

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Recambio de sondas de gastrostomía endoscópica percutánea ( PEG) en domicilio

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M. PILAR RUIZ BUENO

Profesión

MÉDICO DE FAMILIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

ESAD. /C. S UNIVÉRSITAS / ZARAGOZA

Sector de SALUD:

SECTOR III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

pruizbueno@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 326777

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

| Nombre y apellidos          | Profesión                             | Centro de trabajo        |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| ISIDORO GONZÁLEZ BARRIO     | MÉDICO FAM.ESAD                       | ESAD.<br>C.S UNIVÉRSITAS |
| ROSA ISABEL VILLARES ANDRÉS | ENFERMERA ESAD                        | ESAD<br>C.S UNIVÉRSITAS  |
| GLORIA MENESES BERNAD       | ENFERMERA ESAD                        | ESAD<br>C.S. UNIVERSITAS |
| M. PILAR RAMIRO MARIN       | AUX ADMINISTRATIVO<br>ESAD            | ESAD<br>C.S. UNIVÉRSITAS |
| JULIO DUCONS                | MÉDICO ADJUNTO,<br>SERVICIO DIGESTIVO | HCU LOZANO BLESA         |
| CARMEN LORES                | ENFERMERA<br>ENDOSCOPIAS<br>DIGESTIVO | HCU LOZANO BLESA         |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

- En sector III, los pacientes con patologías crónicas avanzadas y/o neoplásicas, portadores de sonda de gastrostomía para alimentación, deben acudir a HCU Lozano Blesa para su recambio cada 4 meses.
- El traslado suele ser en ambulancia, el paciente permanece en ayunas hasta final de la mañana que es cuando se realiza el recambio.
- Los enfermos portadores de PEG presentan deterioro del estado general y patologías crónicas avanzadas, la mayoría de ellos Alzheimer avanzado produciéndoles el traslado de a veces más de 100 Km. de ida y vuelta, y la situación de ayunas de varias horas, ansiedad, agitación e irritabilidad.
- El traslado en ambulancia tiene un coste económico importante.

- El servicio de endoscopias de HCU Lozano Blesa está sobrecargado con las diferentes pruebas endoscópicas a realizar.
- El recambio de PEG es una técnica sencilla con escasos riesgos y que podría ser asumida en el domicilio.
- Se decide en ESAD, como oportunidad de mejora, ofrecer a los pacientes del sector III, portadores de PEG, y sus familias, realizar los recambios en el domicilio.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Realizar en el domicilio el recambio de las PEG ( a partir del segundo cambio), de los pacientes susceptibles de incluirse en el programa ESAD, del sector III
2. Mejorar la calidad de vida del enfermo, al evitarle las horas de ayuno y el traslado en la ambulancia.
3. Intercolaboración con el servicio de endoscopias digestivas de HCU Lozano Blesa.
4. Facilitar a los enfermos y familias el acceso al recambio de PEG

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Plantear al Servicio de Endoscopias Digestivas del HCU Lozano Blesa, la posibilidad de recambios de PEG en domicilio.
2. Establecer un protocolo de derivación del HCU a ESAD, y viceversa para una coordinación intersectorial eficaz.
3. Acudir los facultativos del Esad al servicio de endoscopias digestivas, con el objetivo de aprender a realizar la técnica.
4. Tener un registro de los recambios de PEG solicitados y los realizados. Listado de incidencias.
5. Solicitar el material necesario para el recambio de PEG

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Se registrarán las peticiones de recambio de PEG solicitadas por HCU. El Servicio de endoscopias digestivas, las solicita al Esad, tras haber realizado el primer recambio.
  - Se registrarán las peticiones realizadas por la familia cuando sea la fecha de recambio. Es la familia la que nos avisa, dado que en ocasiones, dada la patología avanzada de los pacientes, estos no llegan con vida a la fecha del recambio.
  - Se registrará las incidencias de cada recambio de PEG.
  - Se registrará la satisfacción del usuario y/o familia.
1. % de pacientes y/o familias que aceptan el recambio en domicilio sea  $\geq$  a 80
  2. % de pacientes y/o familias que se les ha realizado el recambio en domicilio por el ESAD y quieran continuar en programa sea  $\geq$  90 (**satisfacción familiar**)
  3. % de recambios realizados ,en pacientes que cumplan los criterios para poder realizarlo en domicilio  $\geq$  90 (**indicador de actividad**)
  4. Número de PEG recambiadas en domicilio (**viajes en ambulancia ahorrados al servicio de salud**)
  5. Distancia media de los pacientes que se les ha realizado PEG al HCU (**ahorro en viajes y tiempo al enfermo**)

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- En junio 2008 se realiza formación en servicio de endoscopias disgestivas
- A partir de la formación se realizarán los recambios en domicilio
- En junio del 2009, se realizará la evaluación

**10.-PREVISIÓN DE RECURSOS ( pte de enviar)**

| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
|---------------------------|--------------|
|                           |              |
|                           |              |
|                           |              |
| TOTAL                     |              |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Muerte súbita: ¿ nos atrevemos con el desfibrilador y tenemos a punto el carro de paradas?

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Luis Bazán Monterde

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Centro de Salud de Borja

Sector de SALUD:

Zaragoza III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

jlbazan@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976867259

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

| Nombre y apellidos           | Profesión       | Centro de trabajo |
|------------------------------|-----------------|-------------------|
| 1 Luis Antón Duce            | Médico          | C. S. Borja       |
| 2 DANIEL Horenstein Ducrarof | Médico refuerzo | C. S. Borja       |
| 3 Emilio Jiménez Marin       | Médico          | C. S. Borja       |
| 4 M. Pilar Lalana Josa       | Pediatra        | C. S. Borja       |
| 5 Daniel Pablo Ocón          | Médico          | C. S. Borja       |
| 6 Juan José Pelayo Zueco     | Médico          | C. S. Borja       |
| 7 Raimunda Gayarre Jorge     | DUE             | C. S. Borja       |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

No existen datos completos en España pero por extrapolación de otros países, la incidencia de muerte súbita es de 40/ 100.000 hab. ( 90% de ellas de causa cardiaca). 2/3 de los episodios de muerte súbita cardiaca ocurren fuera del hospital. Quizás un gran número de estas muertes fueran evitables con la rápida puesta en marcha de la reanimación cardiopulmonar y desfibrilación precoz.

La RCP sola, tiene una eficacia limitada en muchos episodios de parada, si no va seguida de desfibrilación, eventual intubación y administración de medicamentos si fuera necesario. Tiene máxima eficacia si se inicia antes de transcurridos 4 minutos y en 8-10 minutos se practica desfibrilación.

Ya que el Centro de Salud de Borja pertenece al medio rural y que la presencia de UVI medicalizada puede demorarse hasta 20 minutos, se pretende que todo el personal tenga la destreza suficiente para actuar en caso de muerte súbita, tanto con adultos como con niños, manejo de desfibrilador, reanimación cardiopulmonar, utilización de medicación de carro de parada e intubación si fuera necesario.

Al ser una situación que no se da con frecuencia y la falta de reciclaje del personal, la sensación suele ser de descoordinación por lo que se pretende que la actuación de cualquier persona implicada sea lo más eficaz posible en cualquiera de estas situaciones.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

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

- Que el 100% del personal sanitario del C.S. de Borja sea capaz de manejar perfectamente el desfilador y utilizar la medicación básica del carro de parada.
- Control de la medicación del carro de parada, existencias y caducidades.
- Control del material del carro de parada (desfibrilador, laringoscopio, oxígeno, ambú, etc).

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Elaboración de un test previo para evaluar los conocimientos del personal implicado y conocer la situación de partida: Dr. Bazán, Dr. Horenstein, Dr. Jiménez.

-Impartir una sesión formativa teórica a todo el personal implicado: José Luis Bazán.

-Talleres rotatorios con supuestos clínicos para aprender el manejo de desfibrilador, medicación de urgencia y material del carro de parada: Dr. Horenstein, Dr. Jiménez, Dra. Lalana, y Dr. Bazán.

-Elaboración de un calendario en el que se responsabilizará a dos personas mensualmente para revisar la puesta a punto del carro de paradas. En dicho calendario se deberá firmar como realizada la tarea de supervisión.

-Elaboración de un test posterior para evaluar los conocimientos adquiridos por el personal implicado: Dr. Jiménez.

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nº de personas que realizan la formación/Nº total de personal sanitario de CS x 100.

Nº de veces que se ha supervisado el carro de paradas/Nº de veces que se debería haber supervisado.

Nota media del post test/nota media del pre test > 1

Nota media de satisfacción del personal que ha participado valorado de 0 a 10

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo y abril: Elaboración sesión teórica, elaboración del calendario.

Mayo y junio: Primer taller formativo.

Septiembre y octubre: segundo taller formativo.

Noviembre y diciembre: tercer taller formativo.

Enero: realización post test y evaluación final.



|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Aprendizaje de hábitos posturales y de ejercicio físico saludables en niños sanos con problemas leves de columna vertebral, mediante la elaboración de un programa conjunto entre Pediatría y Fisioterapia.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Gema Galindo Morales

Profesión

Fisioterapeuta

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Centro de Salud de Borja

Sector de SALUD:

Zaragoza III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

ggalindo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 867259

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

| Nombre y apellidos   | Profesión | Centro de trabajo |
|----------------------|-----------|-------------------|
| M. Pilar Lalana Josa | Pediatra  | C.S. Borja        |
|                      |           |                   |
|                      |           |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Con frecuencia en las revisiones del niño sano se detectan problemas de espalda que sin ser patológicos generan dolor, contracturas y la posibilidad, en la edad adulta, de problemas de mayor importancia.

Muchos de estos problemas son generados por malos hábitos posturales, falta de ejercicio físico y sobrepeso, hechos que se beneficiarían de un programa dirigido a la familia y al propio niño en el que se incluiría fundamentalmente una educación para la salud en higiene postural y la enseñanza de un programa de ejercicios para realizar por el niño en su domicilio.

Dado que muchas veces la motivación del niño es escasa y con la finalidad de conseguir un resultado satisfactorio con el que el niño consiga un hábito de ejercicio, se plantea la realización de un programa dirigido al niño y supervisado por su familia, tutelando las actividades a realizar e implicando directamente al niño para conseguir los logros en la mejora de su salud.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1º Conocimiento del niño y de la familia de una correcta higiene postural.
- 2º Establecer un hábito de ejercicio en el niño.
- 3º Mejorar la actitud postural y/o la estática vertebral del niño.
- 4º Implicar al niño en el presente y con vistas al futuro en su autocuidado, en lo que a su espalda se refiere.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Elaboración de un cuaderno atractivo para el niño donde se van a registrar las actividades que llevarán a cabo una vez incluido en el programa: Fisioterapeuta y pediatra.
- 2º Una vez detectado el caso, explicar a la familia la posible inclusión en el programa. Derivación a traumatología para descartar patología de mayor gravedad: Pediatra
- 3º Exploración por parte de la fisioterapeuta para confirmar se trata de caso a incluir en el programa: Fisioterapeuta.
- 4º Encuesta previa sobre conocimientos del problema a la familia y al propio niño: fisioterapeuta.
- 5º Enseñanza de la realización de los ejercicios: fisioterapeuta.
- 6º Entrega al niño del cuaderno donde debe apuntar la realización de los ejercicios y problemas que puede presentar: fisioterapeuta
- 7º Supervisión mensual y durante 3 meses de la realización del programa: fisioterapeuta y pediatra.
- 8º Anamnesis y exploración para evaluar mejoría: fisioterapeuta.
- 9º Encuesta de **conocimientos adquiridos y encuesta de** satisfacción.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

$\text{N}^\circ$  de niños que aceptan incluirse en el programa / total de niños a los que se les propone incluir x 100

$\text{N}^\circ$  de niños que completan el programa /  $\text{n}^\circ$  de niños que inician el programa x 100

$\text{N}^\circ$  de encuestas con grado de satisfacción bueno / total de encuestas x 100

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Abril = **Elaboración de encuestas**. Elaboración cuaderno.

Mayo = Inclusión de casos detectados desde Enero 2009

Finales Mayo= primera supervisión

Finales Junio= segunda supervisión

Finales Julio = finalización primer grupo incluidos en el programa exploración y encuesta.

Septiembre= evaluación de resultados y reinicio de nuevo grupo.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

VACUNAS ANTITETÁNICAS: PAPEL u OMI.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Luís Daniel Pablo Ocón

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.)

Centro de Salud de Borja.

Sector de SALUD:

Zaragoza III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

ldpablo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976867259

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

| Nombre y apellidos         | Profesión | Centro de trabajo |
|----------------------------|-----------|-------------------|
| 1 José Luis Bazán Monterde | Médico    | C.S. de Borja     |
| 2 Raimunda Gayarre Jorge   | DUE       | C.S. de Borja     |
| 3 Cristina Gracia Malo     | DUE       | C.S. de Borja     |
|                            |           |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Dado que nuestro equipo de atención primaria está en fase de informatización, y que todos los datos de VAT de adultos están en papel en las diferentes consultas, creemos que sería adecuado pasarlo al OMI, con lo cual todos los miembros del equipo puedan acceder a los datos principalmente en urgencias, con lo cual nos evitaríamos vacunaciones innecesarias.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Comenzando en Marzo:

- Junio, tener incluidas el 40 %.
- Octubre, tener incluidas el 70%.
- Diciembre, tener incluidas el 100%.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reparto de las VAT de los diferentes cupos entre los miembros del proyecto, para ir incorporándolas al OMI.

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

En cada control se utilizara la siguiente formula:

Nº de VAT introducidas en OMI/Nº total de VAT

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Desde Marzo a Diciembre de 2009.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <p><b>1.- TÍTULO</b><br/> <b>MEJORA EN LA DETECCIÓN DEL HIPOTIROIDISMO RELACIONADO CON DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONAL EN PERSONA MAYOR DE 75 AÑOS EN EL ZONA BÁSICA DE CARIÑENA.</b></p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br/> Nombre y apellidos<br/> ANTONIO GARCIA TEJEDOR</p>  |
| <p>Profesión<br/> MEDICO</p>  |
| <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br/> CARIÑENA</p>  |
| <p>Sector de SALUD:<br/> En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> |
| <p>Correo electrónico:<br/> agarcia@aragon.es</p>   |
| <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/> 976621026</p>   |

|   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo |
| 1 Delfín Sarasa Piedrahita                        | MEDICO    | CARIÑENA          |
| 2 Manuel Granados                                 | MEDICO    | CARIÑENA          |
| 3 Antonio Castillo                                | ATS-DUE   | CARIÑENA          |
| 4 Dolores San Miguel Arbués                       | ATS-DUE   | CARIÑENA          |
| 5 Susana Martínez Cabriada                        | ATS-DUE   | CARIÑENA          |
| 6 Pilar Serrano                                   | ATS-DUE   | CARIÑENA          |
|   |           |                   |

|   |
|---|
| <p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b><br/> Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>La disfunción Tiroidea, el Deterioro Cognitivo y/o Funcional y la Depresión son patologías muy frecuentes en las personas mayores de 75 años e interrelacionadas en un número elevado de casos. El que la disfunción tiroidea (hipotiroidismo) sea factor causal es importante y que la instauración del oportuno tratamiento de la citada disfunción pueda mejorarla con la consiguiente mejora del estado cognitivo, es uno resultados que se desean obtener.</p> <p>Se pedirá el Consentimiento para las intervenciones siguientes y se procederá a pasar a los mayores de 75 años del Área Básica de Cariñena los siguientes test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Test Minimental de Lobo(deterioro cognitivo)</li> <li>-Test de Yesavage(Depresión)</li> <li>-Test de Lawton(AIVD)</li> <li>-Test de Barthel(ABVD)</li> <li>-Analítica de Hormonas Tiroideas (TSH,T4), en los ciudadanos que se aprecien manifestaciones de deterioro cognitivo y/o depresión</li> </ul> <p>Fuente de información: Pub.Med, Enciclopedia Crocan, Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, Fisterra.com.</p> |
|---|

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Se han valorado las Historias Clínicas de 126 personas mayores de 65 años, seleccionadas al azar, de las cuales 72 corresponden a sexo femenino y 54 a sexo masculino. Las historias clínicas han sido en formato papel como en formato OMI-AP.

Se ha constatado que del total de historias valoradas, se había registrado datos referentes a :

- Test Minimental de Lobo(deterioro cognitivo): 36%
- Test de Yasavage(Depresión):2%
- Test de Lawton(AIVD): 5%
- Test de Barthel(ABVD): 25%
- Analítica de Hormonas Tiroideas (TSH, T4 en mayores de 75 años): 3%
- Personas con Deterioro Cognitivo y Hormonas Tiroideas realizadas:2%

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Detectar el Deterioro Cognitivo no manifestado objetivamente en personas mayores de 75 años, indistintamente del sexo, mediante estudio de hormonas tiroideas y los instrumentos anteriormente citados, con especial uso de Test de Yasavage para descartar cuadros de depresión que pueden inducir a pensar en deterioro cognitivo y viceversa; incrementar la valoración de los citados instrumentos en las consultas de ATS-DUE. para incrementar la calidad de la atención prestada a este grupo etario.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Consultas medicas: Test de Yasavage cada 3 meses a las personas susceptibles

Consulta de ATS-DUE:

- Test Minimental de Lobo(deterioro cognitivo)
- Test de Lawton(AIVD)
- Test de Barthel(ABVD)

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Detectar personas con posible deterioro cognitivo, mediante las manifestaciones propias o de las personas de su entorno.

Pedir autorización para realizar la valoración de Situación Cognitiva, ABVD, AIVD, posible situación Depresiva(Test de Yasevage).

Determinación de Hormonas Tiroideas.

Nº de personas mayores de 75 años hasta el mes de julio

Nº de personas mayores de 75 años hasta el mes de noviembre

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

De Marzo de 2009 hasta Noviembre de 2009

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <i>Material/Servicios</i>                                | <i>Euros</i> |
|--|--------------|
| Papel Folio(2000)  | 30           |
| Material informático: Pen-Read(uno por investigador)     | 100          |
| Sellos y sobres  | 50           |
| Inscripción y diates para el Congreso de Calidad próximo | 800          |
|  |              |
|  |              |
| TOTAL  | 980          |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <b>1.- TÍTULO</b><br><b>MEJORA EN LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN PACIENTES DE RIESGO DEL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA</b> |
|---|

|  |
|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br>Nombre y apellidos<br>Fernando Colás Beltrán  |
| Profesión<br>Médico  |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>C. S. Cariñena  |
| Sector de SALUD:<br>Sector III   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. |
| Correo electrónico:<br>fcolas@salud.aragon.es  |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976621026   |

|   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo |
| Antonio Castillo Navarro                          | Enfermero | C. S. Cariñena    |
| Lola Sanmiguel Arbués                             | Enfermera | C. S. Cariñena    |
|   |           |                   |

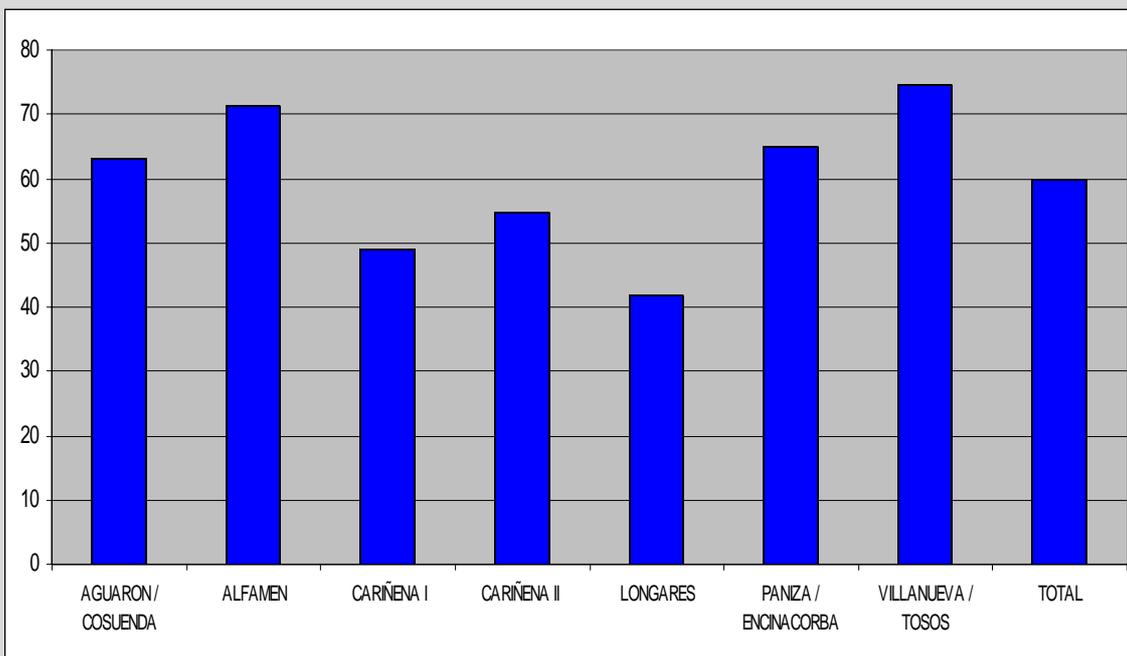
|  |
|--|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b><br>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...  |
| <p>La vacunación antigripal (VAG) en ancianos de riesgo supone una reducción del 50-60% de las hospitalizaciones y hasta el 80% de los fallecimientos derivados de las complicaciones de la enfermedad .</p> <p>Se han descrito igualmente claros beneficios para otros grupos de riesgo, como los pacientes con enfermedades crónicas cardiovasculares o respiratorias.</p> <p>La vacuna tiene una buena relación coste-beneficio, tanto en ancianos como en otros grupos de riesgo. Pese a ello, se observan bajas tasas de vacunación, incluso entre el propio personal sanitario</p> |

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

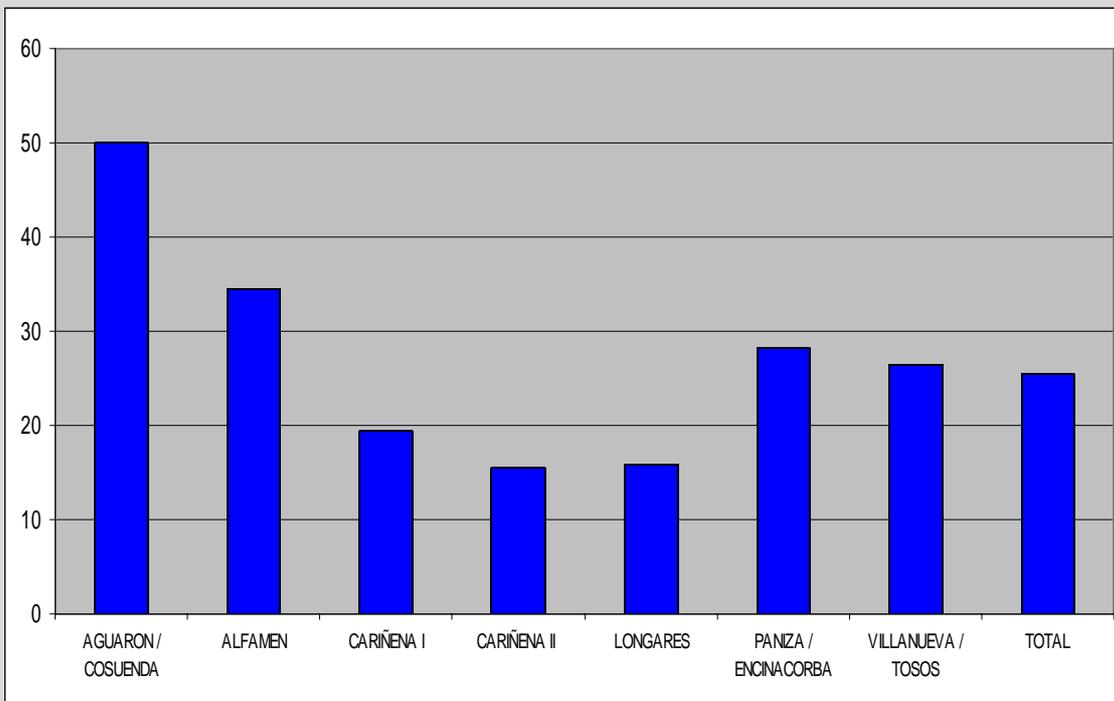
**1. Nº de pacientes > de 65 años a los que se les administra la vacuna / Nº de pacientes > de 65**

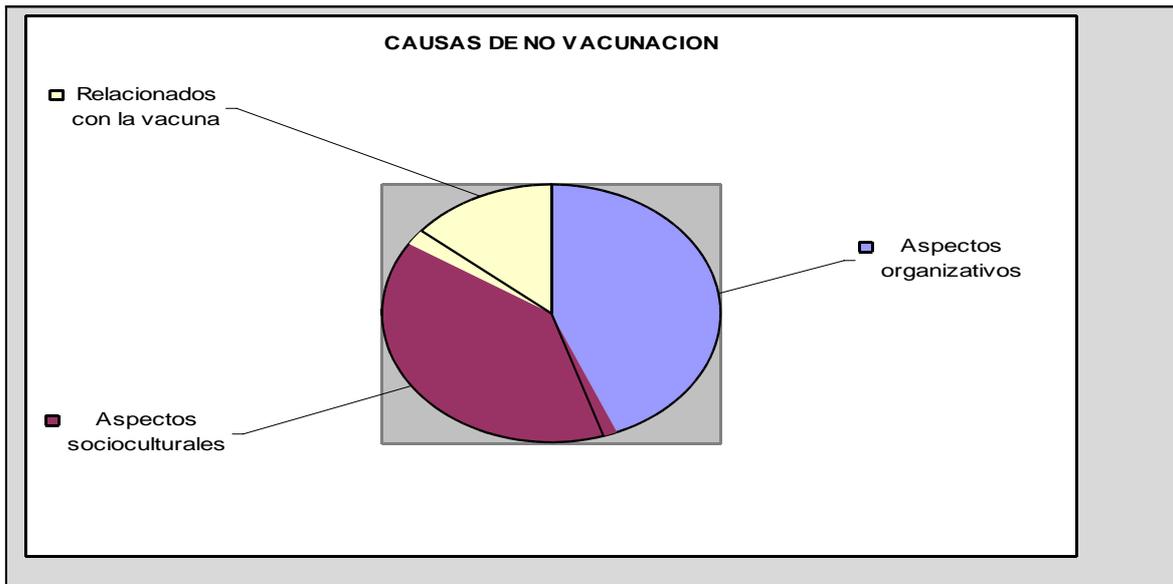
|                      | VACUNADOS   | POBLACION DIANA | COBERTURA en % |
|----------------------|-------------|-----------------|----------------|
| AGUARON / COSUENDA   | 237         | 375             | 63             |
| ALFAMEN              | 198         | 278             | 71             |
| CARIÑENA I           | 205         | 417             | 49             |
| CARIÑENA II          | 190         | 347             | 55             |
| LONGARES             | 85          | 203             | 42             |
| PANIZA / ENCINACORBA | 183         | 282             | 65             |
| VILLANUEVA / TOSOS   | 200         | 268             | 75             |
| <b>TOTAL EAP</b>     | <b>1298</b> | <b>2170</b>     | <b>60</b>      |



**2. Nº de pacientes < de 65 con factores de riesgo / estimación de nº pacientes < de 65 con factores de riesgo**

|                      | VACUNADOS  | POBLACION DIANA | COBERTURA en % |
|----------------------|------------|-----------------|----------------|
| AGUARON / COSUENDA   | 39         | 78              | 50             |
| ALFAMEN              | 58         | 168             | 35             |
| CARIÑENA I           | 34         | 175             | 19             |
| CARIÑENA II          | 30         | 195             | 15             |
| LONGARES             | 12         | 76              | 16             |
| PANIZA / ENCINACORBA | 22         | 78              | 28             |
| VILLANUEVA / TOSOS   | 12         | 45              | 26             |
| <b>TOTAL EAP</b>     | <b>207</b> | <b>815</b>      | <b>25</b>      |





## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Conseguir una cobertura vacunal del 80 % personas de 65 ó más años de edad. Se hará especial énfasis en aquellas personas que conviven en instituciones cerradas.

2. Conseguir una cobertura vacunal del 80 % pacientes crónicos menores de 65 años:

- Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades crónicas cardiovasculares o pulmonares, incluyendo: displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma.
- Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades metabólicas crónicas, incluyendo: diabetes mellitus, insuficiencia renal, hemoglobinopatías y anemias, enfermedades neuromusculares graves o inmunosupresión, incluida la originada por la infección de VIH o por fármacos o en los receptores de transplantes. En este grupo se hará un especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente.
- Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que prestan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.
- Niños/as y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.
- Mujeres embarazadas que estarán en el segundo o tercer trimestre del embarazo durante la temporada gripal ( Siempre a partir del 1º trimestre)

3. Lograr una cobertura vacunal del 75% de las personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones:

- Profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos...)
- Personas que, por su ocupación, trabajan en instituciones geriátricas o en centros de cuidados de enfermos crónicos y que tienen contacto directo con los residentes
- Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos
- Personas que prestan servicios comunitarios esenciales: personal docente, policía, bomberos, personal de protección civil

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Actividades previas a la campaña:**

- Análisis de la población diana a partir de base de datos de TIS
- Envío de encuesta por carta a una muestra representativa de los pacientes con factor de riesgo en la que se pregunta los motivos de la NO vacunación en campañas anteriores
- Análisis de las causas de no vacunación y medidas correctoras
- Diseño de carta personalizada a los pacientes con aclaraciones sobre los beneficios/ riesgos de la vacunación

**Actividades de campaña**

- Envío de carta personalizada a la totalidad de pacientes invitando a vacunarse
- Campaña informativa con carteles, folletos y presentación en medios de comunicación locales.
- Envío de cartas informativas a residencias de ancianos, clubs de jubilados, servicios de base, centros de atención a personas con minusvalías físicas y psíquicas, y centros educativos.
- Evaluación anual de la campaña en diciembre

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Conseguir una cobertura vacunal del 80 % personas de 65 ó más años de edad
2. Conseguir una cobertura vacunal del 80 % personas menores de 65 con FR
3. Lograr una cobertura vacunal del 75% de las personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones:
  - Profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos...)
  - Personas que, por su ocupación, trabajan en instituciones geriátricas o en centros de cuidados de enfermos crónicos y que tienen contacto directo con los residentes
  - Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos
  - Personas que prestan servicios comunitarios esenciales: personal docente, policía, bomberos, personal de protección civil

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Calendario:

| Actividades                                      | Abril   | mayo    | junio   | Jul-Ag. | Sept    | Oct     | Nov     |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Análisis de la población diana y diseño encuesta | xxxxxxx | xxxxxxx |         |         |         |         |         |
| Envío de encuesta                                |         |         | xxxxxxx |         |         |         |         |
| Análisis de las causas de no vacunación          |         |         |         |         | xxxxxxx |         |         |
| Diseño de carta personalizada                    |         |         |         |         | xxxxxxx |         |         |
| Envío de carta personalizada                     |         |         |         |         |         | xxxxxxx |         |
| Campaña de vacunación                            |         |         |         |         |         | xxxxxxx | xxxxxxx |



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <p><b>1.- TÍTULO</b><br/>Mejora de la asistencia en el proceso de reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el centro de salud de Cariñena</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br/>Nombre y apellidos<br/>Fernando Colás Beltrán</p>                                      |
| <p>Profesión<br/>Medico</p>   |
| <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br/>C.S Cariñena</p>   |
| <p>Sector de SALUD:<br/>Sector III</p>  |
| <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> |
| <p>Correo electrónico:<br/>fcolas@salud.aragon.es</p>   |
| <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/>976621026</p>  |

|   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo |
| 1 Maria Luisa Torres Trasobares                   | Medico    | CS Cariñena       |
| 2 M <sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández       | Medico    | CS Cariñena       |
| 3 Antonio Oto Negre                               | Medico    | CS Cariñena       |
| 4 Antonio Castillo Navarro                        | Enfermero | Cs Cariñena       |
|   |           |                   |

|   |
|---|
| <p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b><br/>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>Una de las variables que puede influir en la evolución de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la asistencia que se presta en las reagudizaciones. El abordaje correcto de la reagudización en atención primaria va a condicionar la calidad de vida y el pronóstico vital de estos enfermos.</p> <p>Una de las decisiones más importante a tomar ante una exacerbación, es la de decidir el nivel asistencial: atención primaria u hospital.</p> <p>Tras la realización de una tormenta de ideas, el equipo decidió valorar la calidad de la atención a los pacientes con EPOC en sus reagudizaciones y de las derivaciones al hospital cuando sea necesario.</p> <p>Para lo cual se plantea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar la decisión a tomar ante una exacerbación.</li> <li>• Valorar el nivel asistencial en el que se debe llevar a cabo el tratamiento.</li> <li>• Disminuir el nivel de incertidumbre, sobre todo en los pacientes con EPOC grave (FEV<sub>1</sub> &lt;50% y &gt;30% Clasificación GOLD), e incluso en los pacientes con EPOC muy grave (FEV<sub>1</sub> &lt;30% Clasificación GOLD) que no siempre se derivan. En estos casos de duda la saturación de O<sub>2</sub> &lt;90% es un criterio internacionalmente aceptado de derivación al hospital.</li> </ul> |
|---|

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

| Indicador   | %  |
|---|----|
| % de reagudizaciones de EPOC en las que consta la medición de la saturación de O <sub>2</sub> | 15 |
| % de mediciones de saturación de O <sub>2</sub> < 90%   | 4  |
| % pacientes con saturación de O <sub>2</sub> < 90% que han sido derivados al hospital         | 90 |
| nº de casos en que la pulsioximetría ha modificado el criterio de derivación                  | 32 |

Los indicadores alcanzados son relativamente bajos por la dificultad técnica (ausencia de pulsioxímetros hasta el mes de noviembre) y el traslado del coordinador del proyecto a otra Comunidad, por lo que proponemos continuar durante el próximo año con nuevos objetivos y actividades.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Optimizar el tratamiento de las reagudizaciones de EPOC ajustándolo lo más posible a las pautas recomendadas en las guías de práctica clínica vigentes.
- Sesión clínica para puesta común de
- Mejorar la seguridad de los pacientes y la continuidad asistencial al introducir una nueva técnica, la pulsioximetría, en las consultas de atención primaria, que facilita la decisión de cuando es necesario derivar al hospital.
- Mejorar la calidad de asistencia prestada a los pacientes con reagudización de EPOC

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Registro en la Hª Clínica del OMI-AP de los pacientes con EPOC
2. Optimizar la decisión a tomar ante una exacerbación. Mediante una sesión clínica de puesta en común del "Consenso para el manejo del paciente con EPOC del 2007"
3. Valorar el nivel asistencial en el que se debe llevar a cabo el tratamiento.
4. Disminuir el nivel de incertidumbre, sobre todo en los pacientes con EPOC grave (FEV<sub>1</sub> <50% y >30% Clasificación GOLD), e incluso en los pacientes con EPOC muy grave (FEV<sub>1</sub> <30% Clasificación GOLD) que no siempre se derivan. En estos casos de duda la saturación de O<sub>2</sub> <90% es un criterio internacionalmente aceptado de derivación al hospital.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Nº de reagudizaciones respecto al total de pacientes con epoc
2. Nº de reagudizaciones en los que consta la medición de SO2 / total reagudizaciones
3. Nº de reagudizaciones con SO2 de 90 a 96 / total reagudizaciones
4. Nº de reagudizaciones con SO2 < 90 / Nº de reagudizaciones
5. Nº de hospitalizaciones con SO2 < 90 / Nº de reagudizaciones

### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

| <b>Actividades</b>            | <b>Febrero</b> | <b>Marzo</b> | <b>mayo</b> | <b>Jul-Ag.</b> | <b>Sept</b> | <b>Oct</b> | <b>Nov</b> |
|-------------------------------|----------------|--------------|-------------|----------------|-------------|------------|------------|
| Puesta en comun con el equipo | xxxxxxx        |              |             |                |             |            |            |
| Sesion clinica                |                | xxxxxxx      |             |                |             |            |            |
| Recogida de datos             |                |              | xxxxxxx     | xxxxxxx<br>x   | xxxxxxx     | xxxxxxx    | xxxxxxx    |



|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <p><b>1.- TÍTULO</b><br/>         Proyecto "Aragonesas con Corazón": Mejora de la información que tienen las mujeres aragonesas de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo a través de la creación de la pagina Web <a href="http://www.mujierycorazon.com">http://www.mujierycorazon.com</a></p> |
|---|

|  |
|--|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br/>         Nombre y apellidos<br/>         M<sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández<br/>         Médico de Atención Primaria<br/>         Lugar de trabajo<br/>         Centro de salud de Cariñena (Zaragoza)<br/>         Correo electrónico:<br/>         fusterofer@yahoo.es<br/>         Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/>         976 622646<br/>         FAX: 976504557</p> |
|--|

|  |            |                                |
|--|------------|--------------------------------|
| <p><b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA: GRUPO PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón)</b></p> |            |                                |
| Nombre y apellidos   | Profesión  | Centro de trabajo              |
| Isabel Calvo Cebollero   | Cardiologa | H.U. Miguel Servet (Zaragoza)  |
| Mario Bárcena Caamaño  | M de Fam.  | C.S.Novoa Santos (Orense)      |
| Antonela Lukic   | Cardiologa | H. U. Miguel Servet (Zaragoza) |
| Luis Escosa Royo   | Cardiologo | H.U. Miguel Servet (Zaragoza)  |
| José Manuel Millaruelo   | M de Fam.  | C.S Torrero-La Paz (Zaragoza)  |
| Eva Moreno Esteban   | Cardióloga | H. U. Miguel Servet (Zaragoza) |
| María Dolores Ariño Martín   | M de Fam.  | C.S San Pablo (Zaragoza)       |

|   |
|---|
| <p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></p> <p>Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados del mundo occidental, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo mientras <i>en las últimas décadas, existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los hombres, esta no se está produciendo en las mujeres.</i></p> <p>En Aragón, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron también un 32% de la mortalidad total y fueron responsables de 2.004 (28,6%) fallecimientos en hombres y 2.339 (35%) en mujeres. Solo el infarto agudo de miocardio mató en 2005 (INE) a 471 varones y 340 mujeres, mientras que el cáncer de mama, mucho más introducido en la mentalidad preventiva de las mujeres fue responsable de 210 muertes en el mismo periodo.</p> <p>La enfermedad cardiovascular en general y la enfermedad coronaria en particular, han sido investigadas fundamentalmente en el varón, extrapolando los factores de riesgo y protectores de salud, los métodos diagnósticos y terapéuticos a las mujeres, que sistemáticamente se han visto poco representadas en los ensayos clínicos.</p> <p>El grado de conocimiento de las ECV, así como la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos que han demostrado eficacia, es menor en las mujeres, sobre todo en el síndrome coronario agudo (SCA) y en la Insuficiencia cardiaca (IC) lo que redundará en un peor pronóstico (mayor mortalidad por SCA y mayor tasa de ingresos por descompensación de IC).</p> <p>El estudio sobre la situación de la patología cardiovascular de la mujer en España realizado por la Agencia de Investigación del la SEC para el Observatorio de la Salud de la Mujer del MSC ha demostrado que existen numerosas diferencias entre mujeres y varones en lo que respecta a las características y manejo de las diversas patologías y siempre de modo</p> |
|---|

desfavorable para las mujeres, como ya se recogía en estudios previos.

Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones (mayor prevalencia de obesidad, diabetes, síndrome metabólico, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca).

Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo.

A pesar de las numerosas acciones emprendidas a nivel nacional e internacional para sensibilizar a la población y a los médicos que la atienden de que la importancia en las mujeres de las ECV en general y de la cardiopatía isquémica en particular, *la enfermedad coronaria sigue siendo considerada una "enfermedad de hombres"* para gran parte de la población.

La mujer se encuentra más preocupada por el cáncer que por la enfermedad cardiovascular, que tiene mayor mortalidad. Ello responde a una percepción equivocada de la realidad o a la deficiente información de la población femenina lo que parece que ocurre también en otras latitudes. Entre las mujeres existe a nivel internacional una identificación inadecuada de cuál es su principal problema de salud, adjudicándolo al cáncer en general en el 51% de los casos, 38% al cáncer de mama y sólo 13% a la enfermedad cardiovascular.

Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón diseñamos una encuesta, con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón).

**Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas, realizada por el grupo PAMYC con fondos del Sistema Aragonés de Salud:**

Llevamos a cabo una encuesta telefónica, estructurada, de 15 preguntas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró en la Comunidad Autónoma un error muestral de  $\pm 3\%$  con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un  $p = 0,5$ . El muestreo se realizó por estratos definidos por dos criterios: grupos de edad y número de habitantes por municipios, fijando un mínimo de representación en cada provincia de 5,5% de error muestral.

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular.

Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, el 21,7% sabe que tiene o ha tenido el colesterol alto, el 21,7%, la tensión arterial elevada y el 8,3% es diabética. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso y el 20% tiene antecedentes familiares próximos de angina de pecho o infarto.

Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los factores de riesgo cardiovascular, siendo el más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres.

Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al corazón, casi una de cada tres no elige como respuesta a la pregunta... el contacto urgente con el sistema sanitario, que es clave en esta patología.

Con estos resultados y las demás carencias evidenciadas en la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones, agrupadas bajo el nombre "*Aragonesas con Corazón*" destinadas a mejorar la información que tienen las mujeres de nuestro Sector Sanitario acerca de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, como punto de partida para mejorar sus hábitos, su actuación ante los signos de alarma y en definitiva su salud.

## 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

A lo largo del último año y desde que se constituyó el grupo hemos realizado actividades diversas destinadas a la mejora de la información de la ECV de las mujeres, que resumimos a continuación:

- **Elaboración, validación y realización de una encuesta** sobre los conocimientos que tienen las mujeres aragonesas sobre la salud cardiovascular, realizada a 1064 mujeres.

- **Análisis estadístico y elaboración de resultados obtenidos en la encuesta.** Análisis de las deficiencias observadas en el conocimiento sobre las ECV y planteamiento de las futuras actuaciones.

- **Difusión de los resultados de la encuesta** en los medios científicos y de comunicación que se detallan a continuación:

- Presentación de los resultados de la encuesta en la rueda de prensa convocada por la Consejería. Realizada por Dra. Isabel Calvo y la Dra. María Dolores Ariño.

- Presentación de la encuesta en la Semana de Corazón en Madrid. Realizado por la Dra. Isabel Calvo Cebollero. Día 27 de Mayo 2008 rueda de prensa con la presentación de Radiografía de las ECV de las mujeres en España donde va incluido nuestro trabajo y día 30 de Mayo ponencia en la mesa redonda denominada "Corazón y Mujer".

- Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación oral en el XV congreso nacional y IX congreso internacional de la Medicina General Española, Málaga, 21-24 Mayo 2008 realizado por la Dra. María Victoria Fustero y el Dr. Mario Bárcena, premiada con una mención de honor.

- Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación en mesa redonda en el Primer congreso clínico cardiovascular, SEMFYC, Zaragoza, 5-6 Junio 2008, por el Dr. José Manuel Millaruelo.

- Presentación de los resultados de la encuesta en forma de mesa redonda en el Congreso de la Sociedad Aragonesa de Cardiología, realizado por las Dras. Eva Moreno y Antonela Lukic, Zaragoza, Marzo 2008

- Asistencia a las Jornadas de Salud y Género por la Dra. María Dolores Ariño, contacto con la Directora del Observatorio de la Mujer.

- Presentación de los resultados de la encuesta en las Jornadas del Sector 2, día 23 de Junio 2008, realizado por la Dra. Calvo y la Dra. Ariño.

- Presentación de dos comunicaciones orales y un póster científico para el 26º Congreso de la calidad asistencial que se llevó al cabo del 21 al 24 de octubre del 2008 en Zaragoza. Además, para el mismo congreso colaboramos en el taller "Mujeres invisibles. ¿Perspectiva del género en formación e investigación? Representados por la Dra. María Victoria Fustero.

- Presentación de tres comunicaciones enviadas al Congreso Nacional de Cardiología, que se realizó los días 9-11 de octubre del 2008 en Bilbao.

- Presentación de dos comunicaciones en el XXII Congreso Aragonés de Atención Primaria celebrado en Zaragoza del 6 al 8 de noviembre de 2008, por el Dr. Mario Bárcena y la Dra M<sup>a</sup> Victoria Fustero y que fueron premiadas Ex\_aequo, con el primer premio la mejor comunicación oral.

- Estamos terminando la elaboración del artículo científico para la publicación de los resultados de la encuesta en las revistas de interés científico.

- Asistencia a los programas de televisión y de radio para la difusión de los hallazgos de la encuesta y para informar al público en general de las futuras actividades del grupo. Para el día 25 de febrero del 2009 está prevista nuestra aparición en forma de reportaje sobre las actividades del grupo en el programa "Tiempo de Salud".

- **Actividades formativas dirigidas al público general:**

- Se han planificado, diseñado y elaborado **las charlas** dirigidas a las mujeres aragonesas y se ha iniciado su puesta en marcha. La charla "El infarto también es cosa de mujeres. Aprende a cuidar tu corazón" se ha impartido hasta la actualidad en Cariñena (día 17/12/08), Calatayud (día 28/1/09) y Paniza (día 11/2/09). La siguiente

charla será en Villamayor el día 15/3/09.

- Planificación, diseño y elaboración de los **folletos informativos** en forma de trípticos ilustrados que se difundirán a los centros de salud y a las asociaciones de mujeres para ampliar el alcance del programa educativo.

- Obtención del **equipamiento informático** para la realización de las charlas (de cara a no discriminar las poblaciones que no disponen de los medios adecuados para ello) con la adquisición de un ordenador portátil y un cañón de proyecciones propios.

-La compra de los dominios mujerycorazon.es, mujerycorazon.com y mujerycorazon.org

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

### **OBJETIVOS DEL PROYECTO:**

#### **GENERALES:**

1. Sensibilizar a la población de la importancia de la Cardiopatía Isquémica en la Mujer como problema de Salud, al menos al mismo nivel que otras ya incluidas en su mentalidad preventiva, como el cáncer de mama.
2. Promocionar la salud cardiovascular en las mujeres, de forma que las personas adquieran hábitos y costumbres dentro de su entorno social, que genere bienestar y ayude a prevenir la aparición de enfermedad.
3. Llamar la atención de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con Síndrome Coronario Agudo y conseguir la optimización de su tratamiento en la práctica real de acuerdo con las recomendaciones de las guías de las diferentes sociedades.

#### **ESPECIFICOS:**

- a. Utilizar las inmensas posibilidades de Internet para difundir información sobre las ECV en la mujer, creando la pagina Web [www.mujerycorazon.com](http://www.mujerycorazon.com) dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud para conseguir:
  - ✓ Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.
  - ✓ Enseñar a las mujeres y a su entorno a identificar precozmente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo que permitan reducir el tiempo transcurrido entre la aparición de la emergencia cardiovascular y la prestación de la asistencia requerida.
  - ✓ Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres del sector acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
  - ✓ Difundir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, de cómo influyen en la aparición y evolución de la enfermedad y de cómo controlarlos o eliminarlos.
  - ✓ Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico, estrés mental y psico-social) de las mujeres y de su entorno con el propósito de mejorar el riesgo cardiovascular de la población.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

### **LINEAS DE ACTUACIÓN:**

1.- Diseño de la página Web [www.mujierycorazon.com](http://www.mujierycorazon.com) dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud. Dentro de la página web se desarrollarán distintos apartados enfocados a los diferentes objetivos que esperamos conseguir:

- ✓ Presentación del grupo y calendario de actividades desarrolladas o por desarrollar por el mismo.
- ✓ Información para profesionales y para población general.
  - Dirigidos a profesionales:
    - Guías de actuación clínica.
    - Información sobre investigación sobre género.
    - Referencias bibliográficas actualizadas.
    - Material divulgativo para charlas y educación para la salud.
    - Links científicos.
    - Calendario de eventos.
  - Dirigidos a mujeres:
    - Foro de opinión y participación.
    - Rincón del paciente (información sobre FRCV, síntomas de alarma del SCA y actuación en caso de emergencia).
    - Correo de contacto para consultas sobre el tema.
    - Material audiovisual sobre las ECV en la mujer.
    - Links con direcciones Web de interés sobre el tema.

2.- La actividad "virtual" será complementada con las actividades de educación para la salud cardiovascular ya iniciadas y puestas en marcha por el grupo en el año 2008, con el apoyo del programa de mejora de calidad asistencial.

1. Charlas/ Talleres informativos en centros seleccionados del sector.
  - a. Metodología audiovisual.
  - b. Utilizando los datos de la encuesta como apoyo.
  - c. Temas: La enfermedad cardiovascular y su importancia en la mujer; Los factores de riesgo; los síntomas de alarma; La manera de actuar ante estas situaciones.
  - d. Actividades prácticas por grupos que permitan facilitar la comprensión del tema tratado.
2. Distribución de los Folletos informativos editados por el grupo.

Este trabajo de diseño y puesta en marcha de la Web, a efectos prácticos se va a dividir en dos apartados, el dirigido a los profesionales, que será efectuado desde el Sector Zaragoza 2 y que se presenta también a esta convocatoria y el apartado dirigido a las mujeres que es el que será desarrollado desde nuestro Sector Zaragoza 3.

**Responsables: los componentes del Grupo PAMYC**

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Se va a continuar evaluando:

1. Número de charlas impartidas.
2. Número de asistentes a las charlas.
3. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.

Y los objetivos específicos de el proyecto para este año

4. Diseño de la página Web [www.mujierycorazon.com](http://www.mujierycorazon.com)
5. Numero de visitas a la página., hasta el momento de la evaluación

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS añadir las charlas**

Fecha de inicio: Febrero 2009

Fecha de finalización: 2010

Calendario:

| Id | Nombre de tarea                                      | 2009  |     |     |              |     |     |               |     |     |              |     |     |
|----|--|---|-----|-----|--------------|-----|-----|---------------|-----|-----|--------------|-----|-----|
|    |  | 1er trimestre   |     |     | 2º trimestre |     |     | 3er trimestre |     |     | 4º trimestre |     |     |
|    |  | ene   | feb | mar | abr          | may | jun | jul           | ago | sep | oct          | nov | dic |
| 1  | Diseño, activación y funcionamiento de la página web | [Barra azul que cubre los meses de febrero a marzo]       |     |     |              |     |     |               |     |     |              |     |     |
| 2  | Impartición de las charlas                           | [Barra azul que cubre los meses de febrero a marzo]       |     |     |              |     |     |               |     |     |              |     |     |
| 3  | Edición y reparto de los folletos                    | [Barra azul que cubre los meses de febrero a marzo]       |     |     |              |     |     |               |     |     |              |     |     |
| 4  | Evaluación de los resultados                         | [Barra azul que cubre los meses de noviembre a diciembre] |     |     |              |     |     |               |     |     |              |     |     |
| 5  | Planificación de futuras actuaciones                 | [Barra azul que cubre los meses de enero a febrero]       |     |     |              |     |     |               |     |     |              |     |     |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i> |
|-------|---|

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>  |               |
|---|---------------|
| <i>Material/Servicios</i>   | <i>Euros</i>  |
| Ayuda económica para el diseño de la página Web   | 1.500         |
| Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Sevilla 2009) para presentar una comunicación con los resultados de este Proyecto | 500           |
| Desplazamiento y alojamiento para el citado congreso.   | 500           |
| <b>TOTAL</b>  | <b>2.500€</b> |

Lugar y fecha:

Zaragoza 19-02-2009

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Mejora de la Seguridad Clínica en el Centro de Salud de Cariñena: Control y seguimiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) con el programa informático (OMI ap vs. 6.3C)

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> Victoria Fustero Fernandez

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

C.S. Cariñena

Sector de SALUD:

Sector 3

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

fusterofer@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 622646

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

| Nombre y apellidos        | Profesión | Centro de trabajo |
|---------------------------|-----------|-------------------|
| Delfin Sarasa Piedrafitá  | Médico    | C.S. Cariñena     |
| Dolores San Miguel Arbues | Enfermera | C.S. Cariñena     |
| Antonio Oto Negre         | médico    | C.S. Cariñena     |
|                           |           |                   |

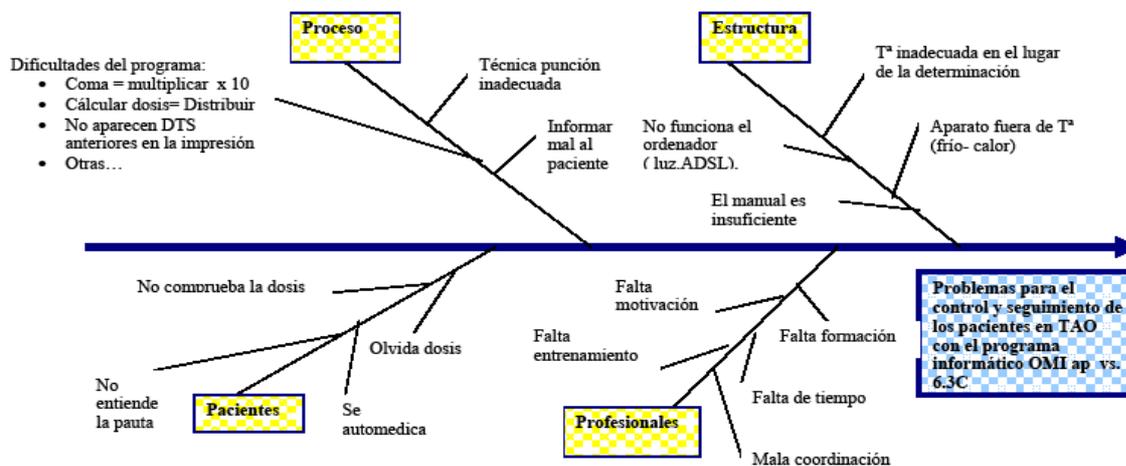
**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Dentro de la línea de mejora de Seguridad Clínica, incluida en el Plan Integral de Calidad del Centro de Salud de Cariñena este año se van a seguir desarrollando:

1. Actividades de formación en seguridad clínica del personal del EAP
2. Evaluación de las interacciones farmacológicas de dos grupos de antibióticos (mácrólidos y quinolonas) prescritos a la población adscrita al centro de salud e implantación de medidas correctoras (bianual)
3. Valoración de las potenciales interacciones y contraindicaciones de los beta-bloqueantes de uso oftálmico.
- 4. La mejora del control y seguimiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) con el programa informático (OMI ap vs. 6.3C)**

Para llevar a cabo este objetivo planteamos:

- Una lluvia de ideas, para detectar problemas y deficiencias encontrados desde la implantación del nuevo sistema de seguimiento del TAO con OMI
- Diseño de un Diagrama de Ishikawa para analizar las causas



- Diseño de indicadores para medir resultados y compararlos con otros centros y con nuestros resultados anteriores
- Diseño de acciones de mejora y posterior puesta en marcha de las mismas

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

- n<sup>a</sup> profesionales que han recibido formación específica en seguridad clínica: **16**
- n<sup>a</sup> de sesiones clínicas de seguridad clínica realizadas en el EAP: **3**
- n<sup>o</sup> de CLT que contienen  $\beta$  –bloqueantes oftálmicos = **62**
- % de potenciales interacciones de beta-bloqueantes de uso oftálmico prescritos en CLT con otros fármacos. **46,7%**
- n<sup>o</sup> de beta-bloqueantes oftálmicos contraindicados por estar prescritos a pacientes con diagnóstico previo de EPOC, asma, insuficiencia cardiaca o bradicardia. **10**
- n<sup>a</sup> de incidencia/ problemas registrados en relación con el seguimiento del TAO = **1%**
- % de pacientes en rango terapéutico en corte transversal y semestral del archivo en pacientes controlados en el centro de salud = **88%**

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Mejora de conocimientos en seguridad clínica del personal del EAP
- Optimizar la prescripción farmacológica
- Disminuir los riesgos derivados de la atención médica a nuestros pacientes:
  - Mejorar el uso de los antibióticos
  - Mejorar el control de los pacientes en tratamiento con beta-bloqueantes de uso oftálmico
  - Mejorar el control y seguimiento de los pacientes con TAO con el programa informático (OMI ap vs. 6.3C)

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Responsable:** M<sup>a</sup> Victoria Fustero

**Actividades:**

- Sesiones clínicas de seguridad clínica
- Comunicación a los responsables de los problemas detectados en el manejo del programa OMI ap vs. 6.3C
- Formación de 1 médico y 1 enfermero en el manejo del programa OMI ap vs. 6.3C
- Sesión clínica con el EAP de manejo del programa OMI ap vs. 6.3C

- Medición de los indicadores previstos
- Monitorización anual de Indicadores clave

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

1. nº de sesiones clínicas de seguridad clínica realizadas en el C. S.
2. nº de CLT que contienen  $\beta$  –bloqueantes oftálmicos
3. % de potenciales interacciones de beta-bloqueantes de uso oftálmico prescritos en CLT con otros fármacos
4. nº de beta-bloqueantes oftálmicos contraindicados por estar prescritos a pacientes con diagnóstico previo de EPOC, asma, insuficiencia cardíaca o bradicardia.
5. nº de profesionales que han recibido formación TAO / manejo del programa OMI ap vs. 6.3C
6. nº de dificultades del programa comunicadas
7. % de dificultades resueltas del total de las comunicadas
8. % de determinaciones en rango terapéutico, del total de las realizadas en 2009
9. % de pacientes en rango terapéutico en corte transversal y semestral del archivo
10. nº de incidencias/ problemas registrados (hemorragias, trombosis, otros)

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2009**

|   | E | F | M | A | M | J | JI | A | S | O | N | D |
|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|
| Sesiones clínicas de seguridad clínica  |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |
| Comunicación problemas detectados en el manejo del programa OMI ap vs. 6.3C   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |
| Formación de 1 médico y 1 enfermero en el manejo del programa OMI ap vs. 6.3C |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |
| Sesión clínica con el EAP de manejo del programa OMI ap vs. 6.3C              |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |
| Medición de los indicadores previstos   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</b> |
|-------|---|

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>                                  |              |
|---|--------------|
| <u>Material/Servicios</u>   | <u>Euros</u> |
| Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Sevilla 2009) | <u>500</u>   |
| Dietas y kilometraje para acudir al Congreso Nacional de Calidad  | <u>500</u>   |
|   |              |
| TOTAL   | 1000         |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <b>1.- TÍTULO</b><br>MEJORA CONTINUA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE CARIÑENA |
|--|

|  |
|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  |
| Nombre y apellidos Manuel Granado Gonzalez   |
| Profesión<br>Medico  |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  |
| Sector de SALUD: C.S: Cariñena   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. |
| Correo electrónico:<br>manugran@hotmail.com  |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976 621026- 976627065   |

|   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo |
| 1 Domingo Casbas Vela                             | Medico    | Cariñena          |
| 2 Antonio Oto Negro                               | Medico    | Cariñena          |
| 3 Delfín Sarasa Piedrafita                        | Medico    | Cariñena          |
| 4 Antonio García Tejedor                          | Medico    | Cariñena          |
| 5 Dolores San Miguel Arbues                       | ATS       | Cariñena          |
|   |           |                   |
|   |           |                   |

|  |
|--|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>   |
| Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...  |
| <p>La diabetes tipo II es una de las enfermedades con mayor impacto sanitario dada su elevada prevalencia (cerca del 7%), su morbilidad, por complicaciones crónicas y la alta mortalidad del proceso. Con frecuencia se asocia a otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tal como hipertensión (HTA), hipercolesterolemia, tabaco, obesidad, etc</p> <p>Sabemos que cuando existen dos o más factores de riesgo, no solo tienen efecto aditivo, sino que se potencia. Lo que ya puso en evidencia el estudio de Framingham y que hay unas perspectivas de crecimiento la prevalencia de esta enfermedad con carácter casi epidémico, pues se pasará de 110 millones en el mundo en 1994 a 239 millones para el 2010. El aumento de la prevalencia no solo se justifica por los nuevos criterios de la América Diabetes Disease (ADA) 1977 puesto que estos son similares de los de OMS.</p> <p>Con estas premisas desde año 2000, en el C.S. Cariñena se priorizó trabajar en la mejora del seguimiento y control de los pacientes diabéticos tipo II según los últimos criterios, especialmente las recomendaciones del grupo GedapS. y la</p> |

A.D.A. tras una evaluación del proceso y la comprobación de la diversidad de los registros y del deficiente control de estos pacientes.

Este año el sector III, ha elaborado un protocolo "Guía Clínica" de actuación en Diabetes tipo II. Aunque el programa de calidad de Cariñena se ajustaba a las normas de la ADA. Es nuestro propósito de implementar y adaptar las normas e indicadores de esta nueva guía elaborado por el sector.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Evaluaciones previas, en 2002, 2004, y 2006 y 2008 con resultados mejorables

- % de diabéticos con microalbuminuria solicitada en el último año del total de diabéticos evaluados: (en 2004 35%) (en 2008, 68.42 %)
- % de diabéticos con HbA1 controlada del total de diabéticos evaluados : (en 2004 27,55%) (en 2008 50.8%)
- % de diabéticos con LDL aceptable del total de diabéticos evaluados: (en 2004 17%) (en 2008, 38.9 %)
- % de diabéticos que toman antiagregantes/ nº total de diabéticos evaluados: (en 2004 42%) (en 2008 ,46.49%)
- % de diabéticos con fondo de ojo el último año del total de diabéticos evaluados (en 2004 37%) (en 2008 57.00 %)
- % de diabéticos tratados con insulina del total de pacientes diabéticos.....(en 2004.23%) (en 2008 26.31%)
- % de diabéticos tratados sólo con dieta (en 2004,3%) (en 2008 el 7%)

Se ha mejorado la formación de los profesionales en Diabetes y se está mejorando el control de la enfermedad en la ZBS.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Conseguir que toda la población diabética tenga al menos dos hemoglobinas glicadas realizadas y registradas en la historia clínica.
2. Conseguir que la población diabética esté dentro del rango del buen control metabólico mediante la monitorización de su Glucosa, HbA1C, TA. Colesterol, LDL, Tg, detección de Microalbuminuria y estilos de vida saludables .
3. Mejorar el control de los pacientes diabéticos, para prevenir en mayor medida las complicaciones de la enfermedad.
4. Adaptar los nuevos criterios e indicadores del Sector al programa de calidad que desde el año 2000 se lleva a cabo en Cariñena
5. Implementar el nuevo protocolo del sector III para todos los miembros del EAP.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Formación continua en esta área con sesiones clínicas internas y con endocrinólogo del Sector
2. Mejorar y unificar los registros. OMI.
3. Presentación de los resultados en una Sesión clínica del EAP
4. Adoptar medidas correctoras en base a los resultados de 2008
5. Consensuar dichas medidas con el EAP
6. Publicación de los resultados

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Nº pacientes con DM tipo 2 formados... Pacientes con DM tipo 2 que han recibido algún tipo de formación / nº de diabéticos tipo 2
- Pacientes con tres actividades educativas diferentes registradas en el último año
- % pacientes diabéticos tipo2 fuera del objetivo terapéutico de HbA1c < 7%.
- % pacientes diabéticos tipo2 menores de 70 años fuera del objetivo terapéutico de HbA1c < 7%
- % pacientes diabéticos tipo2 en tratamiento con dieta o ADO fuera del objetivo terapéutico de HbA1c < 7%
- % pacientes diabéticos tipo2 en tratamiento con insulina fuera del objetivo terapéutico de HbA1c < 7%
- Pacientes diabético tipo 2 con HbA1c>7% sin insulinoterapia
- Pacientes diabéticos tipo 2 tratados con Metformina
- Pacientes DM tipo 2 con exploración de los pies realizada en el último año/ Pacientes DM tipo
- Pacientes DM tipo 2 con fondo de ojo en los últimos e años/ Pacientes DM tipo 2
- % diabéticos tipo 2 con cribado de retinopatía los 2 últimos años
- % diagnosticados DM2 año con evaluación de laboratorio en el último año
- % diagnosticados DM2 año con evaluación del pie en los últimos 6 meses
- % DIABETICOS CON BUEN CONTROL DE LA DIABETES (Hb A1C < 7%)
- % DIABETICOS CON BUEN CONTROL DE LA TA (al menos PA < 130/80 mmHg)





|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <b>1.- TÍTULO</b><br><b>SEGURIDAD CLINICA: Interacciones farmacológicas, las grandes olvidadas de nuestro día a día</b> |
|---|

|  |
|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br>Nombre y apellidos<br>D. Antonio L. OTO NEGRE   |
| Profesión<br>Médico  |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>C. S. Cariñena  |
| Sector de SALUD:<br>Sector 3 de Zaragoza   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.                     |
| Correo electrónico:<br><a href="mailto:aloto55@ono.com">aloto55@ono.com</a> y <a href="mailto:aloto@salud.aragon.es">aloto@salud.aragon.es</a> |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976621026   |

|   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo |
| 1 M <sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández       | Médico    | C. S. Cariñena    |
| 2 Manuel Granado González                         | Médico    | C. S. Cariñena    |
| 3 Delfín Sarasa Piedrafita                        | Médico    | C. S. Cariñena    |
| 4 Domingo Casbas Vela                             | Médico    | C. S. Cariñena    |
|   |           |                   |

|   |
|---|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b><br>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...<br>El aumento de la esperanza de vida nos ha llevado a que el número de pacientes que disfruta de una polifarmacia sea elevado.<br><br>Las interacciones farmacológicas (interacciones droga-droga o IDD) constituyen una causa importante de reacciones adversas a drogas. La polifarmacia está estrechamente relacionada con el número de diagnósticos en un paciente dado y ha sido identificada como el principal factor de riesgo para las IDD. Encontrando en la bibliografía una incidencia de IDD del 31 al 52%, en revisiones de las cartillas de largo tratamiento.<br><br>Es nuestro objetivo estudiar la prevalencia real de este problema en nuestra zona básica en los pacientes en tratamiento crónico con el servicio de cartilla de largo tratamiento (CLT).<br><br>Una vez comprobado el problema se podrán medidas correctoras para que en una posterior evaluación se compruebe la bondad o no de las mismas. |
|---|

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Prevalencia real de interacciones farmacológicas (IF) y su correlación con diversas patologías.

Detectar los principios activos más implicados.

De los resultados obtenidos se plantearán acciones de mejora en los problemas detectados (formación, sesiones)

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Primero se recogerán las CLT y se realizará el estudio de IF presentes.

Con las IF detectadas se presentarán los datos a los profesionales del centro

Se realizarán sesiones formativas de los principios activos más involucrados en las IF para fomentar su conocimiento y buen uso.

En años sucesivos se volverá a evaluar las IF en CLT para ver el resultado de las medidas correctoras tomadas.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nº IF por CLT con interacciones

Nº IF / nº pacientes

Nº IF / patología (diabétes, HTA, Dislipemia, EPOC)

Nº sesiones clínicas (en relación a los principios activos involucrados).

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

De Abril a 30 de Junio recogida de datos.

De 1 Julio a 30 Septiembre procesado de los mismos.

De 1 Octubre a 30 de Octubre presentación de resultados y realización de las sesiones de formación sobre principios más involucrados.

En año 2010 evaluación para efectividad de las medidas adoptadas.

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>  |                     |
|---|---------------------|
| <u>Material/Servicios</u>   | <u>Euros</u>        |
| <u>Disco duro externo para almacenado de datos con capacidad suficiente 500Mb ó 1Tb</u> | <u>Aprox. 100 €</u> |
| <u>Inscripción Congreso Calidad</u>   | <u>500 €</u>        |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
| TOTAL   | 600 €               |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <b>1.- TÍTULO</b><br>Disminuir el riesgo de inoculaciones accidentales en pacientes insulino-dependientes en sus domicilios. |
|--|

|   |
|---|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br>Nombre y apellidos: Gema Montón Blasco<br>Profesión<br>D.U.E<br>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>Centro de Salud de Atención Primaria "Casetas".<br>Sector de SALUD:<br>Sector III<br>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br>Correo electrónico:<br>gmonton@hotmail.com<br>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976-77-13-47. |
|---|

|   |           |                          |
|---|-----------|--------------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                          |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo        |
| María José Paricio Hernández                      | D.U.E     | Serv.Provincial SALUD.HU |
| Natividad Soto Terceño                            | D.U.E     | H.C.U. "Lozano Blesa"    |
|   |           |                          |

|  |
|--|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b><br>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...<br><br>El problema detectado se consideró importante por su impacto en atención primaria donde el incremento de la población insulino-dependiente influye en un incremento del uso de material punzante en los domicilios cuyo desecho inadecuado puede originar problemas de salud pública (pinchazos accidentales por componentes de la familia, basureros, servicios de limpieza...) aunque la bibliografía considera este porcentaje pequeño, se justifica como una mejora de la atención proporcionada por la enfermera de atención primaria.<br><br>La selección del problema se realizó mediante la técnica de Brainstorming o tormenta de ideas. Para la priorización del problema se utilizó la técnica de grupo nominal entre los profesionales. Una vez determinado el problema las causas se analizaron desarrollando un diagrama de Ishikawa o causa-efecto, y se priorizaron mediante una parrilla de criterios.<br><br>Fuentes de datos: Observación directa. Historia clínica. Plantilla de registro de pacientes insulino-dependientes y reparto de material punzante y contenedores. |
|--|

|  |
|--|
| <b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b><br>Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual. |
|--|

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Beneficios para pacientes: Disminuir el riesgo de inoculaciones accidentales en el domicilio. Mejorar la percepción de la calidad asistencial.

