando de forma progresiva, tanto en número de población afectada, como en complejidad y patología de los pacientes asociadas a su mayor edad y supervivencia, al mismo tiempo que se incrementan los fármacos disponibles en el mercado y las posibles combinaciones entre ellos para definir pautas de tratamiento. La prescripción electrónica con programas específicos para quimioterapia en oncología - como el Oncofarm® - permite mejorar la calidad de la prescripción de la preparación de los quimioterápicos en la farmacia hospitalaria, así como minimizar posibles efectos secundarios derivados de la interacción de los diferentes tratamientos del paciente y del adecuado ajuste de dosis mediante la protocolización de los tratamientos y la supervisión electrónica de los mismos (interacciones, efectos secundarios, etc.). La prescripción automatizada e informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los procesos atendidos, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos quimioterápicos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Gracias a la convocatoria de proyectos de Seguridad del Paciente realizada por el SALUD en 2008, y a la convocatoria del PAIMC del SALUD en 2009, se ha logrado financiar la compra del aplicativo base del Oncofarm®, si bien el coste extra de algunas de sus aplicaciones opcionales (como la interconexión con resultados analíticos de laboratorio no han podido financiarse) ha impedido su compra. El retraso en la financiación del PAIMC, junto a la dependencia de los servicios informáticos del Hospital y de la empresa, la escasez de medios técnicos adecuados (equipos informáticos), y el recambio en los profesionales implicados (farmacéutica y oncólogo han cambiado a lo largo de 2009) han demorado la puesta completa del proyecto, que actualmente está en fase de prueba. Únicamente se ha realizado prueba del programa por personal de Farmacia y de Oncología del Hospital, con una alta satisfacción de los mismos ante las posibilidades que ofrece

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consolidar la prescripción informatizada de los tratamientos oncológicos por parte del especialista en oncología del centro. Registro de los pacientes susceptibles de tratamiento quimioterápico, sus diagnósticos, protocolos clínicos, ciclos, fármacos, etc. por parte del Servicio de Farmacia. Gestión en tiempo real de los procesos, programación, confirmación, preparación y dispensación-administración de los tratamientos para cada paciente. Registro de las incidencias que ocurran en todas las fases del proceso asistencial, al igual que la gestión centralizada en el servicio de farmacia de las mezclas intravenosas, con control de devoluciones, caducidades, reutilización y consumos. Actualización de los protocolos de tratamiento oncológico existente, o realización de aquellos que no estén realizados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Farmacéutica del Hospital y Facultativo de Oncología: Tras la implantación completa del sistema informatizado Oncofarm®, el Servicio de Farmacia del hospital, tras la prescripción informatizada por parte del especialista en oncología del centro, se encargará de la introducción y registro de los pacientes susceptibles de tratamiento quimioterápico, sus diagnósticos, protocolos clínicos, ciclos, fármacos, etc.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 448

**APOYO INFORMÁTICO Y PROTOCOLIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA DE QUIMIOTERAPIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD**

También se mantendrá un registro de incidencias en todas las fases del proceso asistencial, al igual que la gestión centralizada en el servicio de farmacia de las mezclas intravenosas, con control de devoluciones, caducidades, reutilización y consumos.  
Farmacéutica del Hospital, Facultativo de Oncología y Coordinador de Calidad del Hospital: análisis semestral de los indicadores de proceso que aporta el programa, y evaluación global de la marcha del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cobertura del Programa: Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa informatizado, respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el Hospital desde el comienzo del proyecto.  
Evaluación de Resultados: Evaluación del perfil de utilización de los quimioterápicos a final de año, realizada por el Servicio de Farmacia y revisada por parte del especialista en Oncología, para valorar su adecuación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Tras la puesta en marcha completa del programa, que se espera realizar en el primer trimestre de 2010, se pilotarán sus resultados y cobertura para modificar - en caso necesario - la metodología de trabajo.  
A final de 2010 se evaluarán por parte del Grupo de Mejora los dos indicadores propuestos para analizar su utilidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Adquisición de PC para oncología .....	850 €
· Mantenimiento anual del Programa Oncofarm® .....	1.500 €
Total .....	2.350 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

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

2. RESPONSABLE ..... SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH
  - Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LUCIA TOMAS ARAGONES-PSICOLOGA-HOSPITAL ERNEST LLUCH-UNIDAD CLINICA DE DERMATOLOGIA  
FEDERICO DE LARA PASQUIN-ENFERMERO-HOSPITAL ERNEST LLUCH-UNIDAD CLINICA DE DERMATOLOGIA  
ANGEL BES FRANCO-MEDICO-CENTRO DE SALUD DE DAROCA  
MARIA PILAR BLAZQUEZ GIRON-MEDICO-CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD  
PABLO DE LORA NOVILLO-MEDICO-CENTRO DE SALUD DE ATECA  
ROBERTO TORRIJO SOLANA-ENFERMERO-CENTRO DE SALUD DE ILLUECA  
ANTONIO GOMEZ PELIGROS-MEDICO-CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

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

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

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

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

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

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

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

El concepto de calidad de vida y, más en concreto, el de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se ha introducido como un factor importante a tener



## 1. TÍTULO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

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

en cuenta en la práctica clínica hace tan solo unos pocos años.