Beneficios para profesionales: Disminuir el riesgo de inoculaciones accidentales en el domicilio. Mejorar la percepción de los profesionales del problema.

Beneficios para organización: Mejorar el registro de las inoculaciones accidentales en profesionales de salud, servicios de limpiezas y pacientes.

Beneficios para la comunidad: Evitar el riesgo de inoculaciones por este material en el personal encargado de la recogida, transporte y destrucción de los desechos domésticos.

Resultados: Todos los pacientes diabéticos insulino dependientes poseerán un contenedor para la eliminación adecuada del material punzante. Se obtendrá un registro actualizado y real del problema.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Lista de actividades y responsables:

Equipo de mejora:

1. Formación del grupo de mejora.
2. Reunión con el equipo de salud para informar sobre el proyecto de mejora.
3. Identificar a toda la población insulino dependiente y evaluar sus características sociodemográficas.

Equipo de salud (personal de enfermería, auxiliar de enfermería y de medicina):

4. Registro de pacientes insulino dependientes portadores de material punzante.
5. Captación de pacientes.
6. Información directa e individual al paciente. Entrega del material.
7. Reforzar la información al usuario de forma directa e indirecta tanto en domicilios como en consulta.

Equipo de mejora:

8. Recogida de datos mediante la tarjeta de registro
9. Evaluación global e informe de resultados. Medición de indicadores
10. Difusión de resultados al equipo multidisciplinar (pacientes, dirección, consejo de salud y personal sanitario).
11. Reevaluación. Medición de indicadores

Métodos: Ciclo evaluativo de mejora continua (Rueda de Deming, ciclo PDCA)

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nombre del indicador: Porcentaje de pacientes que devuelven los contenedores suministrados al centro de salud de referencia.

Área relevante: Atención primaria

Dimensión: Seguridad. Accesibilidad

Justificación: La correcta equipación de los usuarios evitaría los riesgos de contaminación y de pinchazos accidentales.

Formula:

Total de pacientes que devuelven los contenedores  
a su centro de salud de referencia

\_\_\_\_\_ × 100

Total de pacientes que han recibido contenedor

Explicación de términos:

- Objeto punzante: englobamos dentro de ellos: agujas subcutáneas, lancetas, agujas para las plumas de insulinas.

Tipo de indicador: Estructura. Proceso

Población: Pacientes diabéticos insulino-dependientes del Centro de Salud.

Fuente de datos:

- Informe de alta del paciente hospitalario.
- Informe de tratamiento del médico especialista.
- Registro de pacientes insulino-dependientes.

Responsable de obtención: Equipo de enfermería.

Periodicidad: Mensual.

Estándar: 80% (no se ha encontrado nada en la bibliografía, se acuerda por consenso del equipo. Tras la primera medición se volverá a establecer el estándar).

Comentarios: Se ha consultado la bibliografía, pero no se ha encontrado información al respecto.

Nombre del indicador: Porcentaje de contenedores entregados a pacientes insulino-dependientes.

Área relevante: Atención primaria

Dimensión: Accesibilidad /Seguridad.

Justificación: La correcta equipación del centro, facilitaría el dotar correctamente a los usuarios de dispositivos de desecho.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de contenedores dispensados}}{\text{Nº de contenedores demandados}} \times 100$$

Nº de contenedores demandados

Explicación de términos: Tipo de contenedores para desechar material punzante. (Descripción de los diferentes tamaños que hay).

Tipo de indicador: Estructura. Proceso

Población: Población total de pacientes diabéticos insulino-dependientes del centro de salud.

Fuente de datos:

- Observación directa de los datos.
- Registro de devolución del contenedor.

Responsable de obtención: Equipo de enfermería.

Periodicidad: Mensual.

Estándar: 90% (no se ha encontrado bibliografía, se ha llegado al consenso por el equipo. Tras la primera medición se volverá a establecer el estándar).

Comentarios: Se ha consultado la bibliografía, pero no se ha encontrado información al respecto.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

| Tareas | Abril 09 | Mayo 09 | Junio 09 | Julio 09 | Agosto 09 | Sept. 09 |
|--------|----------|---------|----------|----------|-----------|----------|
| 1      | xx       |         |          |          |           |          |
| 2      | xx       |         |          |          |           |          |
| 3      | xx       |         |          |          |           |          |
| 4      | xx       |         |          |          |           |          |
| 5      |          | xx      |          |          |           |          |
| 6      |          | xx      |          |          |           |          |
| 7      |          |         | xx       | xx       |           |          |
| 8      |          |         | xx       | xx       | xx        | xx       |
| 9      |          |         |          |          |           | xx       |
| 10     |          |         |          |          |           | xx       |
| 11     |          |         |          |          |           | xx(*)    |

1. Formación del grupo de mejora.
2. Reunión con el equipo de salud para informar sobre el proyecto de mejora.
3. Identificar a toda la población insulino dependiente y evaluar sus características sociodemográficas.
4. Registro de pacientes insulino dependientes portadores de material punzante.
5. Captación de pacientes.
6. Información directa e individual al paciente. Entrega del material.
7. Reforzar la información al usuario de forma directa e indirecta tanto en domicilios como en consulta.
8. Recogida de datos mediante la tarjeta de registro
9. Evaluación global e informe de resultados. Medición de indicadores.
10. Difusión de resultados al equipo multidisciplinar (pacientes, dirección, consejo de salud y personal sanitario).
11. Reevaluación. Medición de indicadores. Cada 6 meses se reevaluará el proyecto de mejora.



|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <b>1.- TÍTULO</b><br><b>PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.2009</b> |
|--|

|  |
|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  |
| Nombre y apellidos<br>ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE  |
| Profesión<br>MEDICO DE FAMILIA. COORDINADOR CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR                     |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)<br>CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR |
| Correo electrónico:<br>aantonanzas@salud.aragon.es   |
| Télefono y extensión del centro de trabajo:<br>976 55-60-00                                  |

|  |           |                   |
|--|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>    |           |                   |
| Nombre y apellidos                                   | Profesión | Centro de trabajo |
| Jose Carlos PEREZ VILLARROYA                         | MEDICO    | C.S DELICIAS SUR  |
| Jose Luis CANTALAPIEDRA OBIS                         | DUE       | C.S.DELICIAS SUR  |
| Mª Cleofe CRESPO MAINAR                              | DUE       | C.S DELICIAS SUR  |
| Mª Pilar LACARTA VICIOSO                             | DUE       | C.S.DELICIAS SUR  |
| Pilar OLIVEROS GONZALVO                              | DUE       | C.S DELICIAS SUR  |
| Aurora VILLANOVA LANUZA                              | AUX /ADM  | C.S.DELICIAS SUR  |
| PROPIETARIOS PROCESOS CERT. ISO                      |           |                   |
| Nombre y proceso                                     |           |                   |
| Rosa Sebastián Gallego                               | MEDICO    |                   |
| Gabriel Guillén Llovería -- Urgencias                |           |                   |
| Mª Cleofe Crespo Mainar -- Comunicación              | DUE       |                   |
| Jose Carlos Perez Villarroya                         | MEDICO    |                   |
| Enrique de la Figuera -- Formación                   |           |                   |
| Aurora Villanova Lanuza -- Tarjeta L.T.              | AUX/ADM   |                   |
| Rosa Lacleta Lorente --- Gestion de residuos         | AUX CLIN  |                   |
| Angel Antoñanzas Lombarte-- Intervención Comunitaria | MEDICO    |                   |

### **LINEAS DE MEJORA**

- TABAQUISMO

#### **Nombre y apellido**

Pilar Lacarta Vicioso (Enfermera)  
Concha Gracia Morte (Enfermera)  
Rodrigo Cordoba Garcia (Médico)

- CARDIOVASCULAR/MAPA

Maite Brunet India (Enfermera)  
Maite Tirado Hernandez (Enfermera)  
Pilar Oliveros Gonzalvo (Enfermera)  
Beatriz Calvo Sanchez (Enfermera)  
Manuel del Castillo Pardo (Médico)  
Jose Carlos Perez Villarroya (Médico)  
Mariano Blasco Valle (Médico)  
Laura Barroeta Lajusticia (Médico)

|                        |   |
|------------------------|---|
| -SEGURIDAD CLINICA     | Francisca Gonzalez Rubio (Médico)<br>M <sup>a</sup> Jesús Gimeno de la Torre (Enfermera)<br>Pilar Oliveros Gonzalvo (Enfermera)   |
| -RETINOGRAFIAS         | Jose Carlos Perez Villarroya (Médico)<br>Araceli Fernandez Revuelta (Médico)  |
| -EPOC                  | Mercedes Martin Reyes (Enfermera)<br>Agueda Perez Guillen (Enfermera)<br>Josefina Soro Anson (Enfermera)<br>Araceli Fernandez Revuelta (Médico)<br>Lourdes Asensio Asensio (Médico)<br>Mercedes Casamayor |
| -VACUNAS ADULTO        | Jesús MiedesHerrero (Enfermero)<br>Angela OstaleSepulveda (Enfermera)   |
| -ESTRÉS                | Ina Jordan Gil (Enfermera)<br>Jose Luis Cantalapiedra Obis (Enfermero)<br>Purificación Ochoa Moneo (Médico)<br>M <sup>a</sup> Jose Casas Casas (Médico)   |
| -OBESIDAD              | Nuria Garcia Sanchez (Pediatra)<br>Amparo Fuertes Domínguez (Pediatra)<br>Teresa Solans Bascuas (Pediatra)<br>M <sup>a</sup> Jesús Cabañas (Pediatra)   |
| -VACUNA INMIGRANTES    | Concepción Esteban Herreiz (Enfermera)<br>Asunción Veron Jiménez (Enfermera)<br>M <sup>a</sup> Cleofe Crespo Minar (Enfermera)  |
| -PROMOCION DE LA SALUD | Angel Antoñanzas Lombarte (Médico)<br>M <sup>a</sup> Cleofe Crespo Mainar (Enfermera)   |

## DISTRIBUCION DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN EN LO S GRUPOS DE MEJORA:

TLT: M<sup>a</sup> Jesús Esteban, Belén Borrajo, Gabriel Mora, M<sup>a</sup> José Pérez

Urgencias: Joaquín Callén

Formación: Pilar Lamarca

Gestión TIS Concepción Rubio

Actividades y Resultados: M<sup>a</sup> José García**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Nos planteamos para 2009 la continuación del **plan integral de mejora de calidad** que se inició en 2008. En él se cuenta por una parte con un sistema continuado de detección de oportunidades de mejora y , por otra, recoge todos las líneas de mejora de la calidad existentes en el equipo de atención primaria, de modo que todas ellas dan una coherencia, al objetivo de gestionar, de un modo global, la calidad de la atención.

El proyecto que se presenta trata por un lado de presentar los resultados alcanzados en 2008 en cada uno de los apartados del plan de calidad. Por otra parte plantea nuevos indicadores y en algunos casos nuevos objetivos y actividades.

Pretendemos que este plan integral sea una referencia permanente que dé continuidad a las distintas líneas de mejora y permita ir avanzando mediante la implantación de indicadores anuales en cada una de ellas.

La justificación de plantear en este momento esta estrategia se basa en los siguientes hechos:

1. La continuidad de un **grupo estable de mejora** en el equipo desde el año 2000.
2. La existencia de un **sistema de detección de oportunidades de mejora** sustentado en tres fuentes fundamentales:
  - el Consejo de Salud de Zona que analiza de forma continuada los problemas de calidad –reclamaciones, accesibilidad, demoras en atención especializada-
  - el buzón de sugerencias de los usuarios que es analizado semanalmente por el grupo de mejora
  - la recogida de necesidades y expectativas de los profesionales del equipo que se realiza periódicamente. La última fue realizada a finales de 2005.
3. La **autoevaluación con el modelo EFQM** realizado en el año 2004 de la que nos permitió situarnos en nuestro nivel alcanzado hasta ese momento, plantear mas de 100 áreas de mejora y comprender la importancia de la gestión de procesos asistenciales como el método mas adecuado para la gestión de la calidad.
4. El comienzo en el año 2007 **del proyecto de certificación con la norma ISO 9001-2000**, sobre el que se presentó el proyecto de calidad en la convocatoria 2008 y que se va a continuar en 2009. -.
5. La existencia de varios **proyectos de formación FOCUSS** en el equipo: EPOC, asma infantil, deshabitación tabaquismo, diabetes, anticoagulación oral.

La progresiva organización del equipo en grupos interprofesionales responsables de diferentes procesos de atención, que en este momento consituyen **10 líneas de mejora estables con indicadores establecidos**: Para 2009 se abandona la línea de intervención grupal en artrosis ya que los grupos de intervención sobre patología osteo-articular se van a integrar en la unidad de apoyo de Fisioterapia. Se inicia sin embargo una nueva línea de:

**Seguridad Clínica**: La oportunidad de mejora en esta nueva línea se justifica por la creciente complejidad de los sistemas sanitarios que favorecen la proliferación de errores y sucesos adversos. Del conocimiento de los mismos dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en la medida que sea posible.

En el año 2000 el C.S. de Delicias Sur comenzó su andadura con la Historia informatizada siendo el pistoletazo de salida en el registro de los efectos adversos a fármacos que hasta entonces se recogían mediante tarjeta amarilla, de forma manual y escasa, motivo por el que se hacia muy dificultoso su estudio y posterior evaluación, fue un gran momento en el que se potenció la formación en el registro informático de los efectos adversos a fármacos con un módulo que facilitaba dicha tarea, hecho que nos ha permitido año tras año realizar la evaluación anual de RAM de diferentes grupos farmacológicos, mejorando a si la seguridad en el paciente : Se han realizado a lo largo de 10 años. diferentes estudios que se han comunicado en congresos, artículos en revistas científicas, póster y seminarios: frecuencia de las RAM, interacciones fármacos/alcohol, información en las fichas técnicas de los fármacos sobre capacidad para conducir, estudio de los botiquines domésticos, patología inducida por fármacos en ancianos, tos y IECAS en pacientes diabéticos, antipsicóticos e hiperglucemia, evaluación de las RAM 2000-2005, seguridad de la metformina, rinitis como reacción adversa a IECAS.

Esta línea pues, se integra en el plan de calidad del centro aportando numerosas

oportunidades de mejora en un tema de máxima relevancia clínica y con una orientación plenamente actual en los nuevos conceptos de calidad.

## 5.- RESULTADOS OBTENIDOS EN 2008:

### **1. Mantenimiento de un sistema de oportunidades de mejora:**

-El Consejo de Salud se reunió durante el año 2008 con periodicidad mensual siendo la principal línea de actuación conseguir eliminar la bolsa de pacientes pendientes de cita para Traumatología. Se mantuvieron reuniones con la Gerencia del Sector de las que se han gestionado actividades de mejora. Existe el compromiso de que en los primeros meses de 2009 se solucione completamente este problema.

-Buzón de sugerencias: se han recogido 30 sugerencias sobre: tiempo de espera, ampliación de horario, mobiliario, trato en la relación, aumento de recursos humano y agradecimientos. El 40 % de las mismas se han solucionado desde el centro de salud.

### **2. Metodología de la gestión por procesos** como base para la certificación con la norma ISO 9001-2008 del centro de salud:

- Se han elaborado los 22 subprocesos que incluyen los procedimientos, el diagrama de flujo y los indicadores, en coordinación con el resto de centros de salud implicados en el proyecto de certificación. Cada propietario de proceso es el responsable de la coordinación del proceso que tiene asignado.

- Se cuenta con el apoyo técnico de la Gerencia del Sector y con la empresa Versus Consultores, designada por el Servicio Aragonés de Salud para dar el soporte a este proyecto

- Se ha elaborado el manual de calidad y se ha preparado el equipo en varias sesiones de trabajo para preparar toda la documentación necesaria para pasar tanto la auditoria interna como la certificación ISO externa.

### **3. 10 Líneas de Mejora**

#### 3.1. Intervención en tabaquismo:

Se ha incorporado un profesional de Enfermería tras un periodo de aprendizaje de un mes. Ha asistido a un seminario y recibido formación directa asistiendo de forma presencial a las consultas ya establecidas,

Se organizó una nueva agenda en horario de 9 a 10 todos los jueves

Se han enviados periódicamente mensajes para mantener la motivación del resto de los profesionales en el tema de intervención en tabaquismo.

Se han colocado carteles informativos sobre la oferta de las consultas de deshabituación en cada sala de espera, en los mostradores de admisión y en otros varios puntos del Centro de Salud.

Se ha mejorado la oferta del Servicio de Deshabituación de tabaquismo y ampliado la disponibilidad horaria y accesibilidad.

La nueva consulta ha atendido un total de 98 citaciones, lo que representa un 25% del total de 393 en el año 2008, lo que supone un incremento del 34% con respecto al año 2007.

#### 3.2. Enfermedades cardiovasculares Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) :

Se elaboró una guía sobre los procedimientos y registros a partir de lo cual, se realizaron 3 seminarios a los que acudieron las 4 enfermeras implicadas en el proyecto.

Se elaboraron procedimientos para el correcto mantenimiento del material.

Con la dotación del proyecto de calidad anterior se consiguieron más manguitos.

Se ubicó una consulta para realizar la prueba. Se instaló el programa informático en el ordenador de dicha consulta

Se organizó una agenda única de una hora diaria, 4 horas a la semana.

Posteriormente se hizo una sesión clínica al equipo completo de Enfermería y una sesión al Equipo multidisciplinar para asegurar la derivación.

Se han realizado en el periodo estudiado 125 MAPA, un 25% superior al objetivo inicial.

La actividad ha considerado de gran utilidad para el correcto diagnóstico del paciente hipertenso y el control y seguimiento del riesgo cardiovascular.

### 3.3. Intervención en grupo a pacientes con artrosis:

Se han llevado a cabo 2 grupos con asistencia de 18 personas por curso con una edad media de 40 años, siendo mujeres el 90 %. En los cuestionarios de evaluación post-intervención se comprobó una mejoría en la escala del dolor y un menor consumo de analgésicos. La pérdida ponderal fue moderada con un rango entre 1-8 Kg. Mejoraron en el test de calidad de vida y en la realización de actividades de la vida diaria.

### 3.4. Diabetes: Retinografía digital:

En Abril de 2008 se inicio en nuestro Centro de Salud el cribado de retinopatía diabética con un retinógrafo no midriático con cobertura para todos los Centros de Atención Primaria del Sector III del SALUD. Nuestro objetivo era realizar un estudio retinográfico, durante los primeros 6 meses, en el 20% de nuestros diabéticos que no estuvieran ya diagnosticados de retinopatía diabética [aproximadamente 200 estudios en unos 1000 posibles beneficiarios (por error en el documento que se envió al Programa de Apoyo decía 2000 donde debería decir 200)]. En ese tiempo se han realizado 410 estudios retinográficos con un valor predictivo negativo cercano al 100% (prácticamente no ha habido falsos negativos).

### 3.5. EPOC:

Se han elaborado los protocolos de actuación en espirometrías y aerosolterapia. Se realizaron dos sesiones formativas y se instauró una agenda específica para realizar espirometrías. En 2008 se han realizado 96 espirometrías y 210 sesiones de aerosolterapia por el grupo de enfermeras asignadas.

### 3.6. Vacunaciones del adulto

Vacuna antineumocócica.-

El 95% de los residentes tienen administrada la vacuna antineumocócica.

Vacuna antigripal.-

El número de personas vacunadas contra la gripe, ha aumentado un 2,5 % respecto a la campaña anterior, siendo éste porcentaje mayor en las personas menores de 65 años con factor de riesgo.

### 3.7. Gestión del estrés:

Se elaboró en 2008 un guión de la intervención partiendo de los protocolos de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra. Se ha priorizado como población diana para iniciar la actividad grupal a cuidadores de familiares con alto grado de dependencia. Han existido dificultades para encontrar tiempos para el trabajo del grupo responsable y para ubicar esta actividad con la organización asistencial del EAP, por lo que no se ha podido comenzar la intervención grupal en 2008.

3.8 Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:

1. Se han realizado 93 nuevos diagnósticos de sobrepeso y obesidad en niños de 6-14 años. Este grupo está formado por 2082 pacientes. Se partía de una prevalencia conocida de sobrepeso y obesidad de 6,9%. Existían 144 pacientes identificados.  
Tras el plan de mejora de calidad y los nuevos diagnósticos realizados la prevalencia registrada es 11,38 %. Total 237 pacientes identificados en total(93 nuevos).  
La fracción atribuible de mejora conseguida debido al plan es 64,92%.  
La prevalencia registrada de sobrepeso y obesidad de 11,38% es inferior a la aportada por la última encuesta de salud en España que sitúa este problema en un 27,6 %para niños de 2-17 años (distinto grupo de edad). Lo cual significa que para proponernos un buen control debemos seguir trabajando en la identificación de los casos.
2. Se ha realizado la búsqueda de fumadores en niños de 10-14 años.  
Se ha realizado revisiones a 1.103 niños de esta edad, siendo preguntado el dato de si se es fumador a 622 niños. A pesar de ello sólo se ha hecho un diagnóstico de tabaquismo en un niño de 14 años.  
Considerando que la cifra de consumo habitual de tabaco en adolescentes de 14 años es del 19 %, debemos seguir trabajando este aspecto.

### 3.9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes:

Durante este periodo se ha actuado sobre el calendario vacunal de 140 niños, 7 niños han desaparecido de nuestros registros de OMI en este intervalo. Por tanto podemos evaluar la actuación en 133. En 81 se ha completado el calendario lo que representa un 60,9%. De los 52 niños restantes 39 están en proceso de completarse, el % de los que llevan bien el proceso sería de un 82,7%. Los otros 13 que representarían un 9,7% . En 3 de ellos estamos a la espera de que les envíen su calendario y los otros 10 no acuden desde hace tiempo. Se han aplicado 662 vacunas en estos niños. Las medidas adoptadas nos han parecido adecuadas..  
Bastantes niños no han acudido a sus citas y han sido recaptados a través del mensaje de OMI y las llamadas telefónicas.

### 3.10 Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias":

Durante 2008 se constituyó el equipo de trabajo, celebraron 5 reuniones del equipo multidisciplinar formado por la Asociación de Vecinos Manuel Viola, el Centro de Educación de Adultos CODEF y el Centro de Salud Delicias Sur.  
Se ha contactado con los tres centros educativos donde se realizará el proyecto (dos centros de educación infantil y uno de enseñanza secundaria) ,se ha comenzado a diseñar el estudio de investigación, planteando los objetivos del estudio y el instrumento de la investigación que va a ser un cuestionario.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mantenimiento de un **sistema de oportunidades de mejora** constituido por:
  - Consejo de Salud de Zona: lograr la participación de la comunidad en la detección de problemas de calidad y en las propuestas de mejora
  - Buzón de sugerencias: mantener un sistema de comunicación directa y escrita entre el usuario y a los propios miembros del equipo para detectar problemas o sugerencias
2. Continuación del proyecto de aplicación de la **metodología de la gestión por procesos** como base para la certificación con la norma ISO 9001-2008 del centro de salud:

- Realizar la auditoria interna
- Conseguir la certificación con la norma ISO 9001-2008.

3. Organización del equipo en distintos grupos interprofesionales para llevar a cabo **10 Líneas de mejora:**

3.1. Intervención en tabaquismo: se pretende para 2009 mantener el servicio de deshabituación, aumentando la accesibilidad con la posibilidad de ofrecer consultas de tarde de forma estable por un médico de la plantilla. Se pretende también introducir indicadores de resultados finales, evaluando el número de pacientes que han dejado de fumar

3.2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): dentro de las actividades de control y seguimiento del riesgo cardiovascular, se ha demostrado que la MAPA mejora el diagnóstico de la HTA y ofrece información que posibilita el tratamiento más adecuado. Se pretende aumentar el número de pacientes correctamente diagnosticados y tratados de HTA.

3.3. Seguridad clínica:

Proyecto de mejora en la detección y registro de los efectos adversos que sufren los pacientes por la toma de medicamentos ya sean prescritos por primaria, especializada o automedicación.

Objetivos: Conocer el/los grupos farmacológicos que mas frecuentemente provoca dichas Ram en nuestra población. Conocer el perfil de pacientes que las sufren con mayor frecuencia , darlos a conocer en sesiones clínicas a los profesionales, y así disminuir las Ram, detectándolas lo antes posible y disminuir así pruebas diagnósticas innecesarias y aumentando la confianza del paciente en su médico.

3.4. .Diabetes: Retinografía digital: las complicaciones crónicas de la diabetes, especialmente la retinopatía (RD), son un motivo importante de morbilidad en nuestro entorno. El diagnóstico precoz de la RD es una de las herramientas fundamentales para su tratamiento adecuado y reducción de la pérdida de visión en estos pacientes. La retinografía digital con cámara no midriática (RDNM) se ha revelado como uno de los mejores métodos para el cribado de la RD. Su uso en AP para extender mejor esta exploración es algo nuevo y conviene evaluarlo. Pretendemos para 2009 continuar con este servicio y aumentar la cobertura.

3.5. EPOC: Se pretenden mantener este servicio mejorando la calidad de las espirometrías por medio de especialización de profesionales. Facilitar el acceso a la administración de aerosol terapia en crisis agudas. Mejorar y unificar la técnica de la administración de oxigenoterapia con mascarilla y ofrecer educación sanitaria a los pacientes.

3.6. Vacunaciones en el adulto:

- Vacunación antigripal: Se pretende para 2009 mejorar la cobertura vacunal mediante la modificación del sistema de información y cita de la campaña antigripal

-Vacunación antineumocócica: A todos los pacientes que residen en centros geriátricos de nuestra zona de salud, se administrará la vacuna contra el neumococo. A todos los pacientes que se incorporen a las residencias, y que no tengan administrada con anterioridad la vacuna, se procederá a su vacunación.

3.7. Gestión del estrés: para disminuir los problemas derivados de una mala gestión del estrés se plantea la necesidad de identificar el estrés como problema de salud y su incidencia en la población consultante en el centro de salud con la finalidad de establecer actividades educativas que mejoren la capacidad de reconocimiento de las situaciones y factores de estrés y fomenten una actitud de autocuidado y protección

y promuevan recursos de apoyo y ayuda para mejorar las habilidades personales para afrontar situaciones de estrés.

3.8 Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular: Pretendemos Identificar e intervenir en niños y adolescentes que presenten conductas asociadas a riesgo cardiovascular. Ocio sedentario, alimentación inadecuada. Así como FRCV: sobrepeso, obesidad, patologías asociadas (HTA, alteración del metabolismo de la glucosa, resistencia a la insulina, diabetes, dislipemia, síndrome metabólico) y tabaquismo. Esta línea de mejora se justifica por el importante porcentaje de familias inmigrantes vulnerables a adquirir sobrepeso-obesidad y síndrome metabólico principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la infancia y adolescencia.

3.9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: para 2009 el objetivo es mantener esta línea mejorando el registro de inmunizaciones.

3.10. Proyecto de promoción de la salud: “Hacia una convivencia saludable en Delicias”: se pretende desarrollar en colaboración con la Asociación de Vecinos de Delicias Manuel Viola y el Centro de Educación de Adultos CODEF, un proyecto de intervención comunitaria que tiene como objetivo analizar e intervenir sobre los factores culturales determinantes para la convivencia intercultural en el barrio de Delicias. Se trata de una intervención en el medio escolar –en educación primaria y secundaria- y en la comunidad.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

### 1. Mantenimiento de un **sistema de oportunidades de mejora:**

- Consejo de Salud de Zona: reuniones mensuales en las que se evaluarán los distintos problemas detectados en la atención a los pacientes de la zona y en la que se leerán y estudiarán las reclamaciones realizadas durante el mes por los usuarios del centro.

- Buzón de sugerencias: lectura semanal de las sugerencias realizadas por los usuarios del centro, en la comisión de calidad del equipo y gestión de las mejoras propuestas por los usuarios por parte del coordinador del equipo.

### 2. **Metodología de la gestión por procesos** como base para la certificación con la norma ISO 9001-2000 del centro de salud:

- Elaboración definitiva de cada una de las fichas de proceso, que incluye los procedimientos, el diagrama de flujo y los indicadores, en coordinación con el resto de centros de salud implicados en el proyecto de certificación. Cada propietario de proceso es el responsable de la coordinación del proceso que tiene asignado.

- Se cuenta con el apoyo técnico de la Gerencia del Sector y con la empresa Versus Consultores, designada por el Servicio Aragonés de Salud para dar el soporte a este proyecto

- De todos los procesos se tendrá un documento por escrito con todos los apartados anteriormente descritos, que servirán para la futura certificación del centro con la norma ISO 9001-2000.

### 3. **10 Líneas de mejora:**

3.1. Intervención en tabaquismo: establecer un periodo de aprendizaje para el profesional de enfermería incorporado. (Asistencia a seminarios, presencia en la consulta). Apertura de una nueva agenda en horario por determinar.

Mensajes periódicos a través del programa OMI para mantener la motivación del resto de profesionales sobre el problema del tabaquismo y aumentar la derivación. Colocar carteles informativos de tamaño adecuado en diferentes localizaciones del Centro de Salud para mejorar la información sobre la oferta de consultas de deshabituación.

3.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): Durante el año 2009 se pretende consolidar la actividad y mejorar el registro de las peticiones para poder aplicar un tratamiento estadístico a los datos. Se organizará una sesión clínica en el equipo multidisciplinar para unificar criterios y procedimientos. Se pretende mantener el número de MAPAS realizados en 2008.

3.3. Seguridad clínica: Actividades para mejorar: continuar realizando formación y realizando estudios de investigación de grupos farmacológicos mas frecuentemente usados por nuestros pacientes, y compararlos con años anteriores, comunicarlo en sesiones clínicas en el centro

3.4. Diabetes: Retinografía digital: Utilización de un Retinógrafo de Cámara No Midriática, Un Técnico a tiempo completo para realizar retinografías, Dos Médicos de Familia con complemento de jornada para leer las retinografías y discriminar entre normales y anormales.

3.5. EPOC : Instaurar una agenda para la aplicación de aerosolterapia y aumentar las sesiones clínicas sobre este tipo de intervención. Se realizarán también sesiones clínicas sobre la técnica de la espirometría para mejorar la calidad cualitativa y cuantitativamente.

3.6. Vacunaciones en el adulto:

-Vacunación antigripal: se enviará una carta a la población mayor de 65 años informándoles de la campaña y asignándoles cita para la administración de la vacuna

-Vacunación antineumocócica: requerir periódicamente a los responsables de la Residencia, información sobre nuevos ingresos con el fin de programar visita domiciliaria para administrarles la vacuna, manteniendo un porcentaje de personas inmunizadas cercano al 100%.

3.7. Gestión del estrés:

Se plantea implantar en 2009 como actividad asistencial la realización de grupos educativos para el afrontamiento del estrés. Estos grupos de 12 – 15 personas participaran en un proceso de 8 sesiones de carácter semanal mediante sesiones de 120 minutos en las que se abordará la vivencia del estrés y el desarrollo de estrategias para su afrontamiento con el apoyo del conocimiento de técnicas de relajación. En este proceso formativo se abordarán cuestiones como los factores que influyen en la salud, la relación entre el cuerpo-emociones y el estrés, vida cotidiana y somatización, vida sedentaria y descanso o la relajación en la vida diaria. En función de las necesidades detectadas en cada grupo se optará por diferentes técnicas de relajación (secuencial o metámeras, progresiva de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz). Tras la fase inicial de 8 sesiones se establecerá un seguimiento grupal para valorar el resultado de la intervención.

3.8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:

Realizar una historia familiar enfatizando sobre enfermedad cardiovascular y

diabetes mellitus tipo 2. Preguntar sobre hábitos de alimentación, actividad física y consumo de cigarrillos. Dar recomendaciones generales en cuanto a una alimentación saludable. Animar a realizar un ocio activo. Realizar consejo antitabaco en niños de 10 años o más. Cribado selectivo de colesterol en niños y adolescentes de riesgo. Monitorización del Índice de Masa Corporal (IMC) y su percentil. Control de niños con sobrepeso IMC >P85 y obesidad IMC >P95. Descartar síndrome metabólico en pacientes obesos IMC>P95 y su control.

3.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: anotar la situación vacunal de los niños, confirmar el teléfono de todos los contactos con la familia

3.10. Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias": para este segundo año se elaborara el cuestionario, se pasará a los alumnos de los centros educativos y se extraerán los resultados. Se llevará a cabo un informe con las conclusiones y se difundirá en el entorno.

## 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Mantenimiento de un **sistema de oportunidades de mejora**:

- Consejo de Salud: Problemas detectados y gestión de los mismos realizada desde el consejo de salud
- Buzón de sugerencias: Sugerencias a las que se ha dado una solución desde la comisión de mejora de calidad del equipo.

3. **Metodología de la gestión por procesos** como base para la certificación con la norma ISO 9001-2008 del centro de salud:  
Lograr con éxito la certificación ISO 9001-2008 en el año 2009.

3. **10 Líneas de mejora**:

3.1. Intervención en tabaquismo: Numero de pacientes atendidos en la totalidad de las Consultas de deshabituación. Numero de consultas realizadas. Porcentaje de pacientes que permanecen sin fumar después de un año

3.2 Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): realización de al menos 100 MAPAS. 100% de las solicitudes de MAPA realizadas a través de "procedimiento diagnósticos" de OMI en la que se especifique el objetivo o causa de la petición

3.3. Seguridad clínica: Revisión de las RAM hasta 2008. Número de sesiones realizadas en el equipo sobre reacciones adversas

3.4. Diabetes: Retinografía digital: Para el presente año 2009 pretendemos que el 70% de nuestros diabéticos sin retinopatía diabética conocida tengan realizada al menos un estudio retinográfico, aproximadamente 700 diabéticos, y que al menos el 50% de los que se hicieron una retinografía en el año 2008, y fuera normal, tengan un nuevo estudio en el año siguiente

3.5. EPOC: Numero de espirometrías realizadas. Numero de sesiones de aerosolterapia (Hudson) y oxigenoterapia con mascarilla realizadas. Numero de sesiones clínicas realizadas con este tema.

3.6. Vacunaciones adulto: 95 % de los residentes en centros geriátricos tendrán administrada la vacuna antineumocócica. Aumento de la cobertura de vacunación antigripal 10 % campaña anterior, extensión del sistema de cita por correo al 50% de la población mayor de 65 años..

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i> |
|-------|---|

3.7. Gestión del estrés: Comenzar la implantación en 2009: número de grupos realizados, número de pacientes que inician el grupo y número de pacientes que finalizan el programa de sesiones.