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

Estudios de calidad de vida realizados en pacientes con psoriasis revelan un impacto físico y emocional negativo sobre la calidad de vida similar al de pacientes con cáncer, artritis y enfermedad cardiaca (Krueger et al. 2001).

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

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

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

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

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

a. Fármacos tópicos (Kragballe K et al. 2006);

b. Fármacos sistémicos tradicionales (Fairhurst DA et al. 2006); y

c. Fármacos biológicos (Yamanuchi PS et al. 2005).

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

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

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

a. El binomio localización de las lesiones - trabajo;

b. La interacción del paciente con su medio laboral, social y con su familia, así como la relación médico-paciente;

c. El esquema corporal;

d. Las enfermedades concomitantes;

e. La situación socioeconómica;

f. La tendencia en algunos de la victimización;

g. El conocimiento de la enfermedad y la fe en mitos y falsas creencias;

h. El círculo vicioso ilusión/ desilusión;

i. La baja tolerancia a la frustración; y/o

j. El binomio comodidad/ resignación.

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

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

Para ello, el presente trabajo procura complementar los tratamientos actuales con una intervención puntual de tipo grupal, intensa, activa, de corta duración

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

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

y en el primer momento de la demanda.

Dentro de los diferentes tipos de abordaje grupal en Salud Mental, hemos elegido el enfoque psico-educativo (Skarpathiotakis et al. 2006). No podemos dejar de recordar que históricamente este enfoque se reconoce como el pionero en el desarrollo de las técnicas grupales, gracias a las experiencias de Pratt con tuberculosos y que pronto fue utilizado en otro tipo de patologías, incluso con diferentes posicionamientos teóricos. El objetivo básico de estos abordajes es ayudar a los pacientes a mejorar sus estrategias de manejo de los problemas reales que estén afectando a sus vidas en el momento actual (Yalom ID, 1986). Las técnicas específicas se centran en la divulgación de información en forma de clases, manuales, etc., además de orientaciones, ejercicios grupales, estrategias de resolución de problemas, tareas, etc.

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

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

01. Abel ED, Moore US. Glathe JP

Psoriasis patient support group and self-care efficacy as an adjunct to day care center treatment.

Int J Dermatol. 1990 Nov;29(9):640-3.

02. Anstey AV, Kragballe K. Retrospective assessment of PASI 50 and PASI 75 attainment with a calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment. Int J Dermatol. 2006 Aug;45(8):970-5.

03. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. Health Qual Life Outcomes. 2006 Jun 6;4:35.

04. De Azua Dochao L.

[Dermato-psycho-sis and psycho-dermatosis (personality-related dermatology)]

Actas Dermosifiliogr. 1977 Jan-Feb;68(12):1-16

05. Feldman, S.

El Yo-piel

Madrid: Editorial Biblioteca Nueva (2000)

06. Feldman SR, Gordon KB, Bala M, Evans R, Li S, Dooley LT, Guzzo C, Patel K, Menter A, Gottlieb AB. Infliximab treatment results in significant improvement in the quality of life of patients with severe psoriasis: a double-blind placebo-controlled trial. Br J Dermatol. 2005 May;152(5):954-60

07. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. Dermatol Clin. 2005 Oct;23(4):681-94.

08. Katz KA. Psoriasis Area and Severity Index 50 as an endpoint in psoriasis trials: an unconvincing proposal. J Am Acad Dermatol. 2005 Sep;53(3):547-51

09. Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. Dermatol Clin. 1996;14:485-96.

10. Koo J, Lebwohl A.

Psycho dermatology: the mind and skin connection.

Am Fam Physician. 2001 Dec 1;64(11):1873-8.

11. Milberg IL.

Group therapy in the treatment of some dermatoses.

Skin (Los Angeles). 1963 Oct;42:307-10.

12. Polenghi MM, Molinari E, Gala C, Guzzi R, Garutti C, Finzi AF.

Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic.

Acta Derm Venereol Suppl (Stockh). 1994;186:65-6

13. Reich K, Nestle FO, Papp K, Ortonne JP, Wu Y, Bala M, Evans R, Guzzo C, Li S, Dooley LT, Griffiths CE. Improvement in quality of life with infliximab induction and maintenance therapy in patients with moderate-to-severe psoriasis: a randomized controlled trial. Br J Dermatol. 2006 Jun;154(6):1161-8.

14. Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, Surawy C, Warwitek H, Bulstrode C, Dawber R, Lane D.

Why do doctors find some patients difficult to help?

Q J Med. 1994 Mar;87(3):187-93

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

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

15. Skarpathiotakis M, Fairlie C, Ryan S. Specialized education for patients with psoriasis: a patient survey on its value and effectiveness. Dermatol Nurs. 2006 Aug;18(4):358-61.

16. Sperber J, Shaw J, Bruce S.

Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria.

Psychother Psychosom. 1989;51(3):135-41.

En la practica clínica diaria observamos porcentajes de remisión - medidos mediante PASI - menores de los que seria previsible observar en pacientes psoriásicos tratados con los fármacos de uso habitual.

Observamos que las comorbilidades asociadas y el impacto psico-social negativo pueden influenciar esta menor respuesta terapeutica.

Asi mismo hemos observado como en pacientes a los que se les asocia una intervención psicológica (grupo psico-educativo) se obtiene en ellos una mejor respuesta al tratamiento con mayores porcentajes de remisión medido mediante PASI.

#### Hipotesis General:

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

#### Objetivo general:

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

#### Objetivos específicos:

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

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

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

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Variables:

##### A. De evaluación clínica:

1. Psoriasis Area and Severity Index (PASI). Es la herramienta más utilizada mundialmente para la medida de la gravedad de la psoriasis con una única puntuación.
2. Body Surface Area (BSA). Es el porcentaje de superficie corporal afectada por la psoriasis. Medida muy útil para evaluar la gravedad.

##### B. Del impacto psico-social:

3. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Evalúa sintomatología ansiosa y/o depresiva (Zigmond & Snaith, 1983). Es la más utilizada en investigación.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

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

4. Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI). Evaluar los estresores vitales presentes específico para paciente con psoriasis.
5. Health Survey Short Form-36 (SF-36). Es un instrumento para medir el estado de salud general. Valora aspectos tanto positivos como negativos de la misma.
6. Dermatology Life Quality Index (DLQI). Es el instrumento más utilizado para evaluar la calidad de vida en pacientes dermatológicos.
- C. Variables sociodemográficas.
7. Se diseñará un formulario de recogida de datos sociodemográficos acorde a los objetivos del estudio y se elaborará un cuaderno de recogida de datos (CRD) en el que se recogerán todos los datos del estudio.

Descripción de las actividades:

#### CRONOGRAMA DE TRATAMIENTO EN LOS DOS GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo: Tratamiento dermatológico + intervención psicológica

Pre.							Post.
0	1	2	3	4	5	6	6 (mes)
ST	T	T	T	TD	TD	ST	

Grupo: Tratamiento dermatológico solo

Pre.						Post.
0	1	2	3	4	5	6 (mes)

Siendo: Pre: Evaluación previa (a los dos grupos)  
Post: Evaluación posterior (a los dos grupos)  
T: Tratamiento psicológico  
ST: Sin tratamiento psicológico  
TD: Tratamiento en desvanecimiento

Descripción de la Intervención Psicológica:

La propuesta es de tratamiento grupal psico-educativo

Duración

La intervención se ha diseñado de la siguiente manera:

- 1º. Evaluación basal antes de empezar la intervención.
- 2º. 12 sesiones de periodicidad semanal los meses 1º, 2º y 3º.
- 3º. 2 sesiones de periodicidad quincenal el mes 4º.
- 4º. 1 sesión mensual el mes 5º.
- 5º. Evaluación final tras la intervención a los 6 meses.

Las sesiones serán de 90 minutos.

Cada grupo debe contar con la presencia de un mínimo de 8 personas y un máximo de 12.

Se prevén un número aproximado de 30 grupos para incluir a 300 pacientes.

Contenidos

Un aspecto de gran importancia es el relativo a la información a suministrar al paciente. Esta información es presentada en forma de pequeño libro o "manual".

Los contenidos del grupo se estructuran en dos apartados: "Tareas" y "Sesiones". Las tareas son aquellas actividades que deberá realizar el paciente individualmente en su domicilio, entre sesiones.

Las sesiones se componen de diferentes actividades tales como:

- 1º. Revisión de las tareas propuestas. Es fundamental este trabajo fuera de las sesiones ya que permite el entrenamiento y la generalización de las

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 362

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

estrategias aprendidas.

2º. Presentación didáctica. El psicólogo realiza una corta y didáctica disertación sobre el tema central de la sesión.

3º. Demostración y práctica de una estrategia relacionada con la presentación didáctica. Las estrategias que se pretenden son:

a. Técnicas de relajación y respiración.

b. Técnicas de reestructuración cognitiva.

c. Técnicas de resolución de problemas.

d. Planificación de actividades. Práctica de la estrategia trabajada y autorregistro.

e. Ensayo conductual. Consiste en la ejecución de comportamientos apropiados para enfrentar situaciones problemáticas.

4º. Fin de sesión y recogida del material. Durante el programa se van presentando y entrenando una serie de estrategias relacionadas con la presentación didáctica.

Se realizara además: Valoración y discusión de los resultados de las evaluaciones inicial y final realizadas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación de la atención en formato grupal (Sesiones: numero, participantes, etc.)

1ºa) Número de Sesiones realizadas/ previstas

1ºb) Número de participantes/previstos

Evaluación del equipo de mejora (Reuniones: numero, participantes, acuerdos adoptados etc.)