3.8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:

-Episodios de sobrepeso y obesidad diagnosticados en niños de 6-14 años en 1 año.

-Número de adolescentes ( 10-14 años) fumadores detectados en 1 año.

3.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: conseguir una cobertura vacunal cercana al 90 %

3.10. Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias": Elaboración del informe con los resultados y conclusiones del proyecto.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: MARZO DE 2008      Fecha de finalización: MAYO DE 2009

Calendario:

1. Sistema de detección de problemas: buzón de sugerencias: mantenimiento a lo largo de 2009. El consejo de Salud piensa celebrar 8 reuniones en el año 2009
2. Proyecto de gestión de procesos para la certificación con normas ISO: Marzo a Octubre auditoria interna, Certificación ISO a finales de 2009.
3. 10 Líneas de mejora: Desarrollo de las líneas de mejora: Abril 2009- Marzo 2010. Evaluación mediante indicadores: Abril-Mayo 2010.

#### 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <i>Material/Servicios</i>   | <i>Euros</i> |
|---|--------------|
| PUESTO DE ORDENADOR FIJO CON PANTALLA PLANA, IMPRESORA COLOR Y ESCANEADORA DE DOCUMENTOS PARA LA BIBLIOTECA | 1.500        |
| 5 CAMARAS DE INHALACION PEDIATRIA   | 100          |
| 16 MEDIDORES OMROM ADULTOS Y 3 PEDIATRICOS PRESION ARTERIAL   | 1.200        |
| COOXIMETRO CONSULTA TABACO  | 400          |
| 20 BANDEJAS CLASIFICATORIAS DE SOBREMESA  | 100          |
| PERCHA MULTIPLE DE PIE  | 60           |
| ALFOMBRA HALL ENTRADA AL CENTRO   | 300          |
|   |              |
|   |              |
|   |              |
| <b>TOTAL</b>  | <b>3.660</b> |

Lugar y fecha: Zaragoza, 22 de Febrero 2009

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### TITULO

Mejora de la calidad de tratamiento en patologías de hombro, mediante la realización de ejercicios en grupo.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Soledad Posteguillo Delgado

Profesión

Fisioterapeuta

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

C.S. Delicias Sur.

Sector de SALUD:

SECTOR III. ATENCION PRIMARIA. ZARAGOZA.

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

sposteguillo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-556000. Ext. 216

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

| Nombre y apellidos               | Profesión   | Centro de trabajo      |
|----------------------------------|-------------|------------------------|
| M <sup>o</sup> Angeles Loidi Pla | Fisioterap. | Delicias Sur           |
| Milagros Abengochea              | Fisioterap. | Universitas            |
| Berta Erruz                      | Fisioterp.  | Ejea de los Caballeros |
| Gema Galindo                     | Fisioterap  | Borja                  |
| Silvia Puente                    | Fisioterap. | Tarazona               |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Dado el gran número de pacientes con patología de hombro detectados, y que un gran porcentaje, no continua en su domicilio, con los ejercicios aprendidos, surge la idea de realizar un grupo de hombro, para aumentar la motivación, concienciación y prevención, de estas patologías.

### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aprendizaje, por parte de los pacientes, de la realización correcta de los ejercicios, para prevenir y evitar posibles recidivas.

Aumentar la motivación e implicación del paciente en su autocuidado.

Disminución de la demanda asistencial.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Elaboración de unos criterios de inclusión en el grupo de hombro.
- Diseño de una tabla de ejercicios.
- Elaboración de una hoja de valoración inicial/final de los pacientes incluidos.
- Desarrollo del programa de ejercicios.
- Evaluación final.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nº de pacientes incluidos / nº de pacientes con patología de hombro recibidos x 100.

Nº de pacientes que mejoran / nº de pacientes tratados x 100.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Calendario:

En Abril 2009: Elaboración de los criterios de inclusión.

Diseño de la tabla de ejercicios.

Crear una hoja de valoración inicial y otra hoja de valoración final.

De Mayo a Octubre: Desarrollo del proyecto.

En Noviembre: Valoración final y evaluación de resultados.

**10.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

| Material/Servicios                  | Euros       |
|-------------------------------------|-------------|
| Theraband verde (6 cajas)           | 300         |
| Balones medianos (36)               | 180         |
| Bastones de reeducación (36)        | 80          |
| Espejo (1)                          | 100         |
| Sillas (24)                         | 480         |
| Colchonetas (10)                    | 200         |
| Reproductor de música (CD, Mp3). 2. | 120         |
|                                     |             |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>1460</b> |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
**PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y CENTROS SIMILARES.( CONTINUACIÓN. )**

|  |  |
|--|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>                          |  |
| Nombre y apellidos   | José Luís Grima Moliner  |
| Profesión  | Médico   |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) | C .S. Miralbueno - Garrapinillos                                     |
| Correo electrónico:  | <a href="mailto:jlgrima@salud.aragon.es">jlgrima@salud.aragon.es</a> |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:                  | 976 300994 ( Ex.t 126 )  |

| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA |           |                                 |
|--|-----------|---------------------------------|
| Nombre y apellidos                         | Profesión | Centro de trabajo               |
| Miguel Ángel González Echaniz              | Médico    | .cs Miralbueno – Garrapinillos  |
| M <sup>a</sup> José Lombar                 | Médico    | CS. Miralbueno - Garrapinillos  |
| M <sup>a</sup> Carmen Esquivias            | DUE       | Enfermera de Enlace             |
| Mercedes García                            | DUE       | CS. Miralbueno – Garrapinillos  |
| Alicia Sánchez                             | DUE.      | CS. Miralbueno - Garrapinillos  |
| Lucía Isasa.                               | Médico    | CS. Miralbueno - Garrapinillos  |
| Miguel Ángel Labara                        | DUE       | C.S. Miralbueno - Garrapinillos |
|  |           |                                 |

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Siguiendo en el diseño del circuito asistencial de atención a residencias de ancianos o centros similares; Planteamos este año actuar sobre:

- La organización de trabajo de los profesionales mediante rediseño de las agendas aplicando las nuevas agendas OMI.
- Diseño e implementación de plantilla de cuidados enfermeros, para los paciente institucionalizados.
- Tras la implementación del proceso durante un mínimo de 6 meses, evaluaremos la idoneidad del proceso asistencial diseñado. Valorando los criterios establecidos por el EAP y mediante cuestionario diseñado con esa finalidad, valorar la adecuación del diseño de asistencia con los responsables de las residencias y familiares de las personas institucionalizadas.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior.

- Formación del personal sanitario: Se ha diseñado un plan de formación basado en las necesidades planteadas por los profesionales y por las que marcaba el proyecto de calidad. En este momento pendiente de finalizar.
- Formación a cuidadores: Se desarrollo un taller dirigido a cuidadores, utilizando para ello las instalaciones del ayuntamiento de Garrapinillos.
- Mejorar el sistema de registro: Se diseñó usando la metodología que proporciona el programa de historia clínica informatizada OMI una plantilla, que se utiliza como historia clínica domiciliaria del paciente. En este momento iniciando la distribución por las diferentes residencias de ancianos. Actualmente pendiente del diseño e introducción de una plantilla con los planes de cuidados de enfermería.
- Organización de atención a residencias: Se diseñó una agenda personalizada por profesional. Antes de su implementación tuvo que ser desechada ante la implantación de nuevas agendas OMI, se rediseñaron y pendiente de su aplicación tras la fecha de generación en OMI.
- Información a residencias de ancianos: Punto paralizado hasta poder implementar las nuevas agendas.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Mejorar los sistemas de registro,
2. Garantizar la información necesaria para la correcta asistencia del paciente
3. Establecer criterios de organización de consultas, que permitan adecuar la agenda del profesional con las necesidades de asistencia
4. Comunicar a la residencia y familiares de los residentes, la sistemática de la asistencia sanitaria a las residencias y centros similares.
5. Detectar la adecuación de nuestro circuito asistencial alas necesidades planteadas por las residencias.

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

| OBJETIVO  | RESPONSABLE   | MEDIDAS PREVISTAS  |
|---|---|--|
| Organización de agendas de asistencia a pacientes dependientes institucionalizados. | Maribel Gascón<br>Merche García.<br>Carmen Seco                     | Adecuar las agendas establecidas al nuevo modelo de agenda informatizada OMI   |
| Mejorar el sistema de registro de enfermería  | Miguel Ángel Labara.<br>Carmen Esquivias.<br>José Luís Grima        | Diseñar registro específico de plan de cuidados de enfermería, para personas internas en residencias                                       |
| Información a residencias de ancianos   | Merche García<br>Araceli Bello                                      | Trasladar a los responsables de las residencias, familiares y residentes la sistemática de asistencia sanitaria y responsable de la misma. |
| Evaluación del circuito asistencial.  | Merche García.<br>Lucía Isasa<br>Alicia Sánchez.<br>José Luís Grima | Establecer criterios de evaluación de circuito asistencial.<br>Diseño de recogida de datos de residencias y familiares                     |

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

| OBJETIVO  | INDICADOR   |
|---|---|
| Organización de agendas de asistencia a pacientes dependientes institucionalizados. | Establecimiento de nuevas agendas de asistencia estableciendo los bloques horarios concertados en centro o domicilio.                                 |
| Mejorar sistemas de registros de enfermería   | Diseño de plantilla OMI de recogida de datos de plan de cuidados enfermeros del paciente,   |
| Información a residencias de ancianos   | Diseño del documento informativo a residencias, del proceso asistencial.  |
| Evaluación del circuito asistencial.  | Establecer criterios consensuados por todos los estamentos del centro de salud de evaluación del circuito asistencial y la encuesta a las residencias |

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

| OBJETIVO   | FECHA INICIO         | CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN   |
|--|----------------------|--|
| Organización de agendas de asistencia a pacientes dependientes institucionalizados | 15 enero 2009        | Agenda operativa en OMI , el 1 de Marzo 2009   |
| Mejorar sistemas de registros de enfermería  | 1 de febrero 2009    | Diseñada el 1 de Abril de 2009.Lista para incluirla como plantilla en OMI                  |
| Información a residencias de ancianos  | 1 de febrero de 2009 | Distribución del documento informativo en Abril 2009                                       |
| Evaluación del circuito asistencial  | 30 de Junio 2009     | Documento de evaluación con los criterios cuantificados y exclusiones en noviembre de 2009 |



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

SALUD MEDIOAMBIENTAL EN LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS Y SU PROYECCIÓN EN LOS USUARIOS

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Francisco J. Dueñas Agulló

Profesión

Coordinador Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Centro de Salud de Herrera de los Navarros

Sector de SALUD:

Sector III Zaragoza

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

buzsan.herr.zar3@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976143059

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

Aunque participan los 11 Profesionales del EAP, solo figuran los 7 titulares por razones de normativa de presentación del Proyecto

| Nombre y apellidos           | Profesión | Centro de trabajo   |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| 1 Miguel I. Díaz del Cuvillo | Médico    | CS Herrera Navarros |
| 2 C. Clara Puyol Martínez    | Médico    | CS Herrera Navarros |
| 3 Taha S. Issa Assadi        | Médico    | CS Herrera Navarros |
| 4 María E. García Alejandre  | DUE       | CS Herrera Navarros |
| 5 Javier Castaño Roa         | DUE       | CS Herrera Navarros |
| 6 Cristina Deza Andreu       | Admo.     | CS Herrera Navarros |
|                              |           |                     |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Respeto y cuidado del medioambiente con proyección en la población de las mejoras y cambios propuestos.

Poner en acción la legislación medioambiental: Artículo 45 de la Constitución. Estatuto Básico de los Trabajadores. Ley de Salud de Aragón.

Aplicación de la Campaña de Sensibilización Medioambiental para Empleados Públicos de la DGA.

Colaboración con el Programa SIGRE.

Actuaciones continuadas y ostensibles ante los usuarios.

Educación para la Salud.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Tratamiento correcto de: recogida selectiva de residuos, reciclaje, papel, agua, pilas, medicamentos, transporte, recarga de baterías y otros.

Contenedor de papel en Sala de Espera. Vaciado periódico en el contenedor de la vía pública. Hoja de registro semanal.

Contenedor de pilas usadas en Sala de Espera. Hoja de registro.

Eliminación de los diferentes tipos de residuos según normativa. Bolsas identificativas por colores. Circuitos periódicos de recogida de residuos. Hojas de registro.

Charla medioambiental como actividad de EPS. Tema. Aforo. Acta.

Hoja de turnos para compartir el vehículo en itinere al trabajo con cuantificación del ahorro energético y de contaminación.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Hojas de registro de las actividades.

Contenedores.

Carteles.

Actividad periódica y ostensible de los Profesionales ante los Usuarios.

Charlas y otras actuaciones en Educación para la Salud. Convocatorias.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Indicador de registro correctamente cumplimentado:

Nº de hojas de registro bien cumplimentadas con fechas, el responsable y estimación cuantitativa de la actividad evaluada/ Nº hojas de registro total. (Al menos para: Papel. Pilas. Medicamentos. Turnos de coche).

Nº de actuaciones en EPS. Al menos una charla documentada con acta normalizada.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Anual. Prorrogable según aceptación y resultados.



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE ENFERMEDADES PULMONARES EN PACIENTES FUMADORES A PARTIR DE 40 AÑOS

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> Ángeles Herrero Gil

Profesión

Médica

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

C

C.S.SÁDABA

Sector de SALUD:

III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

maherrerogi@salud.aragon.es.

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Todos proyectos realizados por éste C.S. han sido con la participación de todo el equipo, por lo que solicitamos poder seguir haciendolo ya que todos trabajamos conjuntamente.

| Nombre y apellidos          | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------------|-----------|-------------------|
| 1 Amparo Vera Garcés        | enfermera | C.S. Sádaba       |
| 2 Carmen Alegre Hualde      | médica    | C.S. Sádaba       |
| 3 Raquel Calonge Cordovilla | enfermera | C.S. Sádaba       |
| 4 Arturo Checa Villa        | medico    | C.S. Sádaba       |
| 5 Ángel González Pérez      | medico    | C.S. Sádaba       |
| 6 Rosario Laborda Ezquerria | enfermera | C.S. Sádaba       |
| 7 Rosario Laita Ezquerria   | admtva.   | C.S. Sádaba       |
| 8 Judith Macia Lapuente     | enfermera | C.S. Sádaba       |
| 9 Pilar Marín Murillo       | enfermera | C.S. Sádaba       |
| 10 Gloria Martín Gracia     | médica    | C.S. Sádaba       |
| 11 Francisco Otal Arbizu    | medico    | C.S. Sádaba       |
| 12 Maria Pérez Moliner      | enfermera | C.S. Sádaba       |
| 13 Jesús Pérez Pérez        | médico    | C.S. Sádaba       |
| 14 Rosana Plaza Bueno       | medica    | C.S. Sádaba       |

## 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

- Elevada incidencia de enfermedades pulmonares (EPOC, neoplasias...) en fumadores.
- Al realizar una espirometría se realizara un diagnóstico y tratamiento más precoz de las enfermedades pulmonares mejorando así su pronóstico.
- Detección y abordaje de fumadores para así introducirlos en programa de deshabituación tabáquica
- Mayor aprovechamiento y conocimiento del uso del espirómetro y de la valoración de resultados por los miembros del equipo.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Realizar espirometría a más del 50% de fumadores igual o mayor a 40 años.
- Diagnostico precoz de enfermedades pulmonares en fumadores.
- Aumentar el número de fumadores que entran en programa de deshabituación tabáquica.
- Mayor aprovechamiento del espirómetro por el equipo.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Todo fumador igual o mayor a 40años que pase por consulta de enfermería o médica se le citará de forma programada para realización de espirometría y cooximetría. Se le dará información escrita sobre indicaciones previas a realización de la maniobra.
- En la sala de realización de espirometría habrá un folio que indique la fecha y personal de enfermería que le corresponde hacer la calibración del aparato y cuando la realice deberá firmar en ella. También habrá otro folio cada mes en el que pondrá el nombre y apellidos al que se realiza la prueba, la fecha, localidad del paciente y el nombre de la enfermera que la realiza.
- La espirometría será realizada por miembros de enfermería remitiéndola al médico para su valoración el cual introducirá los datos en el programa OMI.
- Los pacientes con espirometría alterada se les realizara una anamnesis completa, hemograma y Rx de tórax en proyección antero-posterior y lateral para su diagnostico introduciendo los datos también en el programa OMI.
- Los pacientes que presenten una espirometría normal se les repetirá a los dos años y los que salga alterada se repetirá al año.

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Nº espirometrías / Nº fumadores igual o mayor a 40 años/añox100
- Nº espirometrías normales/ Nº espirometrías x añox100

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- febrero-marzo – Ir miembros del proyecto de calidad al servicio de neumología para Formarnos en realización de la espirometría.
- marzo – abril - Taller de cómo realizar espirometría realizada por miembro del equipo.
  - Taller de valoración de resultados de espirometría.
- Cada mes - Revisión del nº de espirometrías realizadas.
- Cada 2 meses- Se harán sesiones clínicas sobre algún caso que salió espirometría Patológica y cual fue su diagnostico y tratamiento.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**"DIVULGACIÓN ENTRE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA EMBARAZADA Y LAS REPERCUSIONES EN RELACIÓN AL NUEVO HIJO"**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**M<sup>a</sup> del Carmen Sánchez-Paniagua Aguado**

Profesión

**Higienista**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Sector de SALUD:

**C.S. Universitas**

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

[mcsanchezpaniagua@salud.aragon.es](mailto:mcsanchezpaniagua@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**976 324 195**

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

| Nombre y apellidos                         | Profesión         | Centro de trabajo        |
|--|-------------------|--------------------------|
| <b>1 Rosa Soler Taberner</b>               | <b>Odontóloga</b> | <b>C.S. Delicias Sur</b> |
| <b>2 Jesús Obón Nogués</b>                 | <b>Odontólogo</b> | <b>C.S. Universitas</b>  |
| <b>3 M<sup>a</sup> Pilar Cerón Machado</b> | <b>Higienista</b> | <b>C.S. Universitas</b>  |
|  |                   |                          |
|  |                   |                          |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

#### PROPUESTA DE MEJORA:

**La atención bucodental a la embarazada se contempla tanto en la cartera de servicios de :**

**\* REAL DECRETO 63/1995, de 20 enero. Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.**

**Punto: 5º- Atención a la salud buco-dental.**

La atención primaria a la salud buco-dental comprenderá:

d) La exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.

**\* En la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón.**

**Punto: 10- Atención a la Salud Bucodental**, habla de los contenidos que tendrá la Salud Bucodental en Atención Primaria y entre ellos hace referencia en el:

**Punto: 10.3- Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas:** incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

**Punto: 10.4 Medidas preventivas y asistenciales a la población infantil de 6 a 16 años.**

Este punto va relacionado directamente con el anterior ya que la formación de los dientes del niño se hace en el periodo de embarazo. Una embarazo con una salud bucodental muy deficiente y con problemas periodontales, puede tener bebés con bajo peso incluso abortos. Si a esto añadimos mala alimentación en este periodo los dientes de su futuro hijo puede tener problemas de tamaño, número, etc...

Otro problema que surge durante el embarazo, suele ser **la diabetes**, un nº importante de mujeres suele tener este problema durante este periodo y también existen una relación directa de la diabetes con las encías. Una persona diabética puede desarrollar problemas periodontales y también puede descompensarse su diabetes si la higiene bucodental es deficiente, por lo que el problema se hace cada vez mayor.

Por lo tanto vigilando la salud bucodental de la mujer embarazada mediante una revisión de tejidos duros y blandos de la cavidad oral, aplicando técnicas de higiene, tartrectomía si la necesita (limpieza de boca), flúor, etc... obtenemos un beneficio madre, hijo, sistema de salud, muy alto a un coste económico bajo.

vez mayor.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

2. Las embarazadas que han formado parte de este estudio, en su mayoría han sido remitidas por las Matronas de los Centros, a las cuales se les había informado verbalmente y mediante folletos de la posibilidad de realizar revisiones bucodentales.

Se les ha realizado: Revisión, Técnica de Higiene, Pulido, Tartrectomía, Flúor, Adiestramiento en Técnicas de Alimentación, Informado de la salud bucodental de su futuro hijo, etc...

3. Tras acudir a la primera visita estas mujeres se han concienciado de la importancia que tiene una correcta higiene bucodental, tanto de cepillado como de la alimentación, para observar en un corto periodo de tiempo la mejoría que experimenta, sobre todo, los tejidos blandos de la cavidad oral.

4. El presente proyecto ha servido al equipo para investigar este campo de trabajo, para relacionarnos con otras especialidades, para elaborar el sistema de documentación y procedimientos de trabajo y para conocer mejor la situación bucodental de la embarazada, al objeto de poder aplicar las técnicas adecuadas a cada situación.

\* Aspectos pendientes:

Divulgación del proyecto de Salud Bucodental en la Embarazada, a otros profesionales implicados

- **Matronas**
- **Obstetras**
- **Médico familia**

**Recursos utilizados:**

- **Fichas para la toma de registros.**
- **Folletos informativos.**
- **Espejos de exploración.**
- **Sondas exploración.**
- **Material de Higiene personal (c. de dientes, interproximales, cinta dental, etc)**
- **Copas de pulir**
- **Pasta de pulir**
- **Flúor.**

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. **Mayor difusión de la prestación entre los Obstetras, Médicos de familia, etc.**
2. **Detectar la patología bucodental que presenten las mujeres embarazadas en nuestra CCAA:**
  - **Nº de pacientes susceptibles de patología bucodental**
  - **Grado de afectación**
  - **Necesidades asistenciales como consecuencia de su patología bucodental**
  - **Nº de pacientes embarazadas de otras culturas.**
3. **Aplicar las medidas preventivas adecuadas a su situación Gestacional y salud bucodental para la:**
  - **Mejora de la salud bucodental de la embarazada.**
  - **Mejora de la salud general de la embarazada.**
  - **Mejora de la salud de su futuro hijo.**
4. **Fomentar el nivel educativo respecto a su salud bucodental y la de su futuro Hijo, y haciendo hincapié en mujeres de otras culturas, residentes en nuestra comunidad.**

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Actividades previstas:**

- **Reuniones con el equipo para valorar las mejoras**
- **Sesiones Clínicas para divulgar el proyecto**

**Método:**

- **utilizando las herramientas de la calidad a nuestro alcance**

**Responsables:**

**Equipo de la Unidad de Salud Bucodental**

- **Ontólogo**
- **Higienista**

### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

**1) Evaluación Interna anual de:**

- **Implementación.**
- **Objetivos.**
- **Actividades**

**2) Evaluación externa**

- **Encuesta de satisfacción por los usuarios del servicio.**

### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: **abril 2009**

Fecha de finalización: **diciembre 2009**

- **Abril: Reunión para planificación del proyecto.**
- **Mayo: comienzo**
- **Septiembre: Reunión para valorar el servicio prestado y las posibles mejoras.**

**\* Diciembre: Obtención de resultados**



|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p><b>Plan para la mejora asistencial en un E.A.P. de salud frente al E.C.I. (estreñimiento crónico idiopático), y la disminución de su prevalencia a través del fomento de hábitos saludables.</b></p> |
|--|

|   |
|---|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos<br/><b>Alfredo Villafranca Escosa</b></p> <p>Profesión<br/>D.U.E.</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br/><b>Centro de Salud Valdefierro</b></p> <p>Sector de SALUD: <b>Zaragoza sector III</b></p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico:<br/><b>avillafranca@salud.aragon.es</b></p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/><b>976340447 ext. 105</b></p> |
|---|

|   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo |
| Milagros González García                          | D.U.E.    | C.S. Valdefierro  |
| Carmen Martínez Raposo-Piedrafita                 | Médico    | "                 |
| Damian Valgañón Palacios                          | "         | "                 |
| M <sup>a</sup> Jesús Blasco Perez-Aramendia       | "         | "                 |
| Esther Atance Melendo                             | D.U.E.    | "                 |
| M <sup>a</sup> del Mar Rodrigo Álvarez            | "         | "                 |
| Teodosia Martínez Gallego                         | "         | "                 |
| Pilar Albacar Bada                                | Matrona   | "                 |
| Josefa Lombardo Murillo                           | T. Social | "                 |
| Loreto Pedruzo García                             | Admisión  | "                 |
|   |           |                   |
|   |           |                   |

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

##### Punto de partida en 2008

El E.A.P. de Valdefierro y como una actividad más dentro de su labor asistencial, docente e investigadora, realizó una sesión clínica para motivar a los integrantes del Equipo de Salud y que estos presentaran algún objetivo y/o actividad para desarrollar un proyecto de mejora de la calidad asistencial de salud.

El método empleado fue el de tormenta de ideas.

Se realizaron dos reuniones en las cuales se analizaron varias iniciativas propuestas, una de las cuales se adoptó tanto por su prevalencia en los episodios generados, como por su morbilidad. El estreñimiento crónico idiopático ECI, es el quinto episodio más generado en las consultas de medicina de familia según estudios realizados por el BIFAF.

Se realizó una revisión bibliográfica de trabajos de MBE. Medicina Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Evidencia, así como su lectura crítica de los mismos y obtuvieron los siguientes resultados:

La **prevalencia anual** de consulta por ECI. es de alrededor del 1,2% de todas las consultas médicas y el 5º episodio más generado en dichas consultas según el BIFAF. Por razones no bien establecidas, el estreñimiento es más frecuente en mujeres (3:1).

**Morbilidad**, el estreñimiento es muy frecuente en los sujetos de la población en general; en nuestro medio se ha estimado que la frecuencia de auto percepción se aproxima al 25% de la población en el ámbito urbano llegando al 60% en personas de más de sesenta y cinco años.

Además de este proceso se realiza un estudio poblacional a través de OMI. De la Zona Básica de Salud (pirámide poblacional). **En nuestra zona de salud la pirámide poblacional, nos muestra una forma muy definida en forma de hucha mostrándonos una población joven, dada la evolución urbanística de la zona.** de la cual se establecen algunos factores determinantes de salud como:

- Estilo de vida.
- Estructura de familia.
- Redes sociales (asociaciones, residencias etc...).
- Importante número de nacimientos.
- Ambos cónyuges trabajan.
- Hábitos de alimentación fuera de domicilio.

Para mejorar el grado de conocimiento sobre la población de nuestra Zona Básica de Salud y su comportamiento frente al ECI. Se pretenden realizar encuestas de hábitos y costumbres de las mismas a través de preguntas cerradas con cinco salidas de forma gradual. También se estudia la posibilidad de realizar una guía-protocolo de preguntas clave en las consultas de atención primaria.

Las encuestas se realizarán en las consultas de:

- Medicina de Familia.
- Enfermería de Familia.
- Medicina y Enfermería Pediátrica en el E.A.P. de salud
- Matrona en E.A.P. de salud.
- Trabajadora social de E.A.P. de salud.

Con la implicación del equipo multidisciplinar de trabajo del Consejo de Salud de Valdefierro se prevé la elaboración de un folleto a modo de díptico informativo para dar consejos prácticos frente al ECI, consejo dietético hábitos saludables etc.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**Proceso realizado en el Proyecto de mejora de Calidad en 2008**

***Plan para la mejora asistencial en un E.A.P. de salud frente al E.C.I. (estreñimiento crónico idiopático), y la disminución de su prevalencia a través del fomento de hábitos saludables.***

Durante los meses de Mayo y Junio de 2008 se realizaron y distribuyeron 200 encuestas en las consultas del E.A.P. se han recogido 167. Habiéndose realizado 122 en consultas por los profesionales *médic@s/enfermer@s*, 20 en consulta de matrona, y recogidas en admisión que se habían entregado en las distintas consultas otras 25. Pérdidas en el proceso 33 encuestas.

En el área de Pediatría todavía no se han realizado las encuestas, por diferentes obstáculos.

En la actualidad se está tabulando la información y se está preparando una guía práctica para los profesionales del E.A.P. en las consultas sobre el tema de mejora E.C.I.

Se ha realizado el Folleto de Salud sobre el tema de mejora E.C.I. en colaboración y participación del Consejo de Salud. En la elaboración ha participado un miembro del mismo Consejo de salud, aportando criterios y comentarios.

**Reuniones y convocantes del Grupo de trabajo de Calidad 2008**

|                |  |                                     |  |
|----------------|--|-------------------------------------|--|
| 17/01<br>13.30 | GRUPO DE CALIDAD                             | PREPARACIÓN DEL PROYECTO DE CALIDAD | ALFREDO VILAFRANCA<br>MILAGROS GONZALEZ                  |
| 24/01<br>14.00 | GRUPO DE CALIDAD                             | PREPARACIÓN PROYECTO CALIDAD        | ALFREDO VILAFRANCA,<br>MILAGROS GONZALEZ                 |
| 28/02<br>14.00 | GRUPO DE CALIDAD                             | PREPARACIÓN PROYECTO DE CALIDAD     | ALFREDO VILAFRANCA                                       |
| 09/04<br>08.15 | TODO EL EQUIPO                               | ESTREÑIMIENTO                       | ALFREDO VILAFRANCA                                       |
| 08/05<br>14.00 | GRUPO DE CALIDAD                             | PROTOCOLO ESTREÑIMIENTO             | ALFREDO VILAFRANCA                                       |
| 22/05<br>14.00 | GRUPO DE CALIDAD                             | REUNION DEL GRUPO DE CALIDAD        | ALFREDO VILAFRANCA                                       |
| 08/10<br>13.30 | GRUPO DE CALIDAD Y REPRESENTANTES DEL BARRIO | ELABORACIÓN DEL FOLLETO             | FEFI LOMBARDO<br>ALFREDO VILAFRANCA<br>MILAGROS GONZALEZ |
| 9.10<br>14.00  | GRUPO DE CALIDAD Y REPRESENTANTES DEL BARRIO | ELABORACIÓN DEL FOLLETO             | FEFI LOMBARDO<br>ALFREDO VILAFRANCA<br>MILAGROS GONZALEZ |
| 23/10<br>14.00 | GRUPO DE CALIDAD                             | PREPARACIÓN DE FOLLETO              | COORDINADORA ENFERMERIA                                  |
| 24/10<br>14.00 | GRUPO DE CALIDAD                             | PREPARACIÓN DE FOLLETO              | COORDINADORA ENFERMERIA                                  |

**CUADERNO DE SALUD N.º 9**

**PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO**

**ACUDE A TU CENTRO DE SALUD**

Cuando se presenten alguna de estas situaciones:

- Estreñimiento súbito, con dolor cólico abdominal, con incapacidad de expulsar gases. **No tome laxantes.**
- Estreñimiento alternado con diarrea.
- Aparición de sangre en heces.
- Pérdida de peso sin causa aparente.
- Uso frecuente de laxantes sin que mejore el estreñimiento.

**EL ESTREÑIMIENTO NO ES UN PROBLEMA MENOR**

**TOMA MEDIDAS**

**"CONDÚCETE" BIEN**

Para más información: [www.digeativo.net](http://www.digeativo.net)

**CONTROLA TU "TRÁFICO"**

**CUIDANDO TU TRÁNSITO INTESTINAL ("TRÁFICO") CUIDAS TU SALUD**

OCTUBRE 2008

 **CONSEJO DE SALUD DE VALDEFERRIO**  
C/ Ordán, 1 - 50012 Zaragoza • Tel. 976 334 091

 **GOBIERNO DE ARAGÓN**  
Servicio Aragonés de Salud

## ESTREÑIMIENTO

Se considera estreñimiento cuando pasan más de 3 días entre dos deposiciones normales.

Si el trastorno se prolonga durante más de un año, se considera estreñimiento crónico.

Se da con mayor frecuencia entre las personas mayores, embarazadas y personas de vida sedentaria.

## CAUSAS

- Dieta pobre en fibra y agua.
- Falta de ejercicio.
- No ir al servicio cuando aparece la gana de defecar.
- Cambios de horario.
- Tomar demasiados lácteos (leche, queso, yogur).
- Algunos medicamentos.
- Embarazo.
- Algunas enfermedades intestinales.

## PROBLEMAS DERIVADOS DEL ESTREÑIMIENTO

- Fístulas anales.
- Hemorroides.
- Úlcera de colon.
- Fecoma (acumulación de heces reseca).
- Puede ser un signo de alarma de algunas enfermedades graves.

## RECOMENDACIONES PARA EVITARLO

- ♥ Dieta rica en fibra vegetal (verduras, ensaladas, fruta con piel, cereales integrales y legumbres). Si se toma poca fibra vegetal, incorporarla progresivamente para evitar gases.
- ♥ Tomar al menos 1 litro y medio de líquidos al día (agua, zumos, sopas).
- ♥ Masticar bien y comer despacio.
- ♥ Hacer ejercicio diariamente (caminar, bicicleta, natación...).
- ♥ No reprimir la necesidad de evacuar.
- ♥ Habitarse a ir al servicio a la misma hora todos los días.

## ALIMENTOS RICOS EN FIBRA

| ALIMENTOS    | gr/100gr de alimento | ALIMENTOS     | gr/100gr de alimento |
|--------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Cacahuetes   | 6,8                  | Zanahoria     | 2,5                  |
| Garbanzos    | 6,0                  | Cebolla cruda | 2,2                  |
| Guisantes    | 5,2                  | Coliflor      | 2,1                  |
| Nueces       | 3,8                  | Manzana       | 2,0                  |
| Lentejas     | 3,7                  | Fresa         | 1,8                  |
| Brécol       | 3,5                  | Potata        | 1,3                  |
| Judías secas | 3,2                  | Ciruela       | 1,2                  |
| Pera         | 2,8                  |               |                      |

Se recomienda un consumo variado de estos alimentos.

En general todos los alimentos de origen vegetal contienen fibras solubles e insolubles y otras componentes que mejoran el tránsito intestinal.



## ***Encuesta del análisis de la realidad de la zona básica de salud.***

*El Equipo de Atención Primaria de su Centro de Salud le agradece su interés y su tiempo por rellenar este cuestionario.*

→ Edad \_\_\_\_\_

→ Sexo H.  M.