1ºa) Número de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb) Número de participantes/previstos

Evaluación pre y post de los instrumentos de evaluación, detallados anteriormente (Clínicos, psicologicos y sociodemograficos)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desarrollo del grupo de terapia ( Enero a Julio de 2010)

1 Grupos de 13 sesiones cada una de 90 minutos y periodicidad semanal.

Evaluación del Grupo control simultaneamente al desarrollo del Grupo de terapia

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pago desarrollo sesiones psicologicas de grupo ..... 850 €

Total ..... 850 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**NORMALIZACION DE LA REVISION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH
  - Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DE CIRUGIA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMEN JIMÉNEZ IHUARBEN-SUPERVISORA QUIRÓFANOS-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
ISABEL MARTINEZ BENEDI-SUPERVISORA MATERNO INFANTIL-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
FELICIDAD SAEZ AGUDO-SUPERV. U. CUIDADOS ESPECIALES-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
CRISTINA DE MARCO MURO-SUPERVISORA ENFERMERÍA C-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
NATALIA CASANOVA CARTIÉ -SUPERVISORA CALIDAD-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
CARMEN DE JUAN CEBOLLADA-SUPERVISORA ENFERMERÍA A-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
CRISTINA VICENTE ITURBE -FARMACÉUTICA-HOSPITAL ERNEST LLUCH

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La correcta administración de fármacos a los pacientes ingresados en un Hospital, hace necesaria la elaboración de procedimientos para el control y seguimiento de los medicamentos que se dispensan desde el Servicio de Farmacia. Aunque según la Ley del Medicamento, el farmacéutico es el responsable de los medicamentos que se encuentran en los botiquines, es necesario que el personal de enfermería de las unidades donde se implanta un botiquín se responsabilice de la revisión y mantenimiento del stock. Una vez que estos llegan a la Unidad de Enfermería, es la supervisora quien se responsabiliza de su almacenamiento, reposición, mantenimiento en condiciones óptimas y de asegurar la retirada de los que han caducado o están a punto de hacerlo. La Sociedad Española de Farmacia hospitalaria recomienda que "exista un registro de todo lo referente a las revisiones de los botiquines de las unidades de enfermería". Un sistema de control y registro de fechas de caducidad informatizado y de fácil seguimiento, reduce al máximo el riesgo de administrar al paciente medicamentos caducados, con lo que se incide tanto en la seguridad del paciente como en el uso racional del medicamento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con el presupuesto concedido en 2009 se pudo desarrollar el proyecto sólo en una unidad (la Enfermería C). Dado que las PDAs mostraron ser un medio incómodo por el tamaño de la pantalla y la velocidad de procesado, se optó por continuar el proyecto con la adquisición de un Tablet PC, que ha cumplido las características para la realización del proyecto. El registro informatizado ha permitido la detección de campos de mejora y fallos del sistema, en concreto relacionados con el control de las temperaturas de las neveras donde se guardan algunos fármacos. Esta detección va a dar lugar a un nuevo Proyecto de mejora de la calidad en 2010

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal:

Mejorar la seguridad del paciente, reduciendo al máximo el riesgo de administración de fármacos caducados.

Objetivos secundarios:

- Normalizar y unificar el procedimiento de revisión de caducidades en las unidades de hospitalización, servicio de Urgencias, Quirófanos y Unidad de Cuidados Especiales del Hospital Ernest Lluch.
- Informatizar el registro de este procedimiento.
- Aplicar este sistema de control de caducidades al material sanitario fungible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Aplicación de la guía de procedimiento sobre la revisión y mantenimiento de los botiquines existentes en las unidades de enfermería, en las nuevas unidades incorporadas al proyecto.

-Aplicación de un sistema informatizado de registro de caducidades. Mediante el uso de los Tablet PC se facilitará el registro y transmisión de la información y se minimizarán errores en la transcripción de los datos.

-Implantación de dicho sistema en:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 326

**NORMALIZACION DE LA REVISION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

- oEnfermería B (responsable: Grupo de trabajo)
- oEnfermería A (responsable: Grupo de trabajo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras la implementación en las citadas unidades de la Guía de procedimiento y de su aplicación informática, se procederá a comprobar que existe en todas las unidades:

- Inventario con las caducidades del año en curso.
- Registro informatizado de la temperatura de la nevera donde se guardan fármacos.

Indicadores:

- Existe un inventario con las caducidades anuales en cada unidad implicada.
- Existe un registro informatizado de la temperatura e incidencias de la nevera donde se guardan fármacos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Aplicación del programa informático de control de las caducidades y de registro de las temperaturas de las neveras: Mayo 2010

- Implantación en las nuevas unidades de enfermería incorporadas al proyecto: Junio-Noviembre 2010
- Evaluación: Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 Tablet PC para las unidades de enfermería implicadas .....	3.000 €
Total .....	3.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 365

**PREVENCIÓN DE LAS RECAIDAS DEL DOLOR LUMBAR EN EL PERSONAL SANITARIO QUE MOVILIZA PACIENTES Y CARGAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ORELLANA GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MATILDE CAMPO SANZ-MEDICO-UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD  
JUAN CARLOS ARAGUES BRAVO-MEDICO-SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD  
TERESA SOLER GIMENO-ENFERMERA-UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA LUMBALGIA AGUDA DE ORIGEN MECANICO SECUNDARIO A POSTURAS INCORRECTAS Y REPETITIVAS EN EL PERSONAL SANITARIO QUE MOVILIZA ENFERMOS Y CARGAS ES FRECUENTE OCASIONANDO PERIODOS DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DISMINUIR EL NUMERO DE CRISIS DE LUMBALGIA AGUDA.  
ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DE LESION DE ESPALDA.  
ESTABLECER PAUTAS PERSONALIZADAS PARA LA MOVILIZACION DE PACIENTES.  
ESTABLECER PAUTAS PERSONALIZADAS PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS.  
INDIRECTAMENTE DISMINUIR LOS PERIODOS DE INCAPACIDAD LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO QUE MOVILIZA ENFERMOS Y CARGAS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se establece un cronograma de reuniones entre el Servicio de Medicina física y rehabilitación con la Unidad básica de prevención de riesgos laborales para establecer las indicaciones de inclusion personalizada en el programa partiendo de Trabajador sanitario que moviliza pacientes y cargas en el Hospital Ernest lluch y ha permanecido en situacion de incapacidad laboral temporal por lumbalgia en el ultimo año. El trabajador sera detectado en la consulta medica de la Unidad básica de prevención de riesgos laborales, diagnosticando la lesion de espalda,e indicando el tratamiento hasta la cita en el Servicio de Rehabilitacion. Posteriormente se le aplicara individualmente las indicaciones de ergonomia postural y enseñanza de cinesiterapia flexibizante de refuerzo muscular de columna vertebral

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - numero de trabajadores de categoria celador incluidos en el programa.  
- numero de trabajadores de categoria auxiliar de enfermeria incluidos en el programa.  
- numero de episodios de lumbalgia en los trabajadores incluidos en el programa segun categoria profesional y servicios

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - iniciar en marzo 2010.  
- finalizar diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material didactico,Dvd .....	200 €
Total .....	200 €

11. OBSERVACIONES.



## 1. TÍTULO

### ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE RUBIO MONTUENGA
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH
  - Servicio/Unidad .. HEMODIALISIS
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARMEN GIMÉNEZ CHAVARRIA-SUPERVISORA DE AREA-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
FRANCISCO ARIAS CRUZ-ENFERMERO URGENCIAS-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
CARMEN MARTÍNEZ TOMEY-ENFERMERA ENDOSCOPIAS-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
NATALIA CASANOVA CARTIÉ -SUPERVISORA DE CALIDAD-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
ANA ALBIZU TELLERÍA-ENFERMERA QUIRÓFANO-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
VICTORIA SALVADOR I TENA-SUPERVISORA URGENCIAS-HOSPITAL ERNEST LLUCH  
M<sup>a</sup> ASCENSIÓN VALLEJO GUERRERO-ENFERMERA ONCOLOGÍA-HOSPITAL ERNEST LLUCH

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La variabilidad en la práctica clínica, entendida como diversidad no justificable por el conocimiento científico o la epidemiología de un problema de salud, sino que es reflejo de las idiosincrasias de los profesionales o del entorno sanitario, es una fuente importante de no-calidad. Esta diversidad inapropiada puede esconder, en algunos casos, un uso ineficiente de recursos, pero lo que siempre representa es un problema de calidad asistencial.

La elaboración de planes de cuidados, protocolos o guías clínicas que establezcan un modelo óptimo de asistencia, nos va a permitir mejorar la calidad de la asistencia que prestamos. La estandarización de cuidados basada en el desarrollo de planes de cuidados, protocolos, guías o recomendaciones, conduce a la necesidad crítica de evaluar científica y objetivamente los resultados de los cuidados de enfermería, sobre todo cuando se utilizan diferentes aproximaciones para un mismo problema de salud. El resultado de esta evaluación puede plasmarse finalmente en documentos que mejoren la atención, evitando diferencias basadas en criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

La revisión, unificación, actualización y estandarización de los cuidados de enfermería que se prestan en el hospital, basándolos en la mejor evidencia científica disponible, va a redundar directamente en una mejora de la asistencia prestada al paciente. Además debe servir como elemento motivador para el personal de enfermería y debe suponer una herramienta que facilite la realización adecuada de los cuidados, la formación y la integración al trabajo del personal de nueva incorporación.

Por otro lado, la inminente puesta en marcha en los centros hospitalarios pertenecientes al Servicio Aragonés de Salud del gestor informatizado de cuidados Gacela Care, hace necesaria la preparación en formato electrónico de los Protocolos y Procedimientos de enfermería en vigor en el Hospital Ernest Lluch

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El objetivo que nos planteamos con este proyecto de mejora fue la actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería del Hospital Ernest Lluch, la modernización de su formato, la unificación en todas las unidades y la creación de un acceso informático desde todas las unidades.

Para ello, recopilamos un total de 215 protocolos y procedimientos distintos, dispersos por el Hospital, detectando la gran variabilidad de información existente sobre un mismo protocolo en las distintas unidades de Enfermería.

Además, comprobamos que la mayoría de ellos fueron revisados por última vez en 1995 y que sólo un número mínimo cumplían los requisitos establecidos para la elaboración de protocolos como es el estar basados en la evidencia existente o simplemente recoger datos como fecha de actualización y bibliografía. Este sondeo nos hizo decidir el abordaje de un número limitado de protocolos pero que sin embargo estuviesen bien elaborados, se ajustasen a la realidad de nuestro Sector de salud y fuesen conocidos por todo el personal de enfermería del Sector.

Decidimos comenzar por el protocolo de Úlceras por presión (UPP) y para ello formamos la Comisión de UPP del Sector que llevo a cabo la elaboración del Protocolo y su implantación en el Hospital Ernest Lluch.