**1;Hace usted menos de tres deposiciones semanales?**

→ **Pediatría (su hij@).**

Nunca  Alguna vez  Frecuentemente  Siempre

**2;Tiene usted dificultad para hacer sus deposiciones?**

→ **Pediatría (su hij@).**

Nunca  Alguna vez  Frecuentemente  Siempre

**3 ;Ha tenido alguna vez sangrado en sus deposiciones?**

→ **Pediatría (su hij@).**

Nunca  Alguna vez  Frecuentemente  Siempre

**4 ;Tiene dolor en sus deposiciones?**

→ **Pediatría (su hij@).**

Nunca  Alguna vez  Frecuentemente  Siempre

**5 ;Relaciona usted con la toma de algún fármaco y/o alimento este tipo de trastorno?**

**SI/NO decir cual o cuales.**

→ **Pediatría (su hij@).**

NO

SI

-----



### ***Encuesta del análisis de la realidad de la zona básica de salud.***

*El Equipo de Atención Primaria de su Centro de Salud le agradece su interés y su tiempo por rellenar este cuestionario.*

***Si ha contestado afirmativamente alguna de estas preguntas,  
¿Que hace normalmente?***

**1 ¿Acude a su centro de salud en busca de consejo?**

Nunca       Alguna vez       Frecuentemente       Siempre

**2 ¿Acude a su farmacéutico?**

Nunca       Alguna vez       Frecuentemente       Siempre

**3 ¿Acude a remedios caseros?**

Nunca       Alguna vez       Frecuentemente       Siempre

**4 ¿Busca remedio a través de literatura como revistas etc. Internet?**

Nunca       Alguna vez       Frecuentemente       Siempre

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

**Disminuir en la medida de lo posible, la prevalencia** de los episodios de estreñimiento y otros procesos asociados, a través de la promoción de hábitos saludables.

**Establecer hábitos saludables** y comportamientos que favorezcan y/o mejoren el estado de salud, en las personas que acuden a las consultas de medicina y enfermería

de familia.

**Motivar a las mismas, para que utilicen las redes sociales** de su entorno, (asociaciones, culturales, deportivas, grupos de apoyo, familia etc...). Para establecer nuevos modelos que aumenten su calidad de vida.

**Fomentar sus habilidades personales**, para aumentar su autoestima y así ser capaces de favorecer su estado de salud.

**Disminución de los fármacos dispensados (Nº DDD)** en las consultas de atención primaria de salud.

**Disminución del uso productos alternativos** usados por los ptes. en este tipo de trastorno digestivo E.C.I.

**Aumentar el grado de registro de este tipo de episodio.**

**Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios** que sean atendidos en las consultas de atención primaria de salud.

**Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales** que prestan sus servicios en los E.A.P. de salud.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1-Análisis global de la situación, y mediante este, el establecimiento de recursos a emplear y medidas que puede adoptar el E.A.P. de Salud.

2- Definición de los criterios de estratificación del estudio, (encuestas), por :

- Edad.
- Sexo.
- Embarazo.
- Etc.

3-Estudio analítico de los resultados obtenidos en las encuestas, y el grado de aceptación de las mismas.

4- Estudio del grado de incremento del registro por los profesionales del E.A.P. de Salud.

5-Hacer partícipes a los integrantes del Consejo de Salud de las distintas acciones realizadas, así como la participación de su equipo de trabajo en el grado de aceptación del Folleto de Salud realizado por E.A.P. de Salud.

7- Realización de un algoritmo del proceso de atención frente al E.C.I.

8- Elaboración de una guía-protocolo de intervención de los profesionales en las distintas consultas de atención primaria de salud, frente al ECI.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

→ **Prevalencia** de este tipo de episodio ECI. 1.2%

‡ **Registro de O.M.I.**

→ Número de episodios registrados en el año 2006.....159

→ Número de episodios registrados en el año 2007.....174

→ Número de episodios registrados en el año 2008.....204

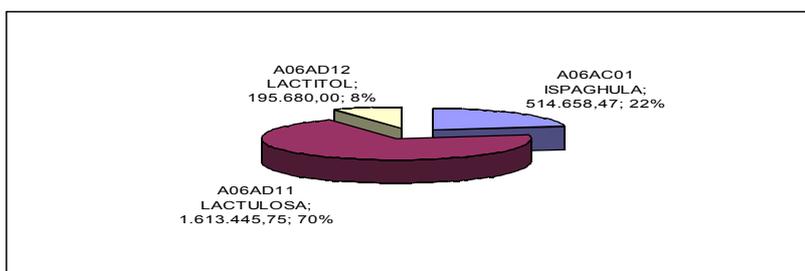
→ **Encuestas realizadas en las diferentes consultas del E.A.P. ...200**

→ **Profesionales que han estado desarrollando esta actividad en el E.A.P.....11**

→ **Número de sesiones realizadas en el E.A.P .....10**

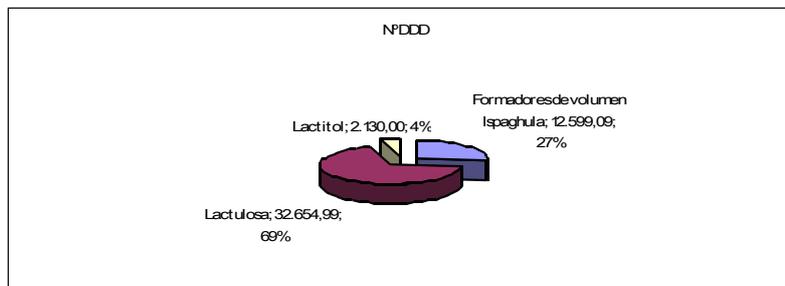
→ **Gasto de laxantes Sector III N° DDD 2.323.784,22 en los 22 centros de salud (año 2006).**

→ **Gasto económico sector 276.120,08€ (año 2006).**



→ **Gasto de laxantes en C. S. Valdefierro N° DDD 34.784,99**

→ **Gasto económico 5.017,38€**







## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

LA CONTINUIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PROYECTO MEJORAR LA INFORMACIÓN DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR III ZARAGOZA.

Este es una continuidad del proyecto presentado en el 2007 con título: Mejorar la información de los cuidadores de los pacientes crónicos y dependientes del sector III Zaragoza.

Su continuidad durante el año 2008

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Mº DEL CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO

Profesión

**DUE (ENFERMERA DE ENLACE (sector III Zaragoza)**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)

**C.S. MIRALBUENO**

Correo electrónico:

[mesquivias@salud.aragon.es](mailto:mesquivias@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**660606563 y 976300994**

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

| Nombre y apellidos          | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------------|-----------|-------------------|
| MILAGROS GONZALEZ GARCIA    | DUE       | c.s. Valdefierro  |
| JOSEFA LOMBARDO MURILLO     | T. SOCIAL | c.s. Valdefierro  |
| LUIS MIGUEL ALUTIZ PEÑA     | DUE       | Cs Bombarda       |
| JOSEFA PUEYO USON           | T.SOCIAL  | Cs Bombarda       |
| TEODOSIA MARTINEZ GALLEGO   | DUE       | Cs Valdefierro    |
| JOSE LUIS GRIMA MOLINER     | MEDICO    | Cs Miralbueno     |
| LUCIA ISASA CUARTERO        | MEDICO    | Cs Miralbueno     |
| ALICIA SANCHEZ GARCIA       | DUE       | Cs Miralbueno     |
| MIGUEL ANGEL LABARA SANJUAN | DUE       | Cs Miralbueno     |
| ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA  | DUE       | Cs Valdefierro    |
|                             |           |                   |
|                             |           |                   |

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La mayoría de las personas dependientes son atendidas en sus hogares por sus familias, estos cuidadores necesitan consejos útiles para hacer frente a los múltiples problemas que pueden presentarse.

Por estas razones con esta ampliación de proyecto en A. Primaria pretendemos mejorar la información y atención de los cuidadores con la finalidad de que estén preparados para afrontar los retos que se les presentan en domicilio, prestándoles el máximo apoyo posible.

Durante el año 2007 se realizó un proyecto de Calidad de ayuda al cuidador con el desarrollo de actividades encaminadas a mejorar la atención al cuidador en consultas de enfermería y trabajo social y la realización de talleres de 8 días de duración con la participación de distintos profesionales.

Se han realizado también algunos folletos informativos durante el 2008 (prevención de úlceras por decúbito, utilización de sondajes, prevención del estreñimiento y riesgo de caídas) para los cuidadores y la realización de material Power Point para la implantación de las sesiones.

También durante el mes de junio 2008 se continuó con la aplicación de 1 taller más de cuidadores de 9 h de duración impartido en la zona de Garrapinillos (Miralbueno) como continuidad a la experiencia piloto del proyecto en cuestión..

La metodología utilizada fue de acción participación valorando mucho la realidad de los cuidadores que en total fueron 8

Exposición general con soportes audiovisuales .Reflexión y discusión en gran grupo, observación rigurosa del lenguaje verbal y no verbal.y se incluyó como novedad la simulación práctica de situaciones de urgencia.

Encuesta de inicio y evaluación final.

También durante el 2008 se han elaborado 3 fichas informatizadas tipo OMI de consulta (2 de enfermería y una de TSocial)

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior.

-Folletos informativos para el cuidador

Resultados de la experiencia del taller impartido en el 2008.

8 cuidadores de edades comprendidas entre 44 a 78 años con predominio de amas de casa y jubilados y con unas expectativas de aprendizaje, evasión de problemas, comprensión ,evasión de la soledad y la necesidad de ser informados sobre ayudas.

Manifiestan la falta de tiempo para actividades personales y utilizan recursos propios de escape tales como rezar, hacer ejercicio etc.

Les preocupa sobre todo la falta de ayuda para la realización de las (actividades básicas de la vida diaria) y la poca información que reciben.

Las edades de los pacientes cuidados oscila entre (70 a 87) años lo cual en opinión de los cuidadores constituye otro problema añadido..

Los resultados de la encuesta de satisfacción dejan claro que la mayoría de ellos están satisfechos con el método, contenidos y condiciones de la sala y la valoración de los talleres se resume en muy buena para el 50% de ellos y buena el otro 50%.

También es de resaltar la enorme dificultad con que nos encontramos los profesionales sanitarios a la hora de intentar reunir a un grupo de cuidadores.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

-La Implantación de las consultas de enfermería y trabajo social como objetivo para este año :

- Elaboración de folletos y carteles informativos y de cuidados. (a modo de cuadernillo para profesionales de A. Primaria y pacientes)

|         |   |
|---------|---|
| Anexo 2 | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i> |
|---------|---|

-La integración de cuidados en 1 consulta de enfermería de estrés –relajación en el centro de salud Bombarda llevada por 1 enfermero.  
 La integración en al menos 2 consultas básicas de enfermería entre los centros de salud de Miralbueno y Valdefierro  
 - La integración en al menos 2 consulta de Ts al cuidador en los centros de Valdefierro y Bombarda.  
 -La continuidad de los talleres para cuidadores al menos en 1 centro de salud .  
 Reparto a los cuidadores formales e informales de los folletos actuales.  
 -.Mejorar la calidad de los cuidados ofertados a los cuidadores del sector III Zaragoza.  
 -Mejorar los circuitos de información, formación e implementación de los planes de cuidados.  
 -Desarrollo de procesos formativos en conocimientos y habilidades del cuidador del paciente crónico dependiente del sector III Zaragoza. Para lo que se desarrollará en la zona básica de ( Miralbueno – Garrapinillos )el proyecto de: Atención a Residentes en residencias de ancianos.

#### 7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

| Líneas de intervención   | Ejemplo | %    |
|--|---------|------|
| <i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>   | 30%     | 35%  |
| <i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>   | 35%     | 25%  |
| <i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i> | 25%     | 25%  |
| <i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>   | 10%     | 15%  |
| <b>TOTAL</b>   | 100%    | 100% |

#### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Formar un equipo de mejora.
2. Analizar grupalmente y de forma multidisciplinar los resultados del estudio realizado a cuidadores familiares..
3. Realizar una medición de indicadores previos a la puesta en marcha del proyecto.
4. Planificar talleres educativos a partir de las necesidades sentidas y expresadas por los cuidadores de pacientes del Sector Zaragoza III.
5. Diseñar más folletos informativos e integrar progresivamente todo lo que se trabaja en el sector sobre el teme del cuidador.
6. Implantación de consultas de enfermería y trabajo social en atención primaria sector Zaragoza III.
7. Difundir la información acerca de la realización de talleres y de la existencia de consultas en los Centros de Salud del Sector Zaragoza III.
8. Difundir la información acerca de la realización de talleres y de la existencia de consultas directamente a cuidadores de enfermos crónicos y dependientes en Atención Primaria del Sector Zaragoza III ..
9. Realizar una medición de indicadores tras la puesta en marcha del proyecto.
10. Realizar una encuesta de satisfacción a los cuidadores.
11. Analizar los resultados obtenidos.





|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <b>1.- TÍTULO</b><br><b>GESTIÓN DE PERSONAL Y GUARDIAS EN LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL SECTOR III: PREPARACIÓN HACIA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b> |
|--|

|  |
|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  |
| Nombre y apellidos PABLO VELA CONDÓN   |
| Profesión<br>MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA DEL SECTOR III Y CALATAYUD                              |
| Sector de SALUD:<br>SECTOR III   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.                         |
| Correo electrónico:<br><a href="mailto:pvela@salud.aragon.es">pvela@salud.aragon.es</a> / <a href="mailto:udoc3zc@gmail.com">udoc3zc@gmail.com</a> |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976258095  |

|   |                    |                   |
|---|--------------------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |                    |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión          | Centro de trabajo |
| 1 M <sup>a</sup> VICTORIA VILLAVERDE ROYO         | MIRR4 SPMP         | UDOC SECTOR III   |
| 2 ESTER HERNANDEZ DEL MOLINO                      | AUX.ADMINISTRATIVO | UDOC SECTOR III   |
| 3 SERGIO MUÑOZ JACOBO                             | MIR R3 MFYC        | UDOC SECTOR III   |
| 4 FERNANDO ANDREU CALVETE                         | MIR R2 MFYC        | UDOC SECTOR III   |
| 5 CLARA MORANDEIRA RIVAS                          | MIR R1 MFYC        | UDOC SECTOR III   |

|  |
|--|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>   |
| Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...  |
| <p>La reciente sectorización de las Unidades Docentes de Familia compuestas por dispositivos de Atención Primaria y Atención Especializada, así como la situación histórica de partida en la que existía una única Unidad Docente que prestaba servicio a los tres sectores de la Provincia de Zaragoza ( Sectores I,II y III), ha dado lugar a la coexistencia de un a gran diversidad de formularios y procedimientos para la gestión de personal de residentes, muchos de ellos obsoletos, no informatizados y difícilmente identificables como pertenecientes a nuestra Unidad, por lo que con frecuencia no desdeñable sufren pérdidas o retrasos en llegar a su destino y falta de estandarización en su gestión.</p> <p>Así mismo y dado el impulso mostrado desde la Dirección de Nuestro Sector parece importante la apuesta hacia sistemas de gestión por procesos que permitan una mejor organización de los procesos organizativos y de administración que se cristalice en unos mejores resultados de nuestra Unidad orientándonos hacia una futura apuesta por modelos o sistemas de gestión de calidad.</p> |



10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u>                             | <u>Euros</u> |
|---|--------------|
| ORDENADOR PORTATIL                                    | 1100 EUROS   |
| CURSO DE FORMACIÓN EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PÁGINAS WEB | 200 EUROS    |
|   |              |
|   |              |
|   |              |
|   |              |
|   |              |
|   |              |
|   |              |
| TOTAL   | 1300 EUROS   |

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <b>1.- TÍTULO</b><br><b>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN CATÁLOGO DE MATERIAL DE FORMACIÓN EN EL SECTOR III</b> |
|--|

|  |
|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  |
| Nombre y apellidos PABLO VELA CONDON   |
| Profesión<br>JEFE DE ESTUDIOS UDOC MFYC. MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA                            |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA DEL SECTOR III Y CALATAYUD      |
| Sector de SALUD:<br>SECTOR III   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. |
| Correo electrónico:<br><a href="mailto:udoc3zc@gmail.com">udoc3zc@gmail.com</a>  |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976258095  |

|   |                            |                              |
|---|----------------------------|------------------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |                            |                              |
| Nombre y apellidos                                | Profesión                  | Centro de trabajo            |
| DIANA SERRANO PERIS                               | TECNICO SALUD              | DEPARTAMENTO DE SALUD        |
| ESTER HERNANDEZ DEL MOLINO                        | AUX ADMINISTRATIVO         | UDOC SECTOR III              |
| M <sup>a</sup> VICTORIA VILLAVERDE ROYO           | MIR SPY MP                 | UDOC SECTOR III              |
| SILVIA CASTAN RUIZ                                | TECNICO SALUD              | ATENCION PRIMARIA SECTOR III |
| VIRGINIA AZNAR RICO                               | SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA | HCU SECTOR III               |

|   |
|---|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  |
| Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...   |
| <p>El Sector III de Zaragoza dispone de distintos dispositivos tanto a nivel de Atención Especializada como a Nivel de Atención Primaria dotados de recursos dedicados a la formación de los profesionales de salud. Actualmente cada una de estas Unidades de Formación disponen de un catálogo de recursos más o menos organizado, así como de sistemas de gestión de material adaptado a sus necesidades.</p> <p>Con este proyecto, se pretende, crear sinergias entre estos tres dispositivos (Unidad Docente de Familia, Dirección de Atención Primaria y Formación de Atención Especializada del Sector III) que permitan un uso mas eficiente de los recursos de formación disponibles, de manera que material que actualmente se encuentra o bien a nivel del Atención Primaria, o bien a nivel de Especializada pueda ser indistintamente utilizado por cualquier profesional del sector que lo precise.</p> |

|  |
|--|
| <b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b>   |
| Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual. |
| <b>Proyecto de novo</b>  |





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p>Mejora en la detección de las cefaleas y en especial de la migraña en la Zona Básica de salud de Cariñena para poder disminuir el impacto social.laboral y personal que representan</p> |
|---|

|  |
|--|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos<br/>Domingo Casbas Vela</p> <p>Profesión<br/>Médico</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br/>Centro de Salud Cariñena</p> <p>Sector de SALUD:<br/>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico:<br/>d_casbas@hotmail.com</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/>976621026</p> |
|--|

|   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo |
| 1 Delfín Sarasa Piedrafina                        | Médico    | Cariñena          |
| 2 Fernando Colás Beltran                          | Médico    | Cariñena          |
|   |           |                   |

|  |
|--|
| <p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></p> <p>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>La cefalea representa el primer motivo neurológico de consulta en Atención primaria representan de un 3-5% de las consultas.</p> <p>Disminuir el impacto personal social y laboral que provoca la migraña ya que puede no estar bien diagnosticada por falta de conocimiento en la población al no acudir al medico así como en la posible dificultad de diagnostico en los profesionales</p> <p>Ente las cefaleas las migrañas tienen una prevalencia del 12% de la población entre 25 y 54 años lo que representa un gran impacto personal, social y laboral.</p> <p>Los métodos a emplear serán prácticamente clínicos</p> <p>Para ello interesa conocer la casuística ya diagnosticada en la zona básica por medio de planillas que rellenará cada médico de la zona básica</p> <p>Dada la baja cobertura obtenida por problema de registro ,ya que este año se ha informatizado el C.Salud en farias fases los datos obtenidos han sido escasos</p> |
|--|

|   |
|---|
| <p><b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b></p> <p>Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.</p> <p>1.- Nº de pacientes con migraña / población diana · 10,6%<br/>( Población diana = 12.9 % de población entre 18 y 65 Años)</p> <p>2.- Numero de sesiones clínicas impartidas en el EAP 1</p> <p>3.-Numero de charlas a la población en genera</p> <p>4.-Número de artículos en el periódico local de la Comarca 2</p> |
|---|

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Conocer la prevalencia de la zona ya que suponemos que está infradiagnosticada .
2. Disminuir gracias al diagnóstico y tratamiento el impacto personal , laboral y social
3. Concienciar tanto a los profesionales como a la población, de la importancia de un diagnóstico y tratamiento correctos de la enfermedad, ante el elevado número de pacientes no diagnosticados y/o que se automedica, lo que provoca una falta de diagnóstico y tratamiento adecuado. La falta de información sobre la enfermedad provoca el abuso y automedicación con fármacos no específicos, como los analgésicos simples, que repercuten en la falta de control de la enfermedad y que incluso pueden cronificar las crisis de migraña

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Mediante charlas a la población en general para que conozcan la enfermedad y la importancia de no automedicarse.
2. Mejorar el conocimiento de los profesionales mediante sesiones clínicas en el Centro de Salud detallando el diagnóstico tratamiento y profilaxis de la enfermedad
3. Implementar el protocolo sobre cefaleas de Atención Primaria .
4. Confeccionar unas planillas para su distribución entre los profesionales para conocer los casos ya existentes y los nuevos que puedan surgir (mediante su inclusión en OMI...)
5. Carteles informativos para el horario de las charlas en algunas de las poblaciones dependientes de la zona básica
6. Divulgación en el periódico de la Comarca de manera sencilla de los síntomas de la enfermedad

## 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1.- Nº de pacientes con migraña / población diana -  
( Población diana = 12.9 % de población entre 18 y 65 Años)
- 2.- Numero de sesiones clínicas impartidas en el EAP
- 3.-Numero de charlas a la población en general
- 4.-Número de artículos en el periódico local de la Comarca

## 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Charla en marzo-junio en la Zona Básica de Cariñena para la población
- Sesión clínica en abril-julio en el Centro de Salud basado en criterios de diagnóstico y tratamiento.
- De mayo a Noviembre recogida de planillas y diciembre evaluación de los datos
- Diciembre presentación de resultados en el EAP



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRO:

“Mejora en la documentación clínica de Terapia Ocupacional en el paciente psiquiátrico en el SALUD - C.R.P.Ntra Sra del Pilar.

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA

Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

C.D. ROMAREDA Y VI PABELLON. CRP Ntra. Sra. DEL PILAR

Sector de SALUD:

SECTOR III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

TERAPIA OCUPACIONAL

Correo electrónico: pcsanchez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976341500 VI PABELLON 976356761 C.D. ROMAREDA

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos          | Profesión | Centro de trabajo                      |
|-----------------------------|-----------|--|
| MONICA MAICAS CORTÉS        | T.O.      | V PABELLON CRP Ntra Sra DEL PILAR      |
| Mª LUISA GASPAR             | T.O.      | U.L.E. CRP Ntra. Sra. DEL PILAR        |
| LUCIA PEREZ MARTINEZ        | T.O.      | C.O. DELICIAS CRP Ntra. Sra. DEL PILAR |
| NOELIA HERAS ALONSO         | T.O.      | U.M.E. Ntra. Sra. DEL PILAR            |
| LIDIA ESTEBAN DOMINGUEZ     | A.E.      | VI PABELLON Ntra. Sra. DEL PILAR       |
| 6. MANUELA RUBIO ROYO       | A.E.      | U.L.E Ntra. Sra. DEL PILAR             |
| 7.ARANCHA ARANZAZU MUNARRIZ | A.E.      | C.O. DELICIAS Ntra. Sra. DEL PILAR     |

## 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Se ha creado un grupo de trabajo formado por las Terapeutas Ocupacionales del SALUD que ejercen su profesión en Salud Mental, para detectar oportunidades de mejora en la intervención/tratamiento con el paciente psiquiátrico.

Este grupo ha considerado prioritario que el proyecto inicial vaya dirigido a la elaboración de un documento unificado sobre la Historia Ocupacional del paciente para incluirlo en la Historia Clínica, por los siguientes motivos:

- En muchas unidades no existe la Historia Ocupacional del paciente.
- En las unidades que utilizan este documento se ha observado que su contenido no sigue una terminología uniforme, ya que actualmente existen, entre los distintos profesionales, gran variedad de criterios e instrumentos, por lo que se

ve necesario consensuar estas herramientas en un documento único.

- Necesidad de contar con un único instrumento de recogida de datos en los servicios de Terapia Ocupacional para facilitar la comunicación entre profesionales, evitando así problemas de continuidad en los servicios.
- Con la homogeneización del instrumento se contribuirá a la comprensión de las actuaciones del rol del Terapeuta Ocupacional por parte del resto de profesionales del equipo.
- La necesidad de trabajar en equipo y difundir la información sobre nuestra intervención de forma ágil y coordinada.

Aunque el grupo de trabajo ha esbozado las líneas generales de este documento para conseguir este objetivo, es necesario mantener reuniones periódicas para revisar y analizar diferentes fuentes de información como: Modelo de Ocupación Humana (Gary Kielhofner), recomendaciones de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional), documentos de recogida de datos utilizados hasta el momento en los diferentes servicios, etc., para unificar criterios y poner en marcha el proyecto.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Lograr homogeneidad en la valoración y recogida de datos en los servicios de Terapia Ocupacional.
2. Facilitar la información referente a la intervención de Terapia Ocupacional al resto de profesionales del equipo.
3. Introducir el documento elaborado en la historia clínica del paciente.
4. Detectar carencias/mejoras del documento para sentar las bases de futuras actuaciones conducentes a la unificación de criterios (protocolos, programas, actividades).

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las siguientes actividades se llevarán a cabo para conseguir la creación e implantación del documento unificado en las diferentes unidades de Salud Mental:

- Reuniones mensuales de los Terapeutas Ocupacionales del CRP Ntra Sra del Pilar para revisar y valorar la documentación y puesta en marcha del proyecto.
- Reuniones periódicas entre los Terapeutas Ocupacionales de los recursos de Salud Mental de las tres provincias. Dichas reuniones se convocarán y organizarán de forma rotatoria en los recursos de las tres provincias.
- Trabajo individual y por grupos en el intervalo entre reuniones, con comunicación vía mail y telefónica entre los distintos grupos.

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Número de reuniones.
2. Creación del documento unificado.
3. Implantación del citado documento en las unidades de Salud Mental.
4. Número de servicios que han incorporado el documento a su práctica clínica.
5. Porcentaje de usuarios valorado con el nuevo documento en cada servicio.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Se establecerá una periodicidad cuatrimestral para las reuniones en las diferentes provincias (Marzo-Julio-Octubre).
- En la reunión de Marzo se revisarán las líneas generales del documento existentes en la actualidad y se podrán aportar nuevas ideas y/o nueva información relevante para la elaboración del mismo.
- Se fijará como fecha límite de confección del documento la reunión del mes de Julio.
- Los meses siguientes a la incorporación del documento se dedicarán a la incorporación del documento elaborado a la práctica clínica, y al seguimiento del proyecto para poner en común y solventar en la reunión de septiembre, los problemas que surjan para conseguir su implantación.
- En la reunión de Octubre se realizará una evaluación inicial de los indicadores mencionados, y se aportarán nuevas ideas de mejora, en función de los resultados de esta evaluación.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <i>Material/Servicios</i>  | <i>Euros</i>                 |
|--|------------------------------|
| Material bibliográfico   | 200€                         |
| Gastos de media dieta: 34,20 €/día (x 5 terapeutas y x 3 reuniones hasta final de año) | 34,20 x 5= 171<br>171x3=513€ |
| Gastos de kilometraje: 0,19 €/km y por vehículo utilizado                              | 400€                         |
|  |                              |
|  |                              |
|  |                              |
| TOTAL  | 1113€                        |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

INFORMACION AL RESIDENTE DE MEDIA ESTANCIA Y COMPROMISO TERAPEUTICO

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

NOELIA HERAS ALONSO

Profesión

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

C.R.P. DEL PILAR

Sector de SALUD:

SECTOR 3

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA ALONSO V

Correo electrónico:

nheras@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-331500 Exts: 12106 y 12313

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

| Nombre y apellidos         | Profesión             | Centro de trabajo |
|----------------------------|-----------------------|-------------------|
| Dolores Lafuente Gumiel    | Auxiliar Enfermería   | CRP del Pilar     |
| Lucia Perez Gimenez        | Terapeuta Ocupacional | CRP del Pilar     |
| Arancha Munarriz Aranguren | Auxiliar enfermería   | CRP del Pilar     |
|                            |                       |                   |
|                            |                       |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

FORMALIZAR POR ESCRITO EL COMPROMISO DE LOS PACIENTES CON TMG DE PARTICIPAR EN SU PROPIO PROCESO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

LOS PACIENTES INGRESADOS NO TIENE INFORMACION POR ESCRITO DEL CONTENIDO DE LOS TALLERES EN LOS QUE VAN A PARTICIPAR.

LA FALTA DE COMPROMISO DEL PACIENTE CON T.M.G DIFICULTA EL PROCESO TERAPEUTICO, SI SE FORMALIZA CON UN CONTRATO TERAPEUTICO, SE PUEDE CUANTIFICAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE.

LOS TALLERES OBJETO DE ESTA MEJORA SON AQUELLOS EN LOS QUE HAY UN MAYOR CONTROL DE LA ASISTENCIA Y QUE ESTAN VINCULADOS A SUCESIVOS AVANCES EN SU PROCESO TERAPEUTICO. ESTOS SON:

- MODULO DE AUTONOMIA PERSONAL: TALLER DE COCINA Y TALLER DE LAVADORA.
- MODULO DE INSERCIÓN LABORAL: TALLER DE HABILIDADES PRELABORALES Y TALLER DE MANIPULADOS Y MONTAJES.
- GRUPOS TERAPEUTICOS TEMATICOS (MEJORA TU ECONOMIA, OCIO Y TIEMPO LIBRE...)

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

CUANTIFICAR Y OBJETIVIZAR EL COMPROMISO DE UN PACIENTE CON TMG DE IMPLICARSE EN SU PASO POR LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA.

QUE EL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA TOMA UN PAPEL ACTIVO EN SU PROCESO TERAPEUTICO

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

ENTREGA Y FIRMA POR PARTE DEL PACIENTE DEL CONTRATO TERAPEUTICO, QUEDANDOSE UNA COPIA EL PACIENTE Y OTRA EL TERAPEUTA OCUPACIONAL

ENTREGA DE LA HOJA INFORMATIVA QUEDANDOSE UNA HOJA EL PACIENTE. Y OTRA EL TERAPEUTA OCUPACIONAL

#### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

EL INDICADOR SERA EL NUMERO DE CONTRATOS Y HOJAS INFORMATIVAS INCLUIDAS EN LA HISTORIA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

-QUE EL 90% DE LOS PACIENTES TENGAN EL CONTRATO TERAPEUTICO EN LA HISTORIA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

-QUE EL 90% DE LOS PACIENTES TENGAN INCLUIDA LA HOJA INFORMATIVA EN LA HISTORIA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

De marzo de 2009 a marzo de 2010.

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>  |              |
|---|--------------|
| <i>Material/Servicios</i>   | <i>Euros</i> |
| CAMARA DIGITAL PARA LA UME ALONSO V PARA UTILIZARLA EN SALIDAS Y EXCURSIONES. | 300 €        |
| IMPRESORA A COLOR PARA TERAPIA OCUPACIONAL.                                   | 150 €        |
| LIBROS Y NOVELAS PARA EL TALLER DE LECTURA DE TERAPIA OCUPACIONAL             | 200€         |
| MATERIAL DE DIBUJO Y PLASTICA.  | 200€         |
|   |              |
|   |              |
| TOTAL   | 850€         |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD, ACCESIBILIDAD E INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLOGICO, A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA .

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

TERESA TEJERO LOPEZ

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HCU LOZANO BLESA

Sector de SALUD:

SECTOR III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

UNIDAD DE AISLAMIENTO Y HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO

Correo electrónico:

[tejero@salud.aragon.es](mailto:tejero@salud.aragon.es) // [teresa-tejero@hotmail.es](mailto:teresa-tejero@hotmail.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976567289, ext. 2907 // busca 302

| Nombre y apellidos       | Profesión  | Centro de trabajo |
|--------------------------|------------|-------------------|
| ALONSO BLESA TERESA      | AUX.ENF.   | HCU LOZANO BLESA  |
| ANDRES CONEJERO RAQUEL   | MEDICO     | HCU LOZANO BLESA  |
| BELLO ARRIAGA CONCHITA   | ENFERMERA  | HCU LOZANO BLESA  |
| CAUDEVILLA NAVAZ RUTH    | ENFERMERA  | HCU LOZANO BLESA  |
| CHAVEZ JAQUELINE         | ENFERMERA  | HCU LOZANO BLESA  |
| DOMENECH OMEDAS ANA      | ENFERMERA  | HCU LOZANO BLESA  |
| FERRANDEZ PEREZ Mª JESUS | AUX. ENFER | HCU LOZANO BLESA  |
| LAMBEA SORROSAL JULIO    | MEDICO     | HCU LOZANO BLESA  |
| RUTIA PILAR              | CELADORA   | HCU LOZANO BLESA  |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Este proyecto es continuación del anterior (2008), en el que algunos resultados se han conseguido en la totalidad, si bien en otras áreas queda por mejorar.

#### 1. PROBLEMA DE SEGURIDAD:

En la actualidad no existen registros de enfermería en el Hospital de Día (HD).

Atendemos a enfermos que tienen múltiples problemas de salud y la única información que tenemos de ellos es una hoja de solicitud de tratamiento. Cuando las enfermas y enfermos durante el tratamiento tienen alguna reacción adversa, problemas de toxicidad, o algún incidente, se registra en la hoja de tratamiento, que luego es difícil de recuperar para futuros episodios ya que no va a la Ha clínica. Tampoco se registra la

información relacionada con los accesos venosos y con otros problemas de salud, de gran importancia en un Hospital de Día Oncohematológico.

Proponemos la implantación de registros de enfermería, disponibles para todos los profesionales implicados en el proceso de cada enfermo o enferma. Con estos registros aumentará la seguridad

## 2. PROBLEMA DE ACCESIBILIDAD

Hemos conseguido hacer las extracciones el mismo día del tratamiento dejando la vía permeable para evitar dos punciones pero todavía queda por mejorar el hecho de que algunos enfermos que tienen tratamiento por la tarde vengan por la mañana para analítica.

Proponemos extracción de sangre tres horas antes de la administración del tratamiento, para ello hay que coordinar con los profesionales y servicios implicados

## 3. PROBLEMA DE INFORMACION

En el 2008 hemos realizado una hoja de acogida al HD y otra de información general sobre cuidados.

Pensamos que dada la diversidad de tumores, localizaciones, estadios y fármacos utilizados hay que complementar con una información más específica.

Proponemos la creación de una consulta de enfermería, donde además de otras actividades, se proporcione información sobre los efectos adversos de los tratamientos y los autocuidados necesarios para minimizarlos, ayudando al enfermo a desarrollar sus propias estrategias de afrontamiento.

## 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

### ACTIVIDADES REALIZADAS:

Del calendario previsto en el plan de mejora del 2008, se han realizado las siguientes actividades:

1. Formar equipo de mejora
2. Coordinación con otros profesionales
3. Se realizan las extracciones dejando la vía (central o periférica) permeable para administrar el tratamiento al 100% de enfermos que tienen analítica previa al tratamiento y a otros enfermos que teniendo tratamiento no precisan analítica para el mismo, pero sí la tienen pedida para otros controles, de esta forma mejoramos la accesibilidad al sistema y aumentamos la seguridad y el confort de los enfermos.
4. La celadora lleva la sangre al laboratorio, en 30 minutos trae los resultados, que se validan en el Hospital de Día; seguidamente se informa a farmacia para que prepare los tratamientos.
5. Se ofrece bocadillo al 100% de las enfermas y enfermos cuya estancia en la Unidad es mayor de 3,5 horas y el intervalo del tratamiento coincide con las 14 horas.
- 6 y 7 Hemos elaborado una hoja de acogida al hospital de día y otra de información sobre cuidados
8. Se ha elaborado la encuesta de satisfacción.
9. Indicadores con resultados:
  - \_Nº de pacientes que precisan menú y ha sido ofertado en HD- 100%
  - \_Existencia de folleto de acogida: SI

\_Existencia de agenda de citación para pacientes en HD: SI

\_Demora actual y demora tras la implantación de la agenda: ahora estamos midiendo la demora y codificándola según las causas que la producen. Antes de la implantación del sistema de citas actual, la demora era algo habitual, ahora es puntual, aunque se puede mejorar, en eso estamos trabajando.