Este trabajo fue premiado en 2007 por la Sociedad Aragonesa de Calidad como "Mejor proyecto de Seguridad Clínica desarrollado en Aragón".

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 327

**ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD**

Durante 2008, la Comisión de Enfermería Quirúrgica del Sector cuyos integrantes forman parte del grupo de trabajo Ioanna Briggs de Enfermería Basada en la Evidencia, colaboró en la elaboración del Protocolo de cuidados del catéter intravenoso periférico y trabajó la estrategia de implementación de dicho protocolo en todo el Hospital Ernest Lluch. Tras un corte de los indicadores previo, se dió comienzo a la impartición de talleres de información dirigidos a todas las enfermeras del Hospital Ernest Lluch, aunque en vistas a mejorar la continuidad de cuidados se hicieron extensibles al personal de enfermería de Atención Primaria de nuestro Sector y del 061.

En Marzo de 2009 se realizó la implementación oficial del protocolo en todo el Hospital Ernest Lluch y en Julio de 2009 se realizó una medición de indicadores para poder comparar resultados pre y post-implementación.

A su vez en 2009 se realizó la implementación del nuevo procedimiento sobre transfusiones sanguíneas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ?Implicar a los profesionales de enfermería del Sector de Calatayud en la estandarización de cuidados de enfermería. ?Revisar, actualizar y unificar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería existentes en el hospital Ernest LLuch. ?Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad. ?Establecer una estructura informática que permita el acceso a los protocolos, planes de cuidados, recomendaciones, etc. en un formato electrónico desde cualquier unidad de enfermería del Hospital a través de la Intranet y su revisión y actualización periódica. ?Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes... ?Conseguir que cada uno de los protocolos elaborados o actualizados se implemente en el sector de Calatayud y se evalúen los resultados obtenidos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ?Continuar con la unificación y actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería, de forma que se garantice la mejor atención en todas las Unidades, atendiendo a la mejor evidencia y a las mejores prestaciones posibles en nuestro hospital: grupo de mejora de enfermería. ?Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad: grupo de mejora de enfermería. ?Pasar todos los documentos a un formato electrónico que permita a corto-medio plazo colgarlos en la intranet para facilitar el acceso a cualquiera de ellos desde cualquier unidad de enfermería del Hospital y permitir su revisión y actualización periódica: unidad de calidad. ?Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...: unidad de calidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Durante 2010 se habrá actualizado un nuevo protocolo que cumpla los criterios de calidad definidos  
Indicadores:  
?Existe un protocolo actualizado en 2010 que cumple los criterios de calidad (Aprobado-Revisado por la Comisión de Cuidados del Sector)  
?El protocolo es accesible a través de la Intranet a todas las Unidades de Enfermería del Hospital Ernest Lluch y para las enfermeras que desarrollan su trabajo en los distintos Centros de Salud del Sector de Calatayud

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Priorización de los protocolos pendientes de actualizar: Marzo 2010.  
•Actualización de al menos un protocolo mismo: Mayo-Septiembre 2010.  
•Difusión a través de la Intranet: Octubre-Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Formación continuada de los miembros ... (\*) ..... 1.500 €  
Total ..... 1.500 €

11. OBSERVACIONES. Formación continuada de los miembros de la Comisión de Cuidados, la Comisión de Enfermería Quirúrgica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 208

**DESARROLLAR E IMPLANTAR EL PROCEDIMIENTO PARA DIFUNDIR MENSUALMENTE EL NUMERO Y TIPO DE ACCIDENTES LABORALES QUE HAN PADECIDO TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD A TRAVES DE LA INTRANET DEL SECTOR**

2. RESPONSABLE ..... TERESA SOLER GIMENO  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MATILDE CAMPO SANZ-MEDICO -HOSPITAL DE CALATAYUD-UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD  
ANA ISABEL DEZA IBAÑEZ-ADMINISTRATIVA-SERVICIO DE INFORMÁTICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH  
J. SIMON GIMENO DE SAN MAURICIO-AUX.ADMINISTRATIVO-SERVICIO DE INFORMÁTICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCHANTONIO LOPEZ MERCADER- TÉCNICO INFORMÁTICA-SERVICIO DE INFORMÁTICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Intranet constituye el mejor medio de difusión de información interna a los trabajadores del Sector Sanitario. Este proyecto pretende coordinar el Servicio de informática y la Unidad Básica de prevención de riesgos laborales, para que a través de la Intranet se planifique y se estructure la divulgación de información en materia de accidentes laborales con periodicidad mensual. Se pretende facilitar a los trabajadores del Sector el conocimiento del número y tipos de accidentes que ocurren en el Sector, con el objetivo de aumentar la cultura de la prevención de riesgos laborales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Incrementar la cultura de la prevención de los accidentes laborales  
- Incrementar los conocimientos en materia de Seguridad y Salud laboral
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizara una serie reuniones del Servicio de informática con la Unidad básica de prevención de riesgos laborales para acordar:  
- la intercomunicación y coordinación de ambos servicios.  
- Aspectos organizativos de La presentación y extension  
- Maquetacion de fotografía, ect.