\_Grado de satisfacción de los pacientes: en este punto hemos elaborado una encuesta de satisfacción, estamos haciendo una prueba piloto

\_Grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida, no tenemos resultados, ya que hemos comenzado a dar información el 22 de Diciembre. Hemos ido más lento de lo esperado debido a cambios en el personal de enfermería y a una gran presión asistencial en el primer semestre del año.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. **Mejorar la seguridad** de las enfermas y enfermos que acuden a tratamiento al HD
2. Mejorar la **accesibilidad** de las personas que vienen a tratamiento en horario de tarde y precisan analítica
3. Mejorar la **información y comunicación** entre profesionales y pacientes, con esto también aumentará la seguridad y la satisfacción de los usuarios del HD
4. **Ahorro de recursos** en otros niveles del sistema y en el propio hospital

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

### MEDIDAS

1.\_Ajustar equipo de mejora a los cambios de plantilla y coordinación del mismo  
Responsable: Teresa Tejero López (supervisora)

2.\_Coordinación con otros profesionales y servicios  
Responsable: Teresa Tejero López

3.\_Diseño consulta de enfermería  
Responsables: Ruth Caudevilla, Ana Domenech y Teresa Tejero

4.\_Elaborar información y recomendaciones específicas para cada patología y/o línea de tratamiento  
Responsables: Julio Lambea y Ruth Caudevilla

5.\_Pasar encuesta de satisfacción  
Responsables: Ana Domenech, Conchita Bello y Yaquelín Chávez

6.\_Medir indicadores y analizar resultados  
Responsables: equipo de mejora

## 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización



|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>               |              |
|--|--------------|
| <u>Material/Servicios</u>                      | <u>Euros</u> |
| ASISTENCIA A JORNADAS DE FORMACIÓN Y CONGRESOS | 1000         |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
| TOTAL  | 1000         |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Detección de incidencias en los tratamientos radioterápicos

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Miguel Canellas Anoz

Profesión: Radioíscico Hospitalario

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc): Hospital Universitario Lozano Blesa

Sector de SALUD: III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Servicio de Física y Protección radiológica

Correo electrónico: mcanellas@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976768839 (2848)

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

| Nombre y apellidos                     | Profesión                | Centro de trabajo        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Araceli Hernández Vitoria            | Radioíscico Hospitalario | Hospital U. Lozano Blesa |
| 2 Esther Millán Cebrián                | Radioíscico Hospitalario | Hospital U. Lozano Blesa |
| 3 Alejandro García Romero              | Radioíscico Hospitalario | Hospital U. Lozano Blesa |
| 4 Elena Luengo Tolosa                  | Técnico Sup RT           | Hospital U. Lozano Blesa |
| 5 Rosa Villalba Pellejero              | Técnico Sup RT           | Hospital U. Lozano Blesa |
| 6 Aurora Aguirre Collado               | Técnico Sup RD           | Hospital U. Lozano Blesa |
| 7 M <sup>a</sup> Lusía Ferrer González | Técnico Sup RT           | Hospital U. Lozano Blesa |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Las técnicas de tratamiento radioterápico se van haciendo más complicadas conforme se van disponiendo de más medios para poder realizarlas, con lo cual el riesgo de cometer errores se va incrementando si no se establecen mecanismos de control.

Dado que un tratamiento radioterápico dura habitualmente varias semanas, uno de dichos mecanismos es revisar la ficha de tratamiento a lo largo del mismo para comprobar que se viene aplicando según lo previsto, registrar las incidencias encontradas y establecer los métodos necesarios para tratar de evitar que éstas se repitan.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Detectar las incidencias más frecuentes que ocurren en los tratamientos radioterápicos actuales y que puedan ocurrir en las nuevas técnicas que se prevé implantar.

Fijar métodos de trabajo en colaboración con el Servicio de Radioterapia, dado que es en él donde se realizan los tratamientos, para tratar de evitar dichas incidencias.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La forma prevista de realizar la mejora propuesta es la siguiente:

Realizar un control semanal de la ficha de tratamiento que cumplimentan manualmente los profesionales en cada sesión del mismo y compararlos con los datos registrados de forma automática en la base de datos conectada con el acelerador así como con el plan de tratamiento previsto.

Las personas que van a realizar este control son los radiofísicos mencionados en el apartado 3 ayudados por los técnicos que figuran en el mismo apartado.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización.

Los indicadores previstos son los siguientes:

% de incidencias detectadas con repercusión en la dosis recibida por el paciente, tras la cual sea necesario realizar un estudio dosimétrico adicional

% de incidencias detectadas sin repercusión en la dosis recibida por el paciente, fácilmente subsanable.

Análisis del registro: Anualmente

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Se trata de un proceso continuo.

Inicialmente:

Establecer contacto con otros Centros que ya realicen las técnicas de Radioterapia que se quieren implantar en el Hospital Clínico Lozano Blesa para estudiar las dificultades de orden práctico diario que conlleva.

Diseñar un formulario de registro que resulte cómodo de usar en la práctica.

A lo largo el año, registrar las incidencias encontradas.

Al finalizar el mismo realizar la evaluación.

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>   |              |
|--|--------------|
| <i>Material/Servicios</i>  | <i>Euros</i> |
| Gastos derivados de desplazamientos a otros centros, permanencia en ellos e imprevistos. | 1000         |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
| <b>TOTAL</b>   | 1000         |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p>Mejorar la asistencia a mujeres inmigrantes ,diagnosticadas de diabetes gestacional, con la utilización de normas dietéticas , breves, concisas y escritas en uno de sus idiomas habituales , francés e inglés.</p> |
|---|

|  |
|--|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos<br/>M.A.Sancho</p> <p>Profesión<br/>Médico adjunto Servicio de Endocrinología</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br/>Hospital universitario "Lozano Blesa"</p> <p>Sector de SALUD:<br/>III</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br/>Servicio de Endocrinología y nutrición (Prof.E. Faure)</p> <p>Correo electrónico:<br/>ende.hcu@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/>976556400 extensión : 162554 /164139</p> |
|--|

| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA |                                     |                   |
|--|-------------------------------------|-------------------|
| Nombre y apellidos                         | Profesión                           | Centro de trabajo |
| 1 A.F.Esteban                              | DUE Enfermera educadora en diabetes | HU "Lozano Blesa" |
| 2 B.Garcia                                 | MIR-4                               | "                 |
| 3 A. Ilundaín                              | MIR-3                               | "                 |
| 4 C.Cabrejas                               | MIR-2                               | "                 |
| 5 J.Altemir                                | MIR-1                               | "                 |
| 6 Prof.E.Faure                             | Jefe de Servicio de Endocrinología  | HU "Lozano Blesa" |
|  |                                     |                   |

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En los últimos años ha aumentado de manera considerable el número de pacientes inmigrantes atendidas en la consulta de diabetes y embarazo del Servicio de Endocrinología y nutrición e HU "Lozano Blesa".

El desconocimiento que estas mujeres tienen del idioma español hace que necesiten un acompañante que realiza funciones de interlocutor. Es complicado para ellas seguir las indicaciones terapéuticas por su dificultad de comunicación y de comprensión e los textos escritos en español. Esto se traduce en mal control glucémico con el consiguiente riesgo para el desarrollo normal del embarazo y el parto.

Ha parecido prioritario elaborar el documento "DIETA PARA DIABETES GESTACIONAL" escrito en francés o inglés, con indicaciones precisas, concretas y sencillas, de manera que pueda ser leído diariamente como ayuda en el seguimiento el tratamiento.

**Fuente de información**

- Evaluación diaria del trabajo asistencial por parte de la enfermera educadora en diabetes y de los médicos que atienden la consulta de diabetes y embarazo.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Todas las mujeres inmigrantes atendidas en la consulta de Diabetes y Embarazo recibirán el documento "Dieta para diabetes gestacional" en dos idiomas : español y francés (o inglés). Anexo 1
2. Mejorar el cumplimiento dietético:
  - 2a) disminuir la variabilidad de la glucemia, mostrada en los autoanálisis de glucemia capilar.
  - 2b) incremento de peso adecuado a gestación , edad y peso previo al embarazo..

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. En la primera visita en la consulta de Diabetes y embarazo explicar la dieta prescrita y a continuación entregar el documento "Dieta para diabetes gestacional" escrito en español y en francés ( o ingles).

2. Repasar la dieta y autoanálisis de glucemia capilar ,en visitas sucesivas.

3. Control de peso.

Responsables :

- M.A.Sancho . Médico adjunto del Servicio de Endocrinología.
- A.F.Esteban. DUE. Enfermera educadora en Diabetes. Serv.Endocrinología.
- B.Garcia. Medico Resdente -4 de Endocrinología y nutrición.
- A. Ilundain. Médico Residente-3 de Endocrinología.
- J. Altemir . Médico Residente-1 de Endocrinología.
- Prof.E.Faure . Jefe de Servicio de Endocrinologia.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nº pac. inmigrantes que reciben el documento "Dieta para DG"/ Nº pacientes inmigrantes atendidas en la consulta de Diabetes y Embarazo X 100

Nº Pac. Inmigrantes que siguen la dieta indicada/ Nº pacientes inmigrantes atendidas en la consulta de Diabetes y Embarazo X 100

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio : Marzo 2009

Primer control : 1 mes.

Segundo control : 2 meses.

Final : Diciembre 2009



|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

**ANEXO 1**  
**RÉGIME DIÉTÉTIQUE POUR DES PATIENTS DIABÉTIQUES ENCEINTES**

PETIT DÉJENEUR : 200 cc de lait écrémé ou demi-écrémé ou un yaourt naturel écrémé.  
150 grs. d 'orange ou de fraises.  
50 grs de pain ou 45 grs de gâteau-sec.

DANS LA MATINÉE : 10 grs de charcuterie (poulet ou dindon)  
(ou entre 11h-12h) 150 grs de mandarines ou de prunes  
50 grs de pain.

DÉJEUNER : 300 grs de légumes verts (sauf carottes, betteraves ou oignons)  
150 grs de riz, ou semoule ou pâte ou pommes de terre, cuits.  
  
150 grs de viandes ou poissons  
120 grs de pommes ou pobres  
50 grs de pain.

GOÛTER : Tout comme le petit déjeuner,

DÎNER : Tout comme le déjeuner.

AVANT DE SE COUCHER : 200 cc de lait écrémé ou un yaourt écrémé.

HUILE : 6 cuillerées à soupe à distribuir pour tous le repas.

BOISSONS : de l'eau , des infusions et des rafraîchissements sans sucre (ligh)

NE PAS PENDRE SUCRE NI SORBITOL

PREPARATION DES RÉPAS : planche , cuit et au four.  
(Forme de cuisson) Eviter les frits, les enrobés et les panés.

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <p><b>1.- TÍTULO</b><br/>         Actualizar conocimientos y actitudes en personal D.U.E. en planta de Endocrinología y Diabetes para mejorar la asistencia clínica y disminuir el riesgo en el paciente ingresado con patología multisistémica.</p> |
|--|

|  |
|--|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br/>         Nombre y apellidos Prof.Eduardo Faure</p>  |
| <p>Profesión<br/>         Jefe de Servicio de Endocrinología y nutrición.</p>  |
| <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)Hospital universitario "Lozano Blesa".</p>   |
| <p>Sector de SALUD:<br/>         Sector III</p>  |
| <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Endocrinología y Nutrición</p> |
| <p>Correo electrónico:<br/>         endh.hcu @salud.aragon.es</p>  |
| <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-556400</p>  |

|   |                         |                   |
|---|-------------------------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |                         |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión               | Centro de trabajo |
| M.A. Sancho                                       | Médico                  | HU "Lozano Blesa" |
| E.Aguillo   | Médico                  | "                 |
| A.Esteban   | DUE Enfermera educadora | "                 |
| C.Langarita                                       | Supervisora planta 11   | HU "Lozano Blesa" |
| Personal planta de Endocrinología                 | DUE, Auxiliar clinicas  | "                 |
|   |                         |                   |
|   |                         |                   |

|  |
|--|
| <p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b><br/>         Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>En la evaluación de la tarea asistencial se ha detectado :</p> <p>a) <u>Dificultad en la asistencia episodios</u> de descompensación aguda de la glucemia : hipoglucemia basal,hipo/hiperglucemia inesperada, transferencia de percusión endovenosa de insulina a insulina subcutánea.<br/>         Ello supone riesgo para la estabilidad metabólica de los pacientes y puee prolongar la estancia hospitalaria.</p> <p>b) <u>Dificultad en la realización de pruebas diagnósticas dinámicas</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prueba de privación de agua,</li> <li>2. prueba de ayuno,</li> </ol> |
|--|

3. perfil de cortisol,
4. pruebas de frenación suprarrenal.

Puede suponer la necesidad de repetición de prueba.

#### Modo de detección

1. Evaluación de tarea asistencial diaria.
2. Solicitud por el personal de enfermería de realización de cursos de actualización en diabetes y protocolos diagnósticos en Endocrinología.

#### Priorización

Formación y actualización . en

1. Insulinas. Farmacocinética. Diferencias entre las distintas insulinas en uso.
2. Pautas diferentes de administración de insulina.
3. Problema más frecuentes : tratamiento de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus.
4. Importancia de la cronología correcta en la realización de un test dinámico : necesidad de aplicar un protocolo acordado.

La causa del problema es la necesidad de :

- Actualización de conocimientos
- Comentar en el equipo asistencial ,los protocolos diagnósticos que se van a aplicar.

Fuente : Evaluación de la tarea asistencial.

### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Asistencia correcta a los episodios de hipoglucemia basal que pueden observarse en el paciente diabético ingresado en planta de Endocrinología .
2. Asistencia según protocolo, a los episodios de hipo/hiperglucemia inesperados.
3. Aplicación del protocolo de transferencia de insulina endovenosa a insulina subcutánea.
4. Etiquetado correcto de las muestras de los test dinámicos.

### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Actualizar conocimientos en la asistencia al paciente diabético o endocrinológico

Medidas previstas :

Realizar curso de formación teórico-práctica con el siguiente programa :

1. Insulinas. Clases y procedimientos de administración.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

2. Pautas de administración de insulinas. Diabetes mellitus 1, 2.
3. Hiperglucemia hospitalaria .Administración de insulina endovenosa. Trasferencia de insulina endovenosa a insulina subcutánea..Pautas de administración de insulina subcutánea. Pautas correctoras.
4. Complicaciones agudas : cetoacidosis, hipoglucemia, síndrome hiperosmolar .
5. Protocolos diagnósticos en Endocrinología : pruebas dinámicas en estudio de: Glandula suprarrenal y neurohipófisis.

Responsables :

Prof.E.Faure ,Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. HU "Lozano Blesa".

M.A.Sancho ,Médico adjunto

E.Aguillo , Médico adjunto

A.F.Esteban ,DUE, enfermera educadora en diabetes.

C.Langarita ,supervisora planta 11,

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nº de hipoglucemias basales tratadas según protocolo/Nº hipos basales observadas  
X 100

Nº hipoglucemias ocasional tratadas según protocolo/Nº hipoglucemias observadas  
X 100

Nº pac. con trasferencia insulina ev a sc según protocolo/Nº pac trasferencia observados X100

Nº pruebas de la sed realizado según protocolo /Nº pruebas de la sed realizadas  
X100Nº pruebas de ayuno realizadas según protocolo / Nº pruebas de ayuno realizadas  
X 100

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio : Mayo 2009-

Control intermedio :

a)Complicaciones agudas : el 1º control se realizará de forma inmediata a la corrección de la hipoglucemia. Evaluación estadística a 1 y 3 meses

b) tests dinámicos : el 1º control durante la realización el test..Control intermedio a los 3 meses.

Final : noviembre 2009.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN EL USO CORRECTO DE LOS INHALADORES PARA LOS PACIENTES CON PATOLOGIA AÉREA. SEGUIMIENTO Y CONTROL AMBULATORIO.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARMEN BENITO AZNAR

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

C.M.E. Inocencio Jiménez. Servicio Jerarquizado de Neumología

Sector de SALUD:

SECTOR ZARAGOZA 3

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Consulta Neumología

Correo electrónico:

carbeaz@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976344000 Ext 904

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

| Nombre y apellidos         | Profesión | Centro de trabajo      |
|----------------------------|-----------|------------------------|
| Amelia Ballesteros Abeijón | Enfermera | Inocencio Jiménez      |
| Pilar Roche Roche          | Médico    | HCU- Inocencio Jiménez |
|                            |           |                        |
|                            |           |                        |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

#### PROBLEMAS:

1. Ineficacia del tratamiento y/o abandono del tratamiento.
2. Reingreso por mal cumplimiento del tratamiento.
3. Diversidad de inhaladores en el mercado con diferentes técnicas para utilizarlos.
4. Técnica para su utilización.

#### IMPORTANCIA:

1. Uso correcto de los inhaladores.
2. Eficacia en el tratamiento.
3. Por su importancia económica, ya que la utilización de inhaladores de forma incorrecta no aporta beneficios y sí un alto coste económico.

#### UTILIDAD:

1. Aumento del nº de pacientes que mejorarán su patón respiratorio, aumentando su calidad de vida.

**MÉTODOS DE DETECCIÓN:**

1. Observación por parte del personal de la mala técnica en el uso de inhaladores.

**POSIBLES CAUSAS:**

1. Desconocimiento técnico por parte del personal sanitario y falta de tiempo necesario para instruir de forma correcta a los pacientes.
2. Desconocimiento del beneficio del tratamiento para su patología.

**PRIORIDADES:**

1. Facilitar y hacer comprender a los pacientes la importancia del buen uso que nos proporciona la medicación por vía inhalatoria para obtener resultados óptimos.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Conocimiento de los beneficios del tratamiento.
2. Utilización correcta de los inhaladores.
3. Eficacia del tratamiento.
4. Disminución de reingresos por mala aplicación del tratamiento y/o su abandono.
5. Eliminación de problemas en la mucosa oral.

Mejoría en su calidad de vida.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Búsqueda de documentación y bibliografía.
2. Formación continuada de los profesionales que van a participar en el programa mediante talleres teórico-prácticos.
3. Elaboración de protocolos de los diferentes tipos de inhaladores.
4. Educación sanitaria mediante charlas programadas a los pacientes y familiares.
5. Educación sanitaria individualizada.
6. Elaboración de encuesta de satisfacción y escala de valoración de la técnica.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Los indicadores serán de resultados:

1. Nº de pacientes que aplican bien la técnica antes de recibir formación y nº de pacientes que aplican bien la técnica después de recibir formación.
2. Encuesta de satisfacción.
3. Nº de pacientes que solicitan ayuda.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. ABRIL-MAYO: Formación del personal sanitario, búsqueda de documentación y bibliografía.
2. JUNIO: Realización de protocolos, elaboración de encuesta de satisfacción y la escala de valoración, preparación de las charlas formativas, elaboración de trípticos y documentos de apoyo para la educación sanitaria.
3. SEPTIEMBRE: inicio de la educación sanitaria, realización de la escala de valoración del uso correcto de inhaladores.
4. NOVIEMBRE: Realización de encuestas de satisfacción.

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>  |              |
|---|--------------|
| <i>Material/Servicios</i>   | <i>Euros</i> |
| ESPACIO DONDE ATENDER A LOS PACIENTES   |              |
| DISPOSITIVOS DISPONIBLES EN EL MERCADO CON PLACEBO PARA UTILIZAR CON LOS PACIENTES, CÁMARAS, ESPACIADORES Y BOQUILLAS DESECHABLES ADAPTADAS A LOS DIFERENTES SISTEMAS |              |
| MATERIAL AUDIOVISUAL  |              |
| CONSULTA DE ENFERMERIA  |              |
| TRÍPTICOS, PROTOCOLOS, DOCUMENTACIÓN...   | 1.200        |
|   |              |
|   |              |
| TOTAL   | 1.200        |

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <b>1.- TÍTULO</b><br>MEJORA DE TRAZABILIDAD DE LOS REGISTROS DEL SERVICIO DE TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS |
|---|

|   |
|---|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>   |
| Nombre y apellidos<br>José Antonio Moreno Chulilla  |
| Profesión<br>Facultativo Especialista de Area Hematología y Hemoterapia   |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>H.C.U. Lozano Blesa  |
| Sector de SALUD:<br>Sector III  |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br>Hematología y Hemoterapia |
| Correo electrónico:<br>bsan.hcu@salud.aragon.es   |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976 55 64 00 ext. 164305-06-07   |

|   |                       |                   |
|---|-----------------------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |                       |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión             | Centro de trabajo |
| 1 Pilar Nieves Crespo                             | Enfermera-Supervisora | HCU Lozano Blesa  |
| 2 Carmen Vilela Mera                              | Enfermera             | HCU Lozano Blesa  |
| 3 Sonia Calvo Martín                              | TEL                   | HCU Lozano Blesa  |
| 4 Maria José Piqueras Vicente                     | Auxiliar Enfermería   | HCU Lozano Blesa  |
| 5 Felipe Juste Sancho                             | Administrativo        | HCU Lozano Blesa  |
| 6 Miguel Angel Serrano Arcos                      | Informático           | HCU Lozano Blesa  |
|   |                       |                   |

|   |
|---|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  |
| Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...   |
| <p>Tal y como se establece por la Norma, es necesario disponer de un sistema de recogida de datos, a ser posible informático para garantizar el seguimiento absoluto (Trazabilidad) de una unidad de cualquier componente sanguíneo desde el origen al punto final, y en todos los pasos del proceso. En el momento actual se dispone de un sistema mixto (papel e informático) que no garantiza dicha trazabilidad por diferentes motivos (dispersión de los registros, pérdida de documentación por incidentes imprevisibles, degradación de determinados documentos escritos,...).</p> <p>La valoración efectuada de trazabilidad de hemoderivados realizada como consecuencia de realización de auditoria interna realizada en nuestro servicio dentro del proceso de certificación en calidad, nos ha puesto de manifiesto la posibilidad de mejora del indicador de trazabilidad, dado que se ha obtenido un resultado de un 73% de unidades exactamente trazadas. La normativa establece la necesidad de presentar</p> |

un 100% de trazabilidad correcta de cada unidad.

A esta necesidad, se suma el cambio de funciones de nuestro Servicio, dada la puesta en marcha del BSTA que asume la donación, preparación y distribución de componentes sanguíneos, lo que facilita la homogeneización de los registros generados, centrándose fundamentalmente en la Transfusión intrahospitalaria y en consecuencia centrado en pacientes hospitalizados.

La consecución de este objetivo contribuirá a maximizar los niveles de seguridad transfusional y sobre todo a mejorar la investigación de Efectos adversos de la Transfusión (Plan Nacional de Hemovigilancia).

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

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

Con la digitalización de los registros generados por el Servicio de Transfusión, se pretende conseguir una mayor seguridad en la conservación de dichos registros, que garantice la perfecta trazabilidad de los componentes sanguíneos desde su obtención en el donante hasta su transfusión y/o desecho. De esta manera incrementaremos de manera importante la seguridad y cumpliremos los estándares requeridos para la obtención de cualquier tipo de certificación en Calidad y además poder contribuir a una mejor explotación de los resultados obtenidos por el Sistema de Hemovigilancia que nos proporcionen oportunidades para maximizar la seguridad de la terapia hemosustitutiva en nuestro centro.

Como resultado secundario añadido se conseguirá reducir el espacio asignado a archivos en nuestro servicio facilitando y reduciendo el tiempo de localización tanto de informes clínicos como de documentos necesarios.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se pretende.

1. Establecer Procedimiento sobre Registros a conservar y periodo (según Norma CAT), Responsable José A Moreno.
2. Proceder a la actualización de todo el registro de trazabilidad existente según procedimiento establecido. Responsable Pilar Nieves (se realizará por todos los constituyentes del equipo de mejora pertenecientes al Servicio de Transfusiones).

Se procederá en este momento a la destrucción controlada de toda la documentación clasificada como obsoleta que no sea necesario conservar (según procedimiento hospitalario de destrucción de documentación confidencial). Así mismo se clasificará el resto de documentación como **Registrable**.

3. Elaboración de base de datos de Registros del Servicio de Transfusiones (Responsable Miguel Ángel Serrano)
4. Se procederá a digitalización (Responsable Auxiliar administrativo del Servicio de Transfusiones), con un orden preestablecido: 1.- Registros de Donaciones y Transfusiones antiguas (anteriores a existencia de sistema informático). 2.- Informes de Clínicos de Inmunohematología. 3.- Informes de Donantes rechazados definitivamente. 4.- Registro de ficha de seguridad transfusional de

los receptores.

5. Realización de la 1ª evaluación: Se procederá a comprobar la trazabilidad de las transfusiones realizadas durante el periodo establecido (se realizará la valoración de un mes correspondiente a Registros antiguos generados antes de disponer en nuestro servicio de sistema de gestión del banco de sangre, y un mes del periodo actual –posterior a 1994). Responsabilidad de todo el equipo de mejora realizándose una reunión conjunta.
6. Valoración de los resultados y puesta en marcha de medidas correctoras (responsabilidad de José A Moreno y Pilar Nieves)
7. Evaluación final. Se realizará una valoración de trazabilidad de todos los tipos de documentos en un periodo de un mes, correspondiente al último digitalizado (responsabilidad del equipo de mejora en reunión conjunta)

Durante todo el programa, se efectuarán reuniones de seguimiento de implantación y consecución de objetivos trimestralmente por parte del grupo de mejora.

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Se utilizarán los siguientes indicadores:

**Porcentaje de unidades con trazabilidad COMPLETA** (se tomarán al azar 10 hemoderivados recibidos en nuestro centro desde BSTA cada mes que suponen el 1% de los hemoderivados recibidos), con el objetivo de alcanzar durante el primer año un 95% de trazabilidad correcta.

**Tiempo máximo de digitalización de documento:** Número de documentos no digitalizados dentro de plazo (el porcentaje debe de estar por debajo del 10%). Se establece como tiempo máximo de digitalización, 1 mes desde su generación.

Así mismo mediante las reuniones trimestrales del equipo de mejora, se valorarán las dificultades encontradas para el cumplimiento de estos indicadores, así como valorar la metódica de actuación llevada a cabo para la selección de documentos.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio de proyecto

Marzo 2009. Constitución equipo de mejora

Marzo-Abril 2009.- Elaboración de procedimiento escrito sobre Selección de documentación obsoleta y registrable.

Marzo-Junio 2009.- Desarrollo de Base de Datos “Registro de Servicio de Transfusiones”

Junio-Noviembre 2009.- Digitalización de documentación generada hasta 31 de Diciembre de 2008.

Noviembre 2009.- Evaluación inicial de indicadores de seguimiento y valoración de las medidas correctoras y modificaciones necesarias en dependencia de indicadores de trazabilidad.

Diciembre 2009-Marzo 2010.- Digitalización hasta Febrero 2010.

Marzo 2010.- Evaluación final de implantación



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Mejora de la calidad en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión mediante la elaboración de una guía de práctica clínica.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

GEMMA GIRON JORCANO

Profesión

Supervisora unidad enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HCU

Sector de SALUD:

Área III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Medicina Interna "C"

Correo electrónico:

ggirón@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976556400 Extensión 162657

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

| Nombre y apellidos                | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------------------|-----------|-------------------|
| Ana Cristina Fernández Mur        | DUE       | HCU               |
| M <sup>a</sup> José Marco Navarro | DUE       | HCU               |
| Teresa Cuello Arazo               | DUE       | HCU               |
| Carmen Laita Zarca                | DUE       | HCU               |
| Pilar Sánchez Martín              | DUE       | HCU               |
| Pilar Andreu Vilanueva            | DUE       | HCU               |
| M <sup>a</sup> Fe González Mir    | DUE       | HCU               |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Las úlceras por presión suponen un grave problema de salud para el paciente, además de un coste económico elevado para el sistema de salud y una sobrecarga de trabajo para el personal de enfermería. Por ello, la subcomisión de úlceras por presión del Hospital Clínico se planteó la elaboración de una guía de práctica clínica que mejore la prevención y el tratamiento, que permita la unificación de criterios y que sirva de consulta para todo el personal implicado.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Unificación de criterios.

Mejora en la calidad de los cuidados.

Disminución de la incidencia de úlceras por presión.

Existencia de un soporte de consulta sobre prevención y tratamiento de las úlceras para todos los profesionales.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La subcomisión de enfermería mediante reuniones periódicas trabaja en la elaboración de una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica. Una vez terminada se pondrá en conocimiento de la comisión de enfermería que deberá evaluarla y decidir su puesta en marcha en el HCU.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Evaluar la satisfacción del personal de enfermería.

Medición de la prevalencia y estadiaje de úlceras por presión.

Detección de pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión (Norton inferior a 14)

Detección de pacientes con Norton menor de 14 que desarrollan upp.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

FEBRERO-MARZO 2009 FINALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LESIONES POR PRESIÓN.

MARZO- ABRIL 2009 entrega de la guía a la comisión de enfermería para su corrección y aprobación.

MAYO 2009 corrección de la guía si precisa.

Puesta en marcha con la mayor brevedad tras su aprobación.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
|---------------------------|--------------|
| Ordenador portátil        | 600          |
| 9 memorias USB 4GB        | 132          |
| Cámara de fotos digital   | 250          |
|                           |              |
|                           |              |
| TOTAL                     | 982          |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Carmen Langarita Ferrer

Profesión

ENFERMERA ( Supervisora unidad)

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HCU

Sector de SALUD:

Área III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Medicina interna planta 11

Correo electrónico:

mclangarita@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976556400 ext 162557

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

| Nombre y apellidos                | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------------------|-----------|-------------------|
| Carmen Carballo Ibañez            | AUXILIAR  | HCU               |
| Gemma Casado Agreda               | D.U.E.    | HCU               |
| Pilar Escabosa Caraballo          | D.U.E.    | HCU               |
| M <sup>a</sup> José Marco Navarro | D.U.E.    | HCU               |
| Juan Perez Calvo                  | MÉDICO    | HCU               |
| Isabel Resano García              | D.U.E.    | HCU               |
| Esther Rufas Clavera              | D.U.E.    | HCU               |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El usuario del sistema de salud se encuentra a su ingreso en planta con una serie de normas establecidas y un trato por parte de los profesionales que en ocasiones no coincide con sus deseos.

Creemos que conociendo más lo que el usuario y su familia desea y espera por parte de los profesionales, podríamos hacer su estancia más agradable y comfortable.

Muchos de estos cambios sólo suponen pequeñas modificaciones en la forma de trabajo pero para el usuario puede significar una estancia satisfactoria o por el contrario desagradable debido a pequeños detalles.

Con este proyecto se pretende conocer la opinión del paciente y familiares respecto a su trato con los profesionales de la planta.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Conocer la opinión del paciente y familiares respecto a su trato con los profesionales de la planta.

Obtener una serie de puntos de mejora.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño de una encuesta con preguntas cerradas y respuesta tipo test cuyo tema será el trato con el personal de la planta (médico, enfermeras y auxiliares).

Se entregará a pacientes con estancia mínima de seis días y se recogerá de forma anónima en una urna situada en el control de enfermería para tal efecto.

Los datos obtenidos serán analizados y a partir de ellos, se obtendrán los puntos de mejora.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nº de pacientes que han contestado.

Nº de pacientes satisfechos.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo 2009 elaboración de la encuesta.

Abril 2009 entrega de encuestas hasta un total de 80-100. Tiempo estimado 2meses.

Junio 2009 finaliza recogida de encuestas.

Septiembre- octubre 2009 análisis de datos.

Anexo

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)**

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <i>Material/Servicios</i> | <i>Euros</i> |
|---------------------------|--------------|
| MEMORIA USB 2 GB          | 15           |
|                           |              |
|                           |              |
|                           |              |
|                           |              |
| TOTAL                     | 15           |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> José Marco Navarro

Profesión

Enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HCU

Sector de SALUD: Área III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Medicina interna planta 11(Med. Int.R)

Correo electrónico:

mjosem28@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976556400 ext 162552

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

| Nombre y apellidos          | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------------|-----------|-------------------|
| 1 Elena Cameo Rico          | ENFERMERA | H.C.U             |
| 2 Gemma Casado Agreda       | ENFERMERA | H.C.U             |
| 3 Pilar Comín               | ENFERMERA | H.C.U             |
| 4 Ana Belén Gil             | ENFERMERA | H.C.U             |
| 5 Inmaculada Gracia Higuera | ENFERMERA | H.C.U             |
| 6 Carmen Langarita Ferrer   | ENFERMERA | H.C.U             |
| 7 Esther Rufas Clavera      | ENFERMERA | H.C.U             |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Un elevado nº de pacientes atendidos en nuestro servicio son de edad avanzada, dependientes y presentan, en muchos casos, un deterioro de la integridad de la piel que degenera en úlceras por presión de estadios avanzados .

Dada la complejidad de estas lesiones crónicas y la aplicación y continuidad de un tratamiento adecuado, junto con el numeroso personal que realiza las curas durante la estancia hospitalaria; creemos importante un soporte fotográfico, que unido al registro informático, proporcione mayor información sobre la evolución de las lesiones que van a tratarse.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mejorar la valoración de la lesión.  
Facilitar a la enfermera el seguimiento del proceso.  
Obtención de un registro que pueda mostrarse al paciente.  
Crear un archivo de imágenes que puedan ser utilizadas como material didáctico.  
Facilitar al equipo de atención primaria la continuidad de los cuidados.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La enfermera responsable del paciente tomará fotografía de la lesión en el momento del ingreso en planta o en cuanto se detecte la lesión.  
Se realizarán tomas seriadas en la 3ª cura y después semanalmente hasta el alta del paciente o curación de la lesión.  
Las fotografías se descargarán en un ordenador exclusivo para tal efecto junto con los datos del paciente y la cura realizada.  
Se guardará copia en soporte electrónico con la confidencialidad que precise.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Satisfacción del paciente.  
Evaluación del grado de la lesión al ingreso y al alta.  
Medición de tiempos de curación de la lesiones.  
Evaluación de la variabilidad del tratamiento aplicado en cada paciente.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo 2009 Reuniones del equipo de trabajo.  
Abril 2009 Inicio del proyecto.  
El proyecto se evaluará a los seis meses de su puesta en marcha. (Octubre – Noviembre 2009).