La Unidad básica de prevención realizara y enviara los datos mensualmente al servicio de informática para su difusión en la Intranet del Sector. El servicio de informática establece la forma que permita contabilizar y evaluar la opinión de los lectores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de lectores de los artículos.  
% de lectores que evalúan la publicación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. mayo 2010  
finalizacion diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· telefono multisistema, fotocopiadora, fax ..... 141 €  
Total ..... 141 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

208

DESARROLLAR E IMPLANTAR EL PROCEDIMIENTO PARA DIFUNDIR MENSUALMENTE EL NUMERO Y TIPO DE ACCIDENTES LABORALES QUE HAN PADECIDO TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD A TRAVES DE LA INTRANET DEL SECTOR

11. OBSERVACIONES. Equipo de telefono fax multifuncion 141e SISTEMA DE GESTIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS HOMOLOGADOS

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

451

### CONTROL DE TEMPERATURA EN LAS NEVERAS DE MEDICAMENTOS DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
NATALIA CASANOVA CARTIE- DUE - UNIDAD DE CALIDAD  
BELEN ZAPATA LOPEZ - DIRECTORA ENFERMERIA  
JOSÉ IGNACIO GARCIA MONTERO - MEDICO- UNIDAD DE CALIDAD  
COMISIÓN DE SEGURIDAD CLINICA - SECTOR CALATAYUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La correcta administración de fármacos a los pacientes ingresados en un Hospital, hace necesaria la elaboración de procedimientos para el control y seguimiento de los medicamentos que se dispensan desde el Servicio de Farmacia. Aunque según la Ley del Medicamento, el farmacéutico es el responsable de los medicamentos que se encuentran en los botiquines, es necesario que el personal de enfermería de las unidades donde se implanta un botiquín se responsabilice de la revisión y mantenimiento del stock. Una vez que estos llegan a la Unidad de Enfermería, es la supervisora quien se responsabiliza de su almacenamiento, reposición, mantenimiento en condiciones óptimas y de asegurar la retirada de los que han caducado o están a punto de hacerlo. La Sociedad Española de Farmacia hospitalaria recomienda que "exista un registro de todo lo referente a las revisiones de los botiquines de las unidades de enfermería". Además de los sistemas de control y registro de caducidades, stock existente, etc., tanto en la seguridad del paciente como en el uso racional del medicamento inciden en la necesidad de controlar la temperatura de las neveras de medicamentos existentes en las diferentes unidades del hospital. Actualmente existen termómetros digitales en todas las neveras del Hospital, junto a un procedimiento de registro manual de temperaturas, elaborado por la Farmacia Hospitalaria hace varios años. En la Comisión de Seguridad Clínica del Sector Calatayud, durante 2009 se ha revisado dicho procedimiento, considerando necesaria su actualización. En esa revisión se ha comprobado la baja fiabilidad de los termómetros actualmente existentes, por lo que se ha considerado necesario buscar un método que ofrezca mayores garantías en cuanto a la exactitud de la medición y que al mismo tiempo facilite el procedimiento de registro, e incluso que permita establecer sistemas de alarma automatizada ante rangos de temperatura no adecuados. Aunque existen en el mercado sistemas complejos diseñados para situaciones similares (Labguard®, etc.), su complejo manejo e instalación, elevado coste y la necesidad de un responsable centralizado (servicios de electromedicina) que asuma su manejo y seguimiento, hacen que no sean viables en nuestro ámbito

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Equipar las neveras de medicamentos de las diferentes unidades del Hospital Ernest Lluich con sistemas de medición de temperatura, alarma y registro de temperatura que aseguren la conservación adecuada de los fármacos que precisan conservación refrigerada. Mejorar el procedimiento de revisión y registro de temperaturas en las neveras de medicación. Revisión y control del estado de conservación de los medicamentos que requieren refrigeración por parte de la Farmacia Hospitalaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Comisión de Seguridad Clínica del Sector ha iniciado la revisión del procedimiento, y consultado diferentes posibilidades técnicas para el control de temperaturas de neveras (termómetros digitales, dataloggers, etc). Farmacéutica y Supervisora de Calidad del Hospital: prueba de los dispositivos que se consideren más adecuados, para ver su fiabilidad y facilidad de manejo. Farmacéutica del Hospital, Facultativo de Oncología y Coordinador de Calidad del Hospital: análisis semestral de los indicadores de proceso que aporta el programa, y evaluación global de la marcha del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de neveras de medicación con control de temperatura / N° total de neveras de medicación  
N° de días con registro adecuado de temperatura/mes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 451

**CONTROL DE TEMPERATURA EN LAS NEVERAS DE MEDICAMENTOS DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

Nº de días por nevera con incidente de temperatura/Nº total de días controlados  
Se calcularán para cada unidad o servicio en que se implante el sistema

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril de 2010: prueba de los diferentes tipos de equipos control de temperatura en neveras existentes en el mercado.  
Mayo de 2010: elaboración del procedimiento de registro y control de temperatura de las neveras de medicación  
Julio de 2010: compra de los equipos de control de temperatura adecuados.  
Julio a diciembre de 2010: puesta en marcha, revisión y corrección del proyecto, en función de los resultados e incidencias que se produzcan.  
Enero de 2011: evaluación final del proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Adquisición de dataloggers o termómetros (20 unidades a 134€ la unidad) .....	2.680 €
Total .....	2.680 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**DERIVACIONES DEL PAC DE CALATAYUD AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL "ERNEST LLUCH": OPORTUNIDADES PARA LA REFLEXION**