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u>           | <u>Euros</u> |
|-------------------------------------|--------------|
| CÁMARA DIGITAL                      | 260          |
| DISCO DURO                          | 120          |
| 4 MEMORIAS USB 4GB                  | 60           |
| TARJETA MEMORIA PARA CÁMARA DIGITAL | 30           |
| CDS                                 | 30           |
|                                     |              |
| TOTAL                               | 500          |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL USO CORRECTO DE LOS INHALADORES PARA LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA AÉREAS. SEGUIMIENTO Y CONTROL HOSPITALARIO

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA ISABEL GIMENO SANCHEZ

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

H.C.U LOZANO BLESA

Sector de SALUD:

SECTOR 3

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

NEUMOLOGÍA HOSPITALIZACIÓN

Correo electrónico:

Carbeaz hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765700 Ext 2511

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

| Nombre y apellidos      | Profesión  | Centro de trabajo |
|-------------------------|------------|-------------------|
| Conchita Seral Giravent | Enfermera  | H.C.U             |
| Rosa Hernandez Alaya    | Enfermera  | H.C.U             |
| Marisol Martin Delso    | Enfermera  | H.C.U             |
| Silvia Latorre Bartolo  | Enfermera  | H.C.U             |
| Sonia Marina Bedia      | Enfermera  | H.C.U             |
| Victoria Perez Torralba | Enfermera  | H.C.U             |
| Pilar Barra Aranda      | A.Enfermer | H.C.U             |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

#### PROBLEMAS

- 1 Ineficacia del tratamiento y/o abandono del tratamiento
- 2 Reingreso por mal cumplimiento del tratamiento
- 3 Diversidad de inhaladores en el mercado con diferentes técnicas para utilizarlos
- 4 Técnica para su utilización

#### IMPORTANCIA:

- 1 uso correcto de los inhaladores
- 2 Eficacia en el tratamiento
- 3 Por su importancia económica, ya que la utilización de inhaladores de forma incorrecta aporta beneficios y si un alto coste económico

#### UTILIDAD:

- 1 Aumento del nº de pacientes que mejoraran su patrón respiratorio, aumentando su calidad de vida

**METODOS DE DETECCIÓN:**

1 Observación por parte del personal de la mala técnica en el uso de de inhaladores

**POSIBLES CAUSAS:**

1 Desconocimiento técnico por parte del personal sanitario y falta de tiempo necesario para instruir de forma correcta a los pacientes

2 Desconocimiento del beneficio del tratamiento para su patología

**PRIORIDADES**

1 Facilitar y hacer comprender a los pacientes la importancia del buen uso que nos proporciona la medicación por vía inhalatoria para obtener resultados óptimos

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1 Conocimiento de los beneficios del tratamiento

2 Utilización correcta de los inhaladores

3 eficacia del tratamiento

4 Disminución de reingresos por mala aplicación del tratamiento y/o abandono

5 Eliminación de problemas en la mucosa oral

6 Mejoría en su calidad de vida

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1 Búsqueda de documentación y bibliografía

2 Formación continuada de los profesionales que van a participar en el programa, mediante talleres teórico prácticos

3 Elaboración de protocolos de los diferentes tipos de inhaladores

4 Educación sanitaria mediante charlas programadas a los pacientes y familiares

5 Educación sanitaria individualizada

6 Elaboración de encuesta de satisfacción y escala de valoración de la técnica.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Los indicadores serán de resultado:

1. Nº de pacientes que aplican bien la técnica antes de recibir formación y Nº de pacientes que aplican bien la técnica después de recibir formación

2. Encuesta de satisfacción

3. Nº de pacientes ingresados y nº de pacientes que reciben formación

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1 ABRIL-MAYO-Formación del personal sanitario, búsqueda de documentación y bibliografía.

2 JUNIO Realización de protocolos, elaboración de encuesta de satisfacción y la escala de valoración, preparación de las charlas formativas, elaboración de trípticos y documentos de apoyo para la educación sanitaria

3 SEPTIEMBRE inicio de la educación sanitaria hospitalaria realización de escala de valoración del uso correcto de inhaladores

4 NOVIEMBRE. Realización de encuestas de satisfacción



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Mai (madre) ... un plan de asistencia al parto y al nacimiento.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ernesto Fabre González.

Profesión: Médico.

Lugar de trabajo: Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Correo electrónico: [efabre@salud.aragon.es](mailto:efabre@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 556400 extensión 2214

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

| Nombre y apellidos                   | Profesión                          | Centro de trabajo           |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Pilar Pérez Hiraldo                  | Médico – Obstetricia y Ginecología | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Mauricio Tajada Duaso                | Médico – Obstetricia y Ginecología | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Alejandro Sanz López                 | Médico – Obstetricia y Ginecología | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Pilar Bejarano Asunción              | Médico residente – Obst Ginec      | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Beatriz Vicente López                | Médico residente – Obst Ginec      | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Purificación Ventura Faci            | Médico – Pediatría                 | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Pilar Collados                       | Médico residente – Pediatría       | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| M <sup>a</sup> Vicenta García Gimeno | Médico – Anestesiología            | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Antonio Lucas Hernández              | Médico residente – Anestesiología  | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Carmen Perales                       | DUE – Supervisora                  | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Esmeralda Castro                     | Matrona – Supervisora              | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| María Fe Peña Lierta                 | Matrona                            | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Blanca Jiménez Domínguez             | Matrona                            | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Eva Bujeda Blanco                    | Matrona                            | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Miguel García Martínez               | Matrona residente                  | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Virginia Ezquerro Cordón             | Matrona residente                  | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Trinidad Gistaín                     | DUE – nidos                        | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Ana Vecino Soler                     | DUE – dirección                    | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Ignacio Barrasa                      | Unidad de Calidad                  | Hospital Clínico. Zaragoza. |
| Elena Altarribas                     | Unidad de Calidad                  | Hospital Clínico. Zaragoza. |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El 2 de octubre de 2007 la Comisión de Dirección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza acordó iniciar las acciones destinadas a desarrollar la “**estrategia de atención al parto**” de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y los acuerdos adoptados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el día 10 de octubre de 2007, cuyos objetivos básicos son:

1. Promover el uso de prácticas clínicas en la asistencia al parto basadas en el mejor conocimiento disponible.
2. Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su

reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.

3. Incorporar la participación activa de las mujeres gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto para que se sientan protagonistas y responsables del parto.
4. Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y la criatura.
5. Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
6. Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicio para la asistencia al parto.

Para adecuar la asistencia al parto que se realiza en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza a la citada estrategia se procedió a la creación del grupo "**Grupo Mai (Madre) sobre Asistencia al Parto y Nacimiento**" del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, formado por médicos ginecólogos, pediatras, anestesiólogos y matronas y residentes de las especialidades citadas, enfermeras, auxiliares de clínica y miembros de la Unidad de Calidad del centro, que constituyen los profesionales citados en el equipo de mejora de esta memoria. Las actividades del grupo fueron autorizadas por la Dirección del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa con fecha 3 de diciembre de 2007.

El grupo Mai comenzó sus reuniones de trabajo en octubre de 2007; desde entonces desarrolla sus actividades con el objetivo de diseñar e implantar un plan de asistencia al parto y al nacimiento de acuerdo con los criterios enunciados previamente.

## 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Informe de continuidad:

Desde el comienzo del proyecto se han celebrado 14 reuniones de trabajo del grupo Mai. Se han aprobado los siguientes documentos: 1) Mai (madre) ... un plan de asistencia al parto y al nacimiento, 2) Medidas de rutina en el parto, 3) Rasurado perineal, 4) Enema en el parto, 5) Acompañamiento y apoyo emocional durante el parto, 6) Libertad de movimientos, 7) Ingesta de líquidos, 8) Amniotomía al comienzo del parto, 9) Episiotomía, 10) Alumbramiento, 11) Contacto piel-con-piel, y 12) Condiciones ambientales. En la primera semana del mes de febrero cuatro miembros del grupo acuden a realizar una estancia formativa en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Se ha elaborado un plan de parto que se oferta a la mujer que así lo solicita. Quedan por elaborar algunos documentos de los inicialmente previstos y poner en marcha las actividades divulgativas y formativas al personal sanitario previstas para el año 2009.

1. Se debe finalizar la elaboración de los siguientes documentos: 1) Alivio del dolor durante el parto, 2) Oxitocina de rutina, 3) Control del estado fetal, 4) tacto vaginal, y 5) Lactancia natural.
2. Se debe aprobar el documento definitivo del plan de parto incluyendo todos los acuerdos previos.
3. Se debe iniciar las acciones divulgativas educativas en el personal sanitario involucrado en la asistencia al parto.
4. Comprobar la aplicación de las medidas y conductas propuestas.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Se espera lograr un cambio en los conocimientos, actitudes y conductas de los profesionales involucrados en la asistencia al parto que permita ofertar una atención personalizada, basada en la evidencia científica, respetando el derecho de la mujer a su privacidad, y fomentando su participación en su parto, de acuerdo con las recomendaciones de la Consejería de Sanidad y Consumo de la DGA, en el borrador de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (septiembre de 2007) y en las recomendaciones de la SEGO sobre la Asistencia al Parto (febrero de 2008).

En todo momento se intenta huir de expresiones como parto humanizado, parto natural, parto no medicalizado, parto no intervenido, parto ecológico, o cualquier otra similar, ya que el objetivo no es ofertar métodos diferentes o contrapuestos de asistencia al parto, sino crear un estilo o forma de hacer, entender y atender a la mujer durante su parto que aúne la realidad científica con el respeto a la vivencia de la maternidad.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR****1. Identificar y seleccionar los problemas de mejora:**

- a. Diseñar, realizar y analizar una encuesta sobre las expectativas que tiene la mujer en relación con su parto, para conocer cuales son sus deseos sobre el cuidado y la asistencia que espera recibir durante su parto y la atención a su hijo.
- b. Realizar un estudio observacional sobre la situación actual de la práctica clínica en la asistencia al parto en el centro sanitario en relación con los siguientes aspectos, incluyendo la satisfacción sobre la asistencia recibida:
  - i. Acompañamiento familiar durante el parto.
  - ii. Información a la mujer y su familia.
  - iii. Medidas de rutina:
    1. Rasurado de periné.
    2. Enema de limpieza.
    3. Vía de perfusión endovenosa.
  - iv. Libertad de movimientos durante el parto
  - v. Condiciones ambientales.
  - vi. Ingesta de líquidos y sólidos.
  - vii. Alivio del dolor durante el parto.
  - viii. Amniorrexis y oxitocina de rutina.
  - ix. Control del estado fetal.
  - x. Tacto vaginal.
  - xi. Episiotomía.
  - xii. Asistencia al alumbramiento.
  - xiii. Contacto piel-con-piel madre hijo.
  - xiv. Lactancia natural.

**2. Analizar las causas y los procesos relacionados:**

- a. Analizar los resultados obtenidos y contrastar la práctica clínica que se realiza actualmente con la mejor evidencia científica disponible (biblioteca Cochrane, CLAP, CMA Infobase, Bandolero, etc.) incluyendo las recomendaciones sobre la asistencia al parto de la SEGO (febrero de 2008) y la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (septiembre de 2007).

**3. Planificar los cambios y/o acciones de mejora:**

- a. Discutir la información obtenida sobre cada uno de los puntos citados llegando a acuerdos bases que permitan elaborar para cada uno:

- i. Un **documento sobre la evidencia científica** (resumen) existente sobre el hecho analizado.
    - ii. Un **documento informativo** dirigido a todos los profesionales que participan en la asistencia al parto.
  - b. Elaborar un documento sobre **plan de asistencia al parto y nacimiento** (escrito) que permita a la mujer embarazada conocer la oferta de asistencia al parto que realiza el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y que se comprometen a cumplir y aplicar los profesionales sanitarios que desempeñan su actividad profesional en dichos centros.
  - c. Realizar un **programa de formación** destinado a todos los profesionales que de una u otra forma están involucrados en la asistencia al parto y al nacido en el hospital, incluyendo ginecólogos, pediatras, anestesiólogos, matronas, enfermeras, auxiliares de clínica, etc., bien en forma colectiva o por grupos profesionales, para difundir las acciones a realizar.
4. **Probar y verificar las medidas propuestas:**
  - a. Finalizada la etapa divulgativa y formativa aplicar el **plan de asistencia al parto y nacimiento** en la clínica durante un periodo de tiempo para conocer si es necesario realizar ajustes en el proceso diseñado e identificar los problemas potenciales y
5. **Monitorizar el proceso mejorado:**
  - a. Comprobar mediante un estudio observacional similar al descrito en el punto 1.b de este apartado si se han producido modificaciones en los conductas asistenciales ajustadas a objetivos de mejora deseados.

## **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

La evaluación del proyecto se realizará utilizando los siguientes criterios:

1. Indicador 1:
  - a. Elaboración de documentos divulgativos e informativos sobre
    - i. Acompañamiento familiar durante el parto.
    - ii. Información a la mujer y su familia.
    - iii. Medidas de rutina:
      1. Rasurado de periné.
      2. Enema de limpieza.
      3. Vía de perfusión endovenosa.
    - iv. Libertad de movimientos durante el parto
    - v. Condiciones ambientales.
    - vi. Ingesta de líquidos y sólidos.
    - vii. Alivio del dolor durante el parto.
    - viii. Amniorrexis y oxitocina de rutina.
    - ix. Control del estado fetal.
    - x. Realización del tacto vaginal.
    - xi. Episiotomía.
    - xii. Asistencia al alumbramiento.
    - xiii. Contacto piel-con-piel madre hijo.
    - xiv. Lactancia natural.
2. Indicador 2:

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

- a. Existencia del documento sobre el **Plan de asistencia al parto y nacimiento** del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza que incluya las recomendaciones contempladas en el borrador del documento sobre la Estrategia al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (septiembre 2008), incluyendo rasurado perineal, enema, episiotomía, alivio del dolor, etc.

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

**Fecha de inicio:** 1 de Abril de 2008

**Fecha de finalización:** 1 de Abril de 2010

##### **Caleandario:**

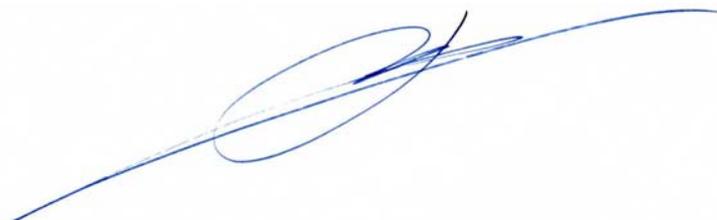
1. De 1 de Abril de 2008 a 1 de Junio de 2008:
  - Encuesta sobre expectativas de la mujer en relación con su parto.
  - Estudio observacional sobre las prácticas clínicas actuales en la asistencia al parto.
2. De 1 de Junio de 2008 a 1 de Enero de 2009:
  - Análisis de los resultados y su contraste con la evidencia científica para identificar los puntos de mejora.
  - Reuniones de trabajo para elaborar el documento sobre las evidencias científicas y el documento divulgativo en relación con los puntos de mejora.
  - Elaborar el documento sobre el **Plan de asistencia al parto y nacimiento**.
3. De 1 de Enero de 2009 a 1 de Abril de 2010:
  - Desarrollo de los cursos de formación destinados a los profesionales involucrados en la asistencia al parto.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

| <b>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</b>   |              |
|--|--------------|
| <i>Material/Servicios</i>  | <i>Euros</i> |
| Equipo de videoproyección dual: 1500-2000 lúmenes ANSI. Marca EPSON (según el catálogo de bienes homologados) <sup>1</sup> | 681          |
| Dispositivos de almacenamiento portátil, cds, dvds., etc.  | 219          |
| Papelería e imprenta.  | 300          |
| TOTAL  | 1200         |

Lugar y fecha:

Zaragoza, 20 de febrero de 2008



<sup>1</sup> El material informático inventariable solicitado en este proyecto se compartiría, en el caso de ser seleccionado, con el resto de los proyectos de iniciativas de mejora presentados por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza a la presente convocatoria.

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p>Acciones promotoras de información sobre la población general acerca de las posibilidades del diagnóstico prenatal. Publicación de un folleto informativo, divulgativo que incluya la estrategia de cribado prenatal de los defectos congénitos en nuestra área sanitaria (Area Sanitaria III de Zaragoza)</p> |
|--|

|   |
|---|
| <p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos<br/>Rafael González de Agüero Laborda</p> <p>Profesión<br/>Médico especialista Obstetricia y Ginecología</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br/>Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza</p> <p>Sector de SALUD:<br/>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br/>Sección de Ecografía, Diagnóstico y Tratamiento Fetal.<br/>Servicio de Obstetricia y Ginecología.</p> <p>Correo electrónico:<br/>rgonzalezag@sego.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/>976 556400 Ext 162226, 162225, 162229</p> |
|---|

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |           |  |
| Nombre y apellidos                                | Profesión | Centro de trabajo                        |
| Mercedes Sobreviela Laserrada                     | Médico    | Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. |
| Alejandro Sanz López                              | Médico    | Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. |
| Dolores Jiménez Martínez                          | Médico    | Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. |
| Mauricio Tajada Duaso                             | Médico    | Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. |
| Pilar Pérez Pascual                               | Auxiliar  | Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. |
| Pilar Alonso                                      | Auxiliar  | Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. |
| Ernesto Fabre González                            | Médico    | Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. |

|  |
|--|
| <p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></p> <p>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>Toda la actividad del Diagnóstico Prenatal es ampliamente demandada por la población general y en especial por las parejas que quedan embarazadas. Se exige una máxima eficiencia, hasta el punto de que cuando el sistema no detecta un problema, son frecuentes las demandas judiciales o patrimoniales.</p> <p>El procedimiento de detección prenatal tiene sus limitaciones, aún cuando se aplique correctamente. La tasa de detección está relacionada con la tasa de falsos positivos que se desee y que se acepte.</p> <p>Las posibilidades de la Consulta preconcepcional, 1ª consulta del embarazo, exploraciones ecográficas, determinaciones bioquímicas, técnicas invasivas y consultas de diagnóstico prenatal, deben ser conocidas por la población general, para ser aplicadas cuando sean necesarias.</p> <p>La terminología que se utiliza en Diagnóstico Prenatal es compleja y desconocida.</p> |
|--|

Disponer de información "a priori" siempre es útil para comprender mejor los problemas cuando aparecen.

Términos como "cribado", "riesgo", "probabilidad", "sensibilidad", "tasa de detección", "tasa de falsos positivos", técnicas invasivas", "amniocentesis, biopsia corial, cordocentesis", "defecto congénito", "cromosomopatía", "marcadores ecográficos de cromosomopatía", "Doppler", etc., etc. van a ser utilizados a lo largo de las consultas prenatales y las consultas de diagnóstico prenatal.

Todos ellos serán convenientemente explicados en términos asequibles para la mayor parte de la población, de tal forma que cuando se utilicen, tanto en sentido positivo como negativo, sean mejor comprendidos y las decisiones tomadas con más elementos de juicio.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Durante el año 2009, uno de los proyectos de calidad del Servicio de Obstetricia y Ginecología fue la elaboración de un documento de consentimiento informado para exploraciones ecográficas durante el embarazo. Este documento tiene anexo una hoja informativa sobre la estrategia de cribado de defectos congénitos en nuestra área sanitaria. Este documento describe las acciones que desarrollamos en nuestro servicio y nuestra área sanitaria, pero, forzosamente es complejo, dado que así lo es el conjunto del diagnóstico prenatal, en el que se atienden una enorme variedad de situaciones especiales. Incluso la terminología es muy específica y puede ser de difícil asimilación para el conjunto o una parte importante de la población.

En una primera fase, en un proyecto de mejora del Hospital Clínico Lozano Blesa, desarrollado parcialmente durante el año 2008, difundimos entre los médicos, matronas y personal sanitario de nuestra área sanitaria, todos los conceptos relacionado con la estrategia de diagnóstico prenatal de los defectos congénitos en nuestra área sanitaria. La última parte de este proyecto, conjunto con la difusión de la llamada "Guía Prenatal" se acabará de desarrollar durante la primera parte de este año 2.009.

Este proyecto que ahora se presenta, pretende facilitar la labor de todos los profesionales médicos y sanitarios que entran en contacto con mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil que quieren planificar su embarazo. La entrega de este documento divulgativo, facilitará las explicaciones que tenga que dar en consultas sucesivas.

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

Se espera conseguir que la mujer y su pareja comprendan mejor las posibilidades del diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. La información específica de su embarazo será de esta forma mejor asimilada y las decisiones serán tomadas con más elementos de juicio.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaborar un folleto divulgativo adecuado para ser comprendido por la mayor parte de la población, idealmente al menos el 90% de las parejas que hablen español y de origen español o hispanoamericano. Siendo realistas, el nivel cultural y de comprensión no es uniforme entre todas las embarazadas que acuden para ser atendidas en nuestra área sanitaria. Ello supone que si ponemos un listón tan bajo como para que sea fácilmente entendido por "todas" las parejas, resultará excesivamente simple para la mayor parte y no responderá a sus interrogantes. En los casos en que detectemos que el documento

no es comprendido por alguna pareja, deberemos explicarlo oralmente, hasta que sea suficientemente comprendido.

Sería deseable, en una segunda fase, la traducción a los idiomas de la mayor parte de la población inmigrante (árabe, rumano, chino, menos frecuente frances, inglés, ruso, polaco, búlgaro e italiano)

El folleto, una vez elaborado, será entregado a un grupo de 100-200 parejas no seleccionadas. Estas parejas serán entrevistadas a las 2 semanas de su recepción, para ver su grado de comprensión.

#### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Porcentaje de embarazadas que han recibido el documento divulgativo y en qué momento lo han recibido. Se preguntará a todas las embarazadas en el momento de la realización de la ecografía de la semana 20 si lo han recibido o no y en qué edad gestacional se encontraba en ese momento. Se desglosará por origen étnico (españolas, inmigrantes y país de origen).
2. Porcentaje de embarazadas que han comprendido la mayor parte de la información contenida en el folleto divulgativo. Los resultados se desglosarán por su origen étnico (españolas, inmigrantes y país de origen). Se elaborarán 10 preguntas a las que deben responder la pareja, en la que el evaluador juzgará si la pareja ha comprendido el concepto sobre el que se pregunta. Probablemente las preguntas serán con 4 respuestas en las que sólo habrá una válida. En este caso consideraremos válido el caso en el que al menos 8 de las 10 preguntas sean adecuadamente respondida

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas.

1ª Etapa. Elaboración del documento.

Se extenderá hasta Junio 2009

2ª Etapa. Fase de evaluación en grupo control.

Se extenderá hasta septiembre 2009

3ª Etapa. Fase de evaluación de los resultados.

Se extenderá hasta enero 2010

2ª Fase: Traducción a otros idiomas

Constituirá una prolongación del proyecto, para el año 2010.



|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <b>1.- TÍTULO</b><br>PROGRAMA DE ASISTENCIA AL MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO PRECOZ |
|--|

|   |
|---|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>   |
| Nombre y apellidos<br>Daniel Oros López   |
| Profesión<br>FEA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA   |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA  |
| Sector de SALUD:<br>ÁREA TRES   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br>SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA |
| Correo electrónico:<br>dorosl@salud.aragon.es   |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976765700 – EXT 162214   |

|   |             |                   |
|---|-------------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |             |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión   | Centro de trabajo |
| 1 José Vicente González Navarro                   | FEA OBS-GIN | HCU LOZANO BLESA  |
| 2 Manuel A. Romero Cardiel                        | FEA OBS-GIN |                   |
| 3 Daniel Orós Espinosa                            | Adjunto     |                   |
| 4 Patricia Bretón                                 | Residente   |                   |
| 5 Marta Garcés                                    | Residente   |                   |
| 6 Purificación Mateo Alcalá                       | FEA OBS-GIN |                   |
| 7 Ana Cristina Lou Mercadé                        | FEA OBS-GIN |                   |
| 8 Ana Ezquerro Giménez                            | FEA OBS-GIN |                   |
| 9 Pilar Pérez Hiraldo                             | JS          |                   |
| 10 Ernesto Fabre González                         | JS          |                   |
|   |             |                   |

|  |
|--|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>   |
| <p>Se considera como aborto la pérdida de la gestación por debajo de 500 gr ó 22 semanas de gestación. Por su frecuencia, etiología y manejo clínico se deben considerar 2 entidades clínicas diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aborto precoz: por debajo de la 12 semana de gestación.</li> <li>o Aborto tardío: entre la 13 y la 22 semanas de gestación.</li> </ul> <p>El aumento de la demanda obstétrica que venimos observando en los últimos años, ha supuesto no sólo el incremento del número de partos, sino lógicamente, también el diagnóstico de un mayor número de abortos. Durante 2008 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología se ingresaron 367 pacientes con el diagnóstico de aborto, lo que supone una media de 1,005 abortos por día. Los ingresos por aborto suponen el 48,5% de los ingresos obstétricos por patología durante la gestación, (excluyendo los ingresos de partos) con una estancia hospitalaria media de 1,18 días/paciente (IC 95% 0,95-1,4) y una estancia hospitalaria mediana</p> |

de 1 día/paciente (Rango 0-32). Aunque de forma tradicional el abordaje quirúrgico del aborto precoz ha sido el tratamiento generalizado, en los últimos años se han desarrollado nuevos protocolos que incorporan la posibilidad de ofertar a las pacientes el manejo médico cuando se cumplen unas condiciones adecuadas

Los objetivos planteados son:

- 1) Resolución del problema de la manera más temprana posible
- 2) Disminuir la estancia media hospitalaria
- 3) Incrementar la capacidad de decisión de las pacientes ampliando la oferta de terapias posibles
- 4) Mejorar la satisfacción de las pacientes en relación con la asistencia al aborto espontáneo precoz

Acciones a desarrollar, que no requerirían ningún tipo de incremento de medios materiales y humanos adicionales.

- 1) Realización de los legrados por la mañana y planteamiento de alta hospitalaria el mismo día por la tarde
- 2) Desarrollo de la oferta a las pacientes del manejo médico del aborto precoz espontáneo.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

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

- 1- Reducción de un 40% de la estancia media hospitalaria en los abortos espontáneos precoces
- 2- Desarrollo del manejo médico del aborto espontáneo precoz hasta alcanzar el 10% de los tratamientos realizados
- 3- Incrementar la satisfacción sobre la asistencia por parte de las pacientes.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

##### 1) Tratamiento quirúrgico

##### 1.1. Indicaciones

Indicaciones absolutas para el tratamiento quirúrgico:

1. Hemorragia excesiva
2. Inestabilidad hemodinámica
3. Evidencia o sospecha de restos intrauterinos infectados
4. Sospecha de enfermedad trofoblástica

##### 1.2. Procedimiento

Protocolo de actuación para la realización del legrado:

1. Tras el diagnóstico de aborto si las circunstancias clínicas y/o sociales lo permiten, citar a la paciente a las 8:30 de la mañana en las 24-48 horas siguientes, en la 4ª planta del Hospital Clínico.
2. Ingresar a la paciente, comprobar los análisis preoperatorios y consentimiento informado. Administración de 2 comprimidos de Cytotec® a la paciente vía vaginal.
3. Realizar el legrado a la largo de la mañana.
4. Si no existe contraindicación proceder al alta de la paciente durante esa misma tarde.

##### 2) Tratamiento médico

### 2.1. Indicaciones

- 1) Saco gestacional de menos de 24mm de diámetro.
- 2) Ausencia de indicación absoluta de legrado y aceptación por parte de la paciente.

#### Posología

Posología recomendada según los datos publicados para obtener una eficacia del 80-90% con la menor tasa posible de efectos secundarios:

**Aborto diferido:** Mifepristona 200mg (oral) + Administración 48 horas después Misoprostrol 200mg/8h x 3 dosis (vaginal / oral)

**Aborto incompleto:** Misoprostrol 200mg/8h x 3 dosis (vaginal / oral)

#### Control

Si se opta por el tratamiento médico se debe:

1. Informar a la paciente que debe acudir a urgencias en caso de signos de alarma
2. Citar para en consulta en 15 días para control clínico y ecográfico de la expulsión total de los restos abortivos.

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1- Estancia media de ingreso hospitalario por aborto espontáneo precoz
- 2- Tasa de tratamientos médicos realizados
- 3- Encuesta de satisfacción de las pacientes.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero –Junio 2009: Obtención del permiso para la administración de la Mifepristona  
Redacción y aceptación del consentimiento informado

Julio – Octubre 2009: Inicio de la aplicación del protocolo

Octubre 2009: Análisis interino de los resultados.

Diagnóstico y solución de problemas del procedimiento

Octubre – Diciembre 2009: 2º fase de desarrollo del protocolo

Enero 2010: Análisis definitivo de los resultados.



|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| 1.- TÍTULO<br>ANÁLISIS Y RACIONALIZACIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS |
|---|

|   |
|---|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO  |
| Nombre y apellidos<br>DANIEL OROS ESPINOSA  |
| Profesión<br>MEDICO ADJUNTO   |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA  |
| Sector de SALUD:<br>ÁREA TRES   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br>SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA |
| Correo electrónico:<br>dorose@meditex.es  |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:   |

|  |           |                   |
|--|-----------|-------------------|
| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA |           |                   |
| Nombre y apellidos                         | Profesión | Centro de trabajo |
| 1 MANUEL A. ROMERO CARDIEL                 | FEA OBS   | HCU LOZANO BLESA  |
| 2 ANA CRISTINA LOU MERCADÉ                 | FEA OBS   |                   |
| 3 PURIFICACIÓN MATEO ALCALÁ                | FEA OBS   |                   |
| 4 ANA EZQUERRA GIMÉNEZ                     | FEA OBS   |                   |
| 5 PEDRO GONZÁLEZ RAMOS                     | FEA OBS   |                   |
| 6 DANIEL ORÓS LOPEZ                        | FEA OBS   |                   |
| 7 PILAR PEREZ HIRALDO                      | JS        |                   |
| 8 ERNESTO FABRE GONZALEZ                   | JS        |                   |
| 9 PRADO ABAD                               | MATRONA   |                   |
| 10 ICIAR CENDEJAS                          | MATRONA   |                   |
| 11 Mª FE PENA                              | MATRONA   |                   |
| 12 Mª JOSE TABAN                           | MATRONA   |                   |
| 13 PILAR USON                              | MATRONA   |                   |
| 14 PATRICIA BRETON                         | MIR OBST. |                   |
| 15 MARTA GARCES                            | MIR OBST. |                   |
| 16 ( )                                     | EIR       |                   |
| 17 ( )                                     | EIR       |                   |

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

**INTRODUCCION**

El cambio de las condiciones sociales junto con la evolución técnica y científica de la obstetricia han producido en los países del primer mundo un ascenso paulatino de la tasa de cesáreas, siendo a día de hoy la intervención quirúrgica más realizada en el planeta. La evidencia actual describe la cesárea como una intervención cada vez más segura, e incluso con potenciales efectos no demostrados sobre el suelo pelviano de la mujer. No obstante la tasa de complicaciones que presenta sobre el parto es mayor (sobretudo infecciosas, y hemorrágica) así como de mayor gravedad. Además, la realización de una cesárea incrementa las posibilidades de realización de otra cesárea en sucesivos embarazos, limitando potencialmente la fertilidad de la mujer.

**SITUACIÓN ACTUAL**

El análisis de los partos en nuestro centro desde 2003 muestra una tendencia consolidada de la tasa de cesáreas y sus indicaciones. Durante el año 2008 se realizaron en nuestro centro 515 cesáreas, que supone una tasa de 1,41 cesáreas/día. Mientras que la estancia mediana en nuestro centro tras un parto es de 2 días, cuando se ha realizado una cesárea, la estancia mediana es de 5 días. Se debe diferenciar la tasa de cesáreas entre embarazos únicos y múltiples, puesto que representan dos escenarios diferentes. Los datos de nuestro centro en el periodo 2007-2008 son:

**1. Gestaciones únicas**

Tasa de cesáreas: 20,3%

Indicaciones: Presentación podálica: 20,5%

Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF): 28,2%

Fracaso de inducción (FI)– No progresión de parto (NPP) – Desproporción pélvico cefálica (DPC) : 39,4%

Cesárea interativa – profiláctica: 8,5%

Otras indicaciones: 3,5%

**2. Gestaciones múltiples:**

Tasa de cesáreas: 60%

Indicaciones: Presentación podálica : 28%

RPBF: 18%

FI – NPP – DPC: 8,3%

Cesárea interativa – profiláctica: 48,3%

**OBJETIVOS**

Los objetivos que planteamos son:

- 1) Disminuir la tasa de cesáreas en gestaciones únicas
- 2) Disminuir la tasa de cesáreas en gestaciones múltiples
- 3) Reducir la estancia mediana del ingreso tras cesárea
- 4) Mantener los resultados perinatales
- 5) Incluir a las pacientes en la toma de decisiones e incrementar su autonomía

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1- Reducir la tasa de cesáreas en gestaciones simples por debajo del 19%.
- 2- Reducir la tasa de cesáreas en gestaciones múltiples por debajo del 50%.
- 3- Reducir la estancia hospitalaria mediana tras cesárea en un 20%
- 4- Incrementar en un 30% la oferta de la versión externa
- 5- Disminuir las cesáreas por fracaso de inducción
- 6- Disminuir las cesáreas por RPBF

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Disminución de la tasa de cesáreas por presentación podálica: promoción de la versión cefálica externa.
- 2- Disminución de la tasa de cesáreas por presentación podálica: desarrollo de un protocolo de asistencia al parto en podálica, formación y promoción.
- 3- Disminución de la tasa de cesáreas por RPBF: formación y desarrollo en el control del bienestar fetal durante el parto mediante el uso del pH de calota fetal.
- 4- Disminución de la tasa de cesáreas por FI: desarrollo de un protocolo de actuación para el control de las gestaciones entre las 41 y 42 semanas.
- 5- Disminución de la tasa de cesáreas en gestaciones gemelares: desarrollo de un protocolo de asistencia al parto gemelar con segundo gemelo en presentación no cefálica, formación y promoción.
- 6- Disminución de la estancia hospitalaria tras cesárea: promoción de la oferta de alta precoz tras cesárea en pacientes sin complicaciones.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1- Tasa de cesáreas total en gestaciones únicas
- 2- Tasa de cesáreas total en gestaciones múltiples
- 3- Tasa de cesáreas por indicaciones en gestaciones únicas
- 4- Tasa de cesáreas por indicaciones en gestaciones múltiples
- 5- Tasa de versiones externas
- 6- Tasa de parto vaginal en podálica
- 7- Estancia mediana hospitalaria tras cesárea

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo – Junio 2009: Creación de los grupos de trabajo  
Elaboración de los protocolos asistenciales  
Formación y promoción de las acciones a desarrollar

Julio – Octubre 2009: Puesta en marcha de las acciones desarrolladas

Octubre 2009: Análisis interino de los resultados  
Identificación y resolución de los problemas relacionados con la puesta en marcha de las acciones

Noviembre 2009 – Febrero 2010: Desarrollo de las acciones reevaluadas

Marzo 2010: Análisis definitivo de los resultados.

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>    |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| <u>Material/Servicios</u>           | <u>Euros</u>        |
| <u>CAMARA VIDEO SONY DCR-SRSS E</u> | 559,91              |
| <u>SCANNER HP SCANJET 5590 C</u>    | <u>358,34</u>       |
|                                     |                     |
|                                     |                     |
|                                     |                     |
|                                     |                     |
|                                     |                     |
|                                     |                     |
|                                     |                     |
| <u>TOTAL</u>                        | <u>918,25 EUROS</u> |
|                                     |                     |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</b> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <u>1.- TÍTULO</u>  |
| <b>PROGRAMA DE ASISTENCIA A LA GESTANTE CON PRESENTACIÓN FETAL ANÓMALA</b> |

|   |
|---|
| <u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>   |
| Nombre y apellidos<br>MAUNUEL ÁNGEL ROMERO CARDIEL  |
| Profesión<br>FEA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA   |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA  |
| Sector de SALUD:<br>ÁREA TRES   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br>SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA |
| Correo electrónico:<br>mromeroc@sego.es   |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976 76 57 00 extensión 2201  |

|   |               |                   |
|---|---------------|-------------------|
| <u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u> |               |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión     | Centro de trabajo |
| DANIEL ORÓS ESPINOSA                              | ADJ OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| DANIEL ORÓS LOPEZ                                 | FEA OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| PEDRO GONZÁLEZ RAMOS                              | ADJ OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| M.FERNANDA SORIANO MEDINA                         | ADJ OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| FLORENCIA MARTÍNEZ CASAMAYOR                      | ADJ OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| ANA CRISTINA LOU MERCADÉ                          | FEA OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| ANA EZQUERRA GIMÉNEZ                              | FEA OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| PURIFICACIÓN MATEO ALCALÁ                         | FEA OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| PATRICIA IBÁÑEZ BURILLO                           | FEA OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| ANA FERNÁNDEZ SAINZ                               | FEA OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| SILVIA RUEDA MARIN                                | FEA OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| PILAR PÉREZ HIRALDO                               | JEFE SERVICIO | HCU LOZANO BLESA  |
| ERNESTO FABRE GONZÁLEZ                            | JEFE SERVICIO | HCU LOZANO BLESA  |
| NÉSTOR HERRAIZ ESTEBAN                            | MIR OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| PATRICIA BRETÓN                                   | MIR OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| MARTA GARCÉS VALENZUELA                           | MIR OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| MARÍA JOSÉ BOILLOS CALVO                          | MIR OBS-GIN   | HCU LOZANO BLESA  |
| CARMEN GARCÍA                                     | MATRONA       | HCU LOZANO BLESA  |
| JOSÉ LUIS PANZANO ESTUA                           | MATRÓN        | HCU LOZANO BLESA  |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</b> |
|-------|---|

|                           |         |                  |
|---------------------------|---------|------------------|
| TERESA SAGASTE            | MATRONA | HCU LOZANO BLESA |
| ESPERANZA BURILLO CUCALON | MATRONA | HCU LOZANO BLESA |
| ROSARIO OSTA LASHERAS     | MATRONA | HCU LOZANO BLESA |

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La asistencia a la gestante con feto en presentación fetal anómala es una de las cuestiones más controvertidas de la obstetricia actual. La conducta de los obstetras ha sido condicionada por estudios que han consagrado la cesárea como técnica de elección en estos casos por considerarla de menor riesgo materno y fetal. Sin embargo, con un análisis más profundo, se han alzado voces en contra de esta práctica, advirtiendo los peligros de la cesárea como causa de complicaciones graves maternofetales. Simultáneamente durante los últimos años se ha producido una falta de formación adecuada en la asistencia al parto de nalgas en las nuevas generaciones de obstetras, que junto a la presión de los usuarios, condiciona un progresivo abandono de técnicas que, correctamente aplicadas, resultan aptas y compatibles con una praxis correcta en la asistencia de estas gestantes. Puestas así las cosas consideramos necesario un abordaje integrador de la gestante con feto en presentación anómala, introduciendo a nuestro Servicio en la tendencia revisionista del tema que cada día con más fuerza va tomando cuerpo en la colectividad científica. Por otra parte llevamos un año de implantación de la versión externa (VE) como alternativa a la cesárea con resultados esperanzadores, por lo que consideramos oportuno introducir esta técnica junto con el parto vaginal de nalgas (PVN) dentro del presente programa de mejora. En concreto se trata de ofrecer a la gestante una asistencia de calidad, basada en la información de todas las posibilidades existentes de finalización de la gestación y en la libre elección de la mujer sobre su proceso, con profesionales capacitados técnicamente para conseguir un buen resultado perinatal.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

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

- 1- Consolidación de la Versión Externa en el servicio como alternativa a la cesárea en la presentación fetal podálica.
- 2- Incremento del número de partos vaginales en podálica, en detrimento de la cesárea electiva.
- 3- Descenso de la tasa de cesárea
- 4- Disminución de la morbilidad maternofetal
- 5- Disminución de la estancia media en Hospitalización obstétrica

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Coordinación y centralización de toma de decisiones en los casos de feto en presentación anómala
- 2- Información personalizada a la gestante de las alternativas existentes en su caso
- 3- Redacción de un protocolo del Servicio para la asistencia a la Gestante con feto en presentación anómala
- 4- Formación continuada de los equipos asistenciales

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1- Tasa de cesárea
- 2- Tasa de versiones externas por 100 gestantes con feto en podálica
- 3- Tasa de parto vaginal en podálica por 100 gestantes con feto en podálica

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

El programa se plantea a medio plazo para la consecución de los objetivos señalados. De entrada se prevé la centralización de tomas de decisión en el presente año. Junto a ello se realizará la información personalizada a las pacientes. La redacción del protocolo de asistencia se prevé para el segundo semestre del 2009 y los resultados consolidados se estiman para 2010.



|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</b> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <b>1.- TÍTULO</b><br><b>IMPLANTACIÓN DEL ALTA TEMPRANA EN HOSPITALIZACIÓN POSTPARTO</b> |
|---|

|   |
|---|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>   |
| Nombre y apellidos<br><b>MANUEL ANGEL ROMERO CARDIEL</b>  |
| Profesión<br><b>F.E.A. del Servicio de Obstetricia y Ginecología</b>  |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)<br><b>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Servicio de Obstetricia y Ginecología</b> |
| Correo electrónico:<br><b>mromeroc@sego.es</b>  |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br>976 76 57 00 extensión 2201  |

|   |                     |                   |
|---|---------------------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |                     |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión           | Centro de trabajo |
| Dr. Daniel Orós Espinosa                          | Adjunto Obst-Gin    | Hcu Lozano Blesa  |
| Dr. Gerardo Rodríguez Martínez                    | FEA Pediatría       | HCU Lozano Blesa  |
| Dr. José Antonio Moreno Chulilla                  | FEA Hematología     | HCU Lozano Blesa  |
| Dra. Carmen Blasco                                | FEA Bioquímica      | HCU Lozano Blesa  |
| Dr. Pedro González Ramos                          | FEA Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| Dra. Mercedes Sobreviela Laserrada                | FEA Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| Dra. Dolores Jiménez Martínez                     | FEA Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| Dr. Rafael González Agüero Laborda                | Jefe de Sección O-G | HCU Lozano Blesa  |
| Dr. Daniel Orós López                             | FEA Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| Dr. Alejandro Sanz López                          | FEA Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| Dr. Mauricio Tajada Duaso                         | FEA Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| Dra. Florencia Martínez Casamayor                 | Adjunto Obst-Gin    | HCU Lozano Blesa  |
| Dra. María José Boillos Calvo                     | MIR II Obst-Gin     | HCU Lozano Blesa  |
| Dr. Néstor Herraiz Esteban                        | MIR II Obst-Gin     | HCU Lozano Blesa  |
| D <sup>a</sup> Esmeralda Marco                    | Suhev.de Matronas   | HCU Lozano Blesa  |
| D <sup>a</sup> Victoria Esteban Cid               | Matrona             | HCU Lozano Blesa  |
| D <sup>a</sup> Blanca Salgado Beltrán             | DUE Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| D <sup>a</sup> Rosalba Golina Monreal             | DUE Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |
| D <sup>a</sup> Pilar Aragón Millán                | DUE Obst-Gin        | HCU Lozano Blesa  |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</b> |
|-------|---|

|   |              |                  |
|---|--------------|------------------|
| D <sup>a</sup> María José Hernández       | DUE Obst-Gin | HCU Lozano Blesa |
| D <sup>a</sup> Pilar Sánchez              | DUE Obst-Gin | HCU Lozano Blesa |
| D <sup>a</sup> Juan María Julián Campos   | DUE Obst-Gin | HCU Lozano Blesa |
| D <sup>a</sup> María Sanz                 | DUE Obst-Gin | HCU Lozano Blesa |
| D <sup>a</sup> Montserrat Lanceta Íñiguez | DUE Obst-Gin | HCU Lozano Blesa |
| D <sup>a</sup> Magdalena Ibarra Pérez     | Matrona      | C.S. Delicias    |
| D <sup>a</sup> Teresa Loranca Jiménez     | Matrona      | C.S de Tauste    |

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El presente proyecto es continuidad del presentado en 2008 y se encuentra en este momento en marcha.

Se pretende en el actual ejercicio consolidar el alta temprana en Hospitalización Obstétrica y se han introducido cambios en la composición del equipo por variaciones del personal.

La estancia media en hospitalización postparto se puede reducir de forma importante. En primer lugar la mayoría de las pacientes prefieren un alta precoz con reincorporación temprana a su hogar y familia. La mayoría de pacientes se beneficiarían de un alta temprana a las 36-48 horas postparto con el horizonte de bajar hasta las 24-36 horas en un período de tiempo corto, unos 12-18 meses.

Las ventajas son obvias: Para la propia mujer supondría una humanización del proceso reproductivo. Para el entorno familiar una pronta recuperación de la vida cotidiana y para el Hospital un ahorro importante de recursos materiales con aumento de la eficiencia de forma significativa.

Se necesita resolver algunos aspectos que retrasan el alta de la puérpera, con modificaciones administrativas, que no sanitarias, perfectamente identificadas. Asimismo se requiere un mayor grado de información a la paciente, mejora de los sistemas de acceso a los recursos por parte de la usuaria y coordinación con atención primaria para seguimiento de problemas en domicilio.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

- 1- Se ha conseguido el apoyo al alta temprana en el seno del Servicio de Obstetricia y Ginecología y de Pediatría, pactando el alta temprana a las 48 horas postparto y estableciendo estudios para reducirla a las 36 horas en 2009-2010
- 2- Las analíticas de grupo y rh se reciben dentro de la 24 horas postparto en el 90% de los casos
- 3- Se ha conseguido un seguimiento correcto del cribado de enfermedades metabólicas, observando una preferencia por parte de las pacientes de regresar al hospital desde su domicilio a las 24-48 horas para extracción de la muestra, en vez de permanecer ingresadas para realizar dicha extracción. Sería muy importante la asignación de recursos en los centros de atención primaria para descentralizar la extracción de muestras para cribado de metabolopatías, aspecto decisivo en las zonas más alejadas como Ejea y Tarazona, que cuentan con una infraestructura adecuada
- 4- Se ha conseguido la coordinación con Matronas de AP en el seguimiento extrahospitalario, realizando revisiones a la semana y a los 40 días.
- 5- Se han realizado estudios clínicos con la publicación de 4 comunicaciones presentadas al Congreso Nacional de Medicina Perinatal de la Sección de Medicina Perinatal de la Seg, celebrado en Tenerife en 2008.
- 6- Se ha elaborado el documento informativo de alta, pendiente de aprobación en Comisión.
- 7- Como objetivos pendientes quedan la elaboración una encuesta de salud percibida por las madres, el análisis de complicaciones neonatales y la asistencia neonatal

extrahospitalaria y su valoración.

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

Disminución de la estancia media en Hospitalización obstétrica postparto  
 Mejorar la percepción positiva del hecho reproductivo en la mujer puérpera  
 Disminuir el tiempo de recuperación de la mujer que ha dado a luz en su entorno familiar.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Apoyo al alta temprana en la asistencia en Hospitalización obstétrica en HCU Lozano Blesa de Zaragoza
- 2- Recepción de analítica de grupo y Rh del recién nacido en las primeras 24 horas
- 3- Cribado de enfermedades metabólicas neonatal en lugar de residencia
- 4- Valoración de pacientes subsidiarias de alta temprana a las 24 horas postparto
- 5- Elaboración de documento informativo al alta de la paciente con instrucciones y cuidados
- 6- Coordinación con matrona de atención primaria para seguimiento extrahospitalario
- 7- Registro de indicadores y seguimiento de la actividad

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1- Estancia media en hospitalización postparto en HCU Lozano Blesa de Zaragoza
- 2- Número de reingresos tras alta postparto, por complicaciones puerperales y neonatales

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Mayo de 2008

Fecha de finalización: Enero de 2010

Calendario:

- 1- Mayo 2008: Creación del grupo de mejora, nombramiento de sus miembros.
- 2- Junio 2008: Aprobación del documento informativo al alta de la paciente.
- 3- Junio 2008: Protocolo de atención extrahospitalaria
- 4- Junio 2008: Alta temprana (48 horas), pacientes, de bajo riesgo, de Zaragoza y su entorno cercano, Rh positivas.
- 5- Enero 2009: Alta temprana (48 horas) pacientes del Área III, de bajo riesgo.
- 6- Enero 2009: Alta temprana (24 horas) pacientes de bajo riesgo, de Zaragoza y



Anexo

*Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)***

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a vertical stroke.

Lugar y fecha: Zaragoza a 19 de febrero de 2009

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <p><u>1.- TÍTULO</u><br/> <b>MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE: INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA</b></p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u><br/> Nombre y apellidos<br/> Mauricio Tajada Duaso</p>   |
| <p>Profesión<br/> Médico ginecólogo</p>   |
| <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)<br/> Hospital Clínico Universitario.<br/> Servicio de Obstetricia y Ginecología</p> |
| <p>Correo electrónico:<br/> <a href="mailto:matajada@unizar.es">matajada@unizar.es</a></p>  |
| <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/> 976 765700 ext 2214 (secretaría)</p>  |

|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
| <u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u> |  |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión                              | Centro de trabajo |
| Rafael González de Agüero                         | Obstet-gin                             | HCU               |
| Pilar Pérez Hiraldo                               | Obstet-gin                             | HCU               |
| Ernesto Fabre González                            | Obstet-gin                             | HCU               |
| Carmen Royuela Martínez                           | Matrona                                | HCU               |
| Delia Legido Martínez                             | Matrona                                | HCU               |
| Alicia Cantero Saiz                               | Matrona                                | HCU               |
| Virginia Moreno                                   | Matrona                                | HCU               |
| Mariama Tunkara                                   | Mediadora sociocultural                |                   |
| Isatu Gerew                                       | Mediadora sociocultural                |                   |
| Coumba Sow  | Mediadora sociocultural                |                   |
| Voluntarios de médicos del mundo Aragón           | Médico, enfermera, asistente social... |                   |

|  |
|--|
| <p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u><br/> Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>Continuación del Proyecto de Calidad de mejora en la salud reproductiva en la población inmigrante iniciado y desarrollado muy satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad desde el año 2002.</p> <p>El proyecto de mejora en la salud reproductiva de la población inmigrante está dirigido en el momento actual en 2 líneas de actuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de documentos informativos de control prenatal más comprensibles para la población inmigrante.</li> </ol> |
|--|

## 2. Programa de prevención de la mutilación genital.

El Hospital San Jorge de Huesca y el Hospital Miguel Servet ya participan desde el año pasado en el programa de prevención de la mutilación genital femenina y se les ha ofrecido el material y la colaboración del equipo de mejora del Clínico y de los voluntarios de médicos del mundo Aragón. La mediadora Mariama Tunkara ya se ha desplazado en varias ocasiones a Huesca para intervenir en casos de mutilación genital detectados en el hospital San Jorge. Isatu y Coumba ya han completado su formación de forma satisfactoria para complementar el trabajo de Mariama en las entrevistas hospitalarias para la prevención de la mutilación genital.

## 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

### Prevención de MGF:

En el HCU y en el HUMS se ha intentado identificar y registrar todos los casos de MGF en 2008. Una vez detectados, se ha llamado a la mediadora sociocultural para que visitara a las mujeres durante su estancia en el hospital tras el parto.

La mayoría de las actividades se han realizado satisfactoriamente pero a raíz de la incorporación al programa del Hospital Miguel Servet, Mariama Tunkara, la única mediadora responsable de las entrevistas intrahospitalarias orientadas a la prevención de la MGF, se ha visto sobrepasada de trabajo y no ha podido acudir en ocasiones antes del alta hospitalaria de las madres ingresadas.

Para solucionar este problema durante el año hemos trabajado conjuntamente (Hospital Clínico, Hospital Miguel Servet y voluntarios de Médicos del Mundo) en la formación de dos nuevas mediadoras, Isatu Gerew (Nigeria) y Coumba Sow (Senegal) y elaboración de nuevos folletos y encuestas que les faciliten su trabajo de mediación.

### Análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades:

Se ha realizado el análisis estadístico del libro de paritorios del año 2008, en ambos hospitales, incluyendo los países del área subsahariana en los que la práctica de la mutilación genital femenina todavía está presente. Se han incorporado los datos de los nacimientos ocurridos en el Hospital Miguel Servet.

Folleto informativo de las características y tipos de MGF disponible en el cuarto de reanimación del recién nacido. Identificación de todas las mujeres con MGF que dan a luz en el HCU y HUMS. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido:

Se dispone del folleto informativo sobre MGF en el cuarto de reanimación del recién nacido y se ha identificado a los recién nacidos con riesgo de sufrir MGF (hijas de madres con MGF) en nuestros centros.

Se ha anotado en el libro de paritorios (no siempre) el tipo de MGF

independientemente del sexo de recién nacido (puede haber hermanas mayores u otros familiares que se benefician de la acción informativa).

Aviso a la mediadora sociosanitaria cuando se produce un nacimiento de una madre originaria de alguno de los países donde la práctica de la mutilación femenina es habitual. Entrevista personalizada por mediadoras ya formadas a estas familias para prevenir futuras mutilaciones.

Se ha contactado con Mariama Tunkara en todas estas circunstancias. En ocasiones el aviso a sido posterior al alta hospitalaria de la madre y la mediadora no ha podido realizar la actividad preventiva. Durante un periodo de 2008 Mariama viajó a Gambia y se interrumpieron las entrevistas. Se inició y ya se ha completado satisfactoriamente la formación de dos nuevas mediadoras. Mariama Tunkara ha realizado 12 entrevistas con las madres durante los días de estancia en el hospital. Isatu y Coumba han iniciado las entrevistas en 2009.

Talleres de información de control prenatal y planificación familiar a asociaciones de inmigrantes

Se han realizado talleres de control prenatal y planificación familiar en asociaciones de inmigrantes, colegios y centros de salud a cargo de voluntarios de médicos del mundo.

Talleres para mujeres inmigrantes de FOGARAL:

02/04/2008- Salud sexual y reproductiva. Once mujeres procedentes de Guinea Ecuatorial, Nigeria, R. Dominicana y Brasil.

22/12/2008- Salud sexual y reproductiva. Dieciocho mujeres procedentes de Nigeria,

Venezuela, Colombia, Guinea Ecuatorial y R. Dominicana.

Taller para mujeres inmigrantes de Cáritas Huesca sobre salud sexual y reproductiva.

18/04/2008- 30 mujeres procedentes de Marruecos, Argelia, Gambia, Senegal, Guinea Bissau, Ghana, Mauritania.

Taller para mujeres inmigrantes de APIP:

12/11/2008- Salud sexual y reproductiva. Catorce mujeres procedentes de Portugal y

Marruecos.

Curso sobre salud materno-infantil dirigido a mujeres procedentes de países de riesgo.

Doce sesiones, de una hora y media a la semana, durante los meses de Marzo, Abril,

Mayo y Junio.

Han participado veintidós mujeres procedentes de Gambia, Senegal, Mali y Mauritania.

Contenido de las sesiones:

1ª sesión: Concepto de salud y bienestar.

2ª sesión: Sistema sanitario aragonés.

3ª sesión: La prevención de enfermedades.

4ª sesión: Planificación familiar.

5ª sesión: Prevención del cáncer de mama y genital.

6ª sesión: La salud durante el embarazo y el parto I.

7ª sesión: La salud durante el embarazo y el parto II.

- 8ª sesión: La salud infantil y la alimentación.  
9ª sesión: La adolescencia.  
10ª sesión: Prevención de la mutilación genital femenina.  
11ª sesión: Prevención de la mutilación genital femenina.  
12ª sesión: Evaluación y fiesta final de curso.

1.

Charlas informativas al personal sanitario. Presentación de publicaciones y casos clínicos de mutilación genital femenina y sus implicaciones en la práctica obstétrica.

Se ha hecho una sesión clínica con los profesionales del HUMS para informar sobre la MGF y conseguir la correcta identificación, diagnóstico y registro, por parte de las matronas de la unidad, en el libro de partos.

Se ha realizado una desinfibulación en una mujer de sudán que consulta por esterilidad (imposibilidad de penetración vaginal por cierre prácticamente completo del introito) el 23 de marzo del 2008. En la actualidad la paciente está embarazada de 20 semanas de edad gestacional.



Incorporación de las implicaciones médicas de la mutilación genital femenina a la asignatura de obstetricia y ginecología (4º curso de medicina).

Se han impartido dos seminarios de obstetricia y ginecología a los alumnos de cuarto curso sobre las características específicas de la asistencia a la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes con especial énfasis en las implicaciones médicas de la mutilación genital femenina y las actividades que estamos llevando a cabo para tratar de evitar su práctica.

Conclusiones y actividades pendientes

La mayoría de las actividades se han realizado satisfactoriamente pero a raíz de la incorporación al programa del Hospital Miguel Servet, Mariama Tunkara, la única mediadora responsable de las entrevistas intrahospitalarias orientadas a la prevención de la MGF, se ha visto sobrepasada de trabajo y no ha podido acudir en ocasiones antes del alta hospitalaria de las madres ingresadas. Para solucionar este problema

durante el año hemos trabajado conjuntamente (Hospital Clínico, Hospital Miguel Servet y voluntarios de Médicos del Mundo) en la formación de dos nuevas mediadoras, Isatu Gerew (Nigeria) y Coumba Sow (Senegal) y elaboración de nuevos folletos y encuestas que les faciliten su trabajo de mediación. Del mismo modo se ha elaborado una carta informativa para todo el personal del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Clínico Universitario "Lozano Blesa" que asiste partos notificándoles los cambios realizados en la dinámica de trabajo del proyecto (ver anexos).

Documentos adjuntos\*:

1. Memoria prevención MGF de médicos del Mundo 2008
2. Encuesta y tríptico de apoyo a la mediación
3. Resultado análisis estadístico encuestas realizadas a profesionales y estudiantes de ciencias de la salud sobre prevención MGF
4. Dossier informativo: Tolerancia Cero a la Mutilación Genital Femenina
5. Guía de Comunicación en Ginecología de laboratorios Almirall
6. Cuaderno de control prenatal árabe / español

\* Se depositan en la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Documentos informativos de algunos aspectos del control prenatal (sobre todo en relación con el diagnóstico prenatal, la amniocentesis...) comprensibles para la población inmigrante.
2. Continuar la identificación de todas las nacionalidades de las mujeres que dan a luz en el HCU. Análisis estadístico del libro de paritorios según el país de origen.
3. Continuar la identificación de mujeres a las que se les ha realizado algún tipo de mutilación genital en su infancia. Estas mujeres y sus familias son informadas por mediadoras socioculturales de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Se espera sensibilizarlas para que no se lo realicen a sus hijas.
4. Asociaciones de inmigrantes gambianas, senegalesas y árabes reciben talleres de control prenatal, planificación familiar y salud sexual donde se abordan las consecuencias físicas y psicológicas de la mutilación genital femenina.
5. Se dan charlas informativas al personal sanitario. La mutilación genital femenina se incorpora como tema de formación en la asignatura de obstetricia y ginecología de los estudiantes de medicina de cuarto curso de la Universidad de Zaragoza.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración de documentos que faciliten la información de algunos procedimientos de diagnóstico prenatal que se ofrecen a la población inmigrante y que actualmente son de difícil comprensión. Se contará con la colaboración de las mediadoras socioculturales para el diseño comprensible del material.

Mauricio Tajada. Rafael González de Agüero. Pilar Pérez Hiraldo. Ernesto Fabre.

2. Análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades.  
Mauricio Tajada, Virginia Moreno
3. Folleto informativo de las características y tipos de MGF disponible en el cuarto de reanimación del recién nacido. Identificación de todas las mujeres con MGF que dan a luz en el HCU. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido.  
Carmen Royuela, Alicia Cantero, Delia Legido
4. Aviso a la mediadora sociosanitaria cuando se produce un nacimiento de una madre originaria de alguno de los países donde la práctica de la mutilación femenina es habitual.  
Carmen Royuela, Alicia Cantero, Delia Legido
5. Entrevista personalizada por mediadoras ya formadas a estas familias para prevenir futuras mutilaciones.  
Mariama Tunkara, Coumba Sow, Isatu Gerew
6. Talleres de información de control prenatal y planificación familiar a asociaciones de inmigrantes  
Mariama Tunkara y voluntarios de médicos del mundo
7. Charlas informativas al personal sanitario. Presentación de publicaciones y casos clínicos de mutilación genital femenina y sus implicaciones en la práctica obstétrica.  
Mauricio Tajada
8. Incorporación de las implicaciones médicas de la mutilación genital femenina a la asignatura de obstetricia y ginecología (4º curso de medicina).  
Pilar Pérez Hiraldo, Ernesto Fabre, Mauricio Tajada

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Documentos informativos para inmigrantes elaborados.
2. **Análisis estadístico del libro de paritorios realizado.**
3. Número y nacionalidad de las mujeres con MGF que dan a luz en el Clínico en 2008.
4. **Número de entrevistas realizadas.**
5. Talleres de información realizados en asociaciones: gambianas, árabes, senegalesas y otras comunidades que lo soliciten.
6. Incorporación a los seminarios de obstetricia y ginecología de los alumnos de 4º curso de medicina del programa de identificación y prevención de mutilación femenina. Charlas a residentes del Clínico, colectivo de matronas, médicos generales.
7. Distribución del dossier con herramientas para la prevención de la MGF en centros de salud de Zaragoza y Aragón.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>   |                                 |
| Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas   |                                 |
| Fecha de inicio: 2002  | Fecha de finalización: Continuo |
| <p>Calendario: Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.</p> <p>El dossier con herramientas para la prevención de la MGF elaborado con el presupuesto del programa de calidad del año pasado se ha distribuido en centros de salud a médicos de familia, pediatras y matronas o personal de enfermería que lo solicite. Con otra financiación (a cargo de médicos del mundo) se sigue elaborando nuevos dossiers y ampliando su distribución.</p> <p>Están previstos talleres sobre salud sexual y reproductiva para la comunidad gambiana de Zaragoza que se impartirán por voluntarios de médicos del mundo Aragón durante 2009.</p> <p>Los estudiantes de medicina de 4º curso de la Universidad de Zaragoza han solicitado al profesorado la incorporación de las complicaciones de la mutilación genital como parte de la asignatura de obstetricia y ginecología para ser desarrollado en los seminarios durante el mes de mayo de 2008. Se aceptó por el profesorado de la Universidad de Zaragoza y la Mutilación Genital Femenina es un tema que ya se aborda de forma rutinaria en nuestra facultad.</p> <p>El trabajo de análisis estadístico se realiza de forma continua a lo largo de todo el año según la identificación de nuevos casos de MGF. La intervención de las mediadoras sobre las familias con riesgo para la prevención directa de la mutilación genital femenina durante los días del puerperio inmediato es la base del proyecto y desde la incorporación del Hospital Miguel Servet, éste cubre prácticamente la totalidad de nacimientos de esta población que ocurren en Zaragoza.</p> |                                 |

|   |              |
|---|--------------|
| <b>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</b>  |              |
| <i>Material/Servicios</i>   | <i>Euros</i> |
| Pago de los servicios de la mediadora para la realización de las entrevistas                    | 500          |
| Elaboración dossier informativo MGF<br>(Aportado por médicos del mundo con fondos del IAM)      | 700          |
| Mejora del tríptico informativo para las familias encuestadas                                   | 200          |
| Material fungible de papelería y fotografía para las charlas y cursos.                          | 200          |
| Desplazamientos para formación (implementación del programa en el Hospital San Jorge de Huesca) | 200          |
|   |              |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1100</b>  |

Lugar y fecha: Zaragoza a 22 de febrero de 2009

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION E INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN LA PLANTA DE ONCOLOGIA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M Carmen Langarita Ferrer

Profesión

Enfermera( Supervisora de la Unidad )

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HCU LOZANO BLESA

Sector de SALUD:

AREA III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

ONCOLOGIA MEDICA HOSP.

Correo electrónico:

mclangarita@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-556400 ext. 162567

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

| Nombre y apellidos      | Profesión | Centro de trabajo |
|-------------------------|-----------|-------------------|
| 1 Julio Lambea Sorrosal | Médico    | HCU               |
| 2 Mercedes Lax Cacho    | DUE       | HCU               |
| 3 Lourdes Saez Castelló | DUE       | HCU               |
| 4 Elena Blasco Morata   | DUE       | HCU               |
| 5 Justi Calle Fernadez  | DUE       | HCU               |
| 6 Mar Ramos Mlguel      | AUX       | HCU               |
| 7 Rosa Pardos Melero    | AUX       | HCU               |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

DADA LA COMPLEJIDAD DE ESTOS PACIENTES ,EL STRESS AL QUE ESTAN SOMETIDOS ESTOS Y LOS FAMILIARES,CONSIDERAMOS IMPORTANTE ACONDICIONAR UN LUGAR PARA UNA INFORMACION ADECUADA .

EN CUANTO AL SATISFACCION DEL PACIENTE ES MEDIANTE LAS ENCUESTAS COMO PODEMOS DETECTAR LAS CARENCIAS ,SABER LA OPINION DEL MISMO Y SUS FAMILIAS RESPECTO AL TRATO CON LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA PLANTA

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1.- DESPACHO ACONDICIONADO
- 2.- PROTOCOLO INFORMACION
- 3.-CONOCER LA DEMANDA DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES Y EN QUE PUNTOS SE PUEDE MEJORAR

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- ELABORAR PROTOCOLO DE INFORMACION
- 2.- ELABORA ENCUESTA DE SATISFACCION AL PACIENTE Y FAMILIARES
- 3.-ACONDICIONAMIENTO DE DESPACHO DE INFORMACION

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1.- NRO DE PACIENTES INFORMADOS EN DESPACHO EN DESPACHO Y DURACION MEDIA DE INFORMACION PRONOSTICA
- 2.-NRO DE PACIENTES QUE CONTESTEN  
NRO DE PACIENTES SATISFECHOS

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

MARZO-ABRIL 2009.-ELABORACION DE PROTOCOLO DE INFORMACION  
MARZO 2009.-ELEBORACION DE ENCUESTA  
ABRIL 2009.-ENTREGA DE ENCUESTAS A UNOS 100 PACIENTES EN DOS MESES  
JUNIO 2009.- RECOGER LAS ENCUESTAS  
SEPTIEMBRE- OCTUBRE 2009 ANALIIS DE DATOS  
NOVIEMBRE 2009.-REEVALUACION DE PROTOCOLO  
PROPUESTA DE MEJORA BASADA EN EL ANALIIS DE LA  
ENCUESTA

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| Material/Servicios  | Euros  |
|---------------------|--------|
| ORDENADOR + MONITOR | 780    |
| IMPRESORA           | 200    |
| CONEXIÓN A INTRANET |        |
| MEMORIA USB 4 GB    | 20     |
|                     |        |
|                     |        |
| TOTAL               | 1000 E |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO Y MEJORA D  
ELA PRESCRIPCION

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

RAQUEL ANDRES CONEJERO

Profesión

F.E. A. ONCOLOGÍA MEDICA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Sector de SALUD:

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA

Correo electrónico:

andresraquel@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765700 ext 2564

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

| Nombre y apellidos              | Profesión | Centro de trabajo |
|---------------------------------|-----------|-------------------|
| 1 Dolores Isla Casado           | F.E.A     | HCU               |
| 2 José Ignacio Mayordomo Cámara | F.E.A.    | HCU               |
| 3 Julio Lambea Sorrosal         | F.E.A.    | HCU               |
| 4 Pilar Escudero Emperador      | F.E.A.    | HCU               |
| 5 Alberto Sáenz Cusi            | F.E.A.    | HCU               |
| 6 Alejandro Tres Sánchez        | F.E.A.    | HCU               |
|                                 |           |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La complejidad de los tratamientos oncológicos es cada vez mayor debido a la aparición de un gran número de nuevas indicaciones farmacológicas en oncología en los últimos años. Para cada fármaco existen además distintos esquemas de administración. Por todo ello, la prescripción de tratamientos oncológicos que en la actualidad no es electrónica ha visto disminuida su seguridad.

Este proyecto trata de unificar y establecer uniformidad dentro del servicio de oncología médica de los tratamientos empleados, así como mejorar la prescripción para evitar la inducción de errores en la dispensación por parte del servicio de farmacia y en la administración del tratamiento por parte del hospital de día de onco-hematología.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Creación de un protocolo de tratamientos oncológicos para cada patología que recoja todos los esquemas que se están utilizando actualmente por el servicio, dando uniformidad a los esquemas utilizados.
2. Facilitar la consulta de dicho protocolo mediante su inclusión en Intranet con acceso permitido al servicio de oncología médica y al servicio de farmacia.
3. Disminuir los errores en la prescripción de fármacos.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración y actualización periódica de los protocolos de tratamiento por los responsables de cada una de las patologías.
2. Comunicación periódica al servicio de farmacia y a hospital de día de las modificaciones realizadas. Dra Raquel Andrés.
3. Inclusión de los protocolos en un sistema informatizado. Dr. Julio Lambea.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Nº de ordenes de tratamiento realizadas en sistema informatizado / nº de ordenes total en un periodo.
- Nº de ordenes de tratamiento realizadas según el protocolo preestablecido / nº total de órdenes en un periodo.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. Elaboración