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD YAÑEZ RODRIGUEZ  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL ERNEST LLUCH  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FELICIDAD YAÑEZ RODRÍGUEZ-MEDICO-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL "ERNEST LLUCH"-CALATAYUD  
MARIA LUISA CATALÁN LADRÓN-COORDINADOR MÉDICO-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL "ERNEST LLUCH"-CALATAYUD  
MARÍA DEL MAR RODRIGO PÉREZ-MEDICO-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL "ERNEST LLUCH"-CALATAYUD  
MARTA ALONSO GONZÁLEZ-MEDICO-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL "ERNEST LLUCH"-CALATAYUD  
PABLO MUÑOZ CIFUENTES-MEDICO-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL "ERNEST LLUCH"-CALATAYUD  
GEMMA MONTÓN BLASCO-ENFERMERA-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL "ERNEST LLUCH"-CALATAYUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presión asistencial de las urgencias hospitalarias en España ha sufrido en los últimos años un importante incremento tanto en el número como en la complejidad de los procesos atendidos.

Nuestro sistema sanitario ha evolucionado mucho en los últimos años y especialmente la Atención Primaria (A.P.) para ofrecer una atención más integral al ciudadano. Aunque los nuevos avances han mejorado sustancialmente su nivel de resolución, los medios de que se dispone en los Puntos de Atención Continuada (P.A.C.) son más limitados que los hospitalarios, por lo que un número relativamente importante de pacientes que acuden a ellos son derivados finalmente a las urgencias hospitalarias.

Los P.A.C. pertenecen organizativa y jerárquicamente a la A.P.; realizan labores médicas urgentes en tramos horarios no cubiertos por el Equipo de Atención Primaria (E.A.P., así como alertas del 061. Nuestro P.A.C. se encuentra en el centro de la ciudad de Calatayud (Zaragoza) prestando cobertura sanitaria a una población de cerca de 25.000 habitantes (ciudad y pueblos limítrofes). Se encuentra a menos de dos kilómetros del hospital más cercano.

La prestación asistencial del P.A.C. comienza a las 17.00h de la tarde y finaliza a las 9.00 h de la mañana del día siguiente con los siguientes recursos humanos: 2 médicos de guardia (17-9h), un médico de refuerzo (17-22h), un médico interno residente en días alternos (17-9h), 3 enfermeras: 1 de (17-22h) y 2 de (17-9h) junto con un celador (17-9h).

El objetivo de la derivación hospitalaria es variado, desde la realización de una prueba diagnóstica no accesible, a la búsqueda de un diagnóstico y/o tratamiento o monitorización no asumible desde A.P..

El objetivo del presente trabajo es analizar a los pacientes asistidos de forma urgente por nuestro P.A.C y derivados a nuestro hospital (Ernest LLuch) durante seis meses utilizando para ello el volante de derivación, a fin de conseguir información de las características de la derivación, para intentar optimizar este proceso y producir una mejora de la calidad del servicio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Mejora de la calidad formal de las derivaciones: motivo de derivación, antecedentes personales, medicación y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 475

**DERIVACIONES DEL PAC DE CALATAYUD AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL "ERNEST LLUCH": OPORTUNIDADES PARA LA REFLEXION**

constantes vitales básicas.

2.- Establecer un circuito formal de mejora entre los profesionales del PAC y de las urgencias hospitalarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Confección de una hoja de recogida de datos (Yáñez).  
Introducción de las variables en la base de datos estadística (Rodrigo, Alonso, Muñoz y Montón).  
Análisis estadístico y gráfico (Yáñez).

Presentación de resultados obtenidos al PAC y al Servicio de Urgencias (Dra. Catalán).  
Establecimiento de un circuito formal de mejora entre los profesionales del PAC y de las urgencias hospitalarias.(Yáñez)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la valoración de la calidad de cumplimentación de los volantes se tuvieron en cuenta los criterios de calidad de Irazábal y Gutiérrez.

Una vez presentados los resultados obtenidos del estudio inicial de 6 meses, se realizará un nuevo audit de 3 meses, posteriormente a la sesión conjunta PAC-Urgencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Recogida de la información e introducción a la base de datos confeccionada "ad-hoc". 3 semanas.

2.- Análisis estadístico y gráfico de la información recopilada. 2 semanas.

3.- Presentación de los resultados al Servicio de Urgencias del Hospital Ernest Lluch (Calatayud). 2 semanas.

4.- Presentación de los resultados a los profesionales del PAC Calatayud. 2 semanas.

5.- Reunión conjunta PAC-Urgencias para establecer unos criterios de derivación homogéneos. 1 semana.

6.- Establecimiento de un circuito formal de "feed-back" entre PAC-Urgencias para mejora del servicio prestado. 2 semanas

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1.- Material fungible .....	800 €
· 2.- Presentación resultados a profesionales PAC-Urgencias .....	600 €
· 3.- Presentación a congresos .....	1.000 €
Total .....	2.400 €

11. OBSERVACIONES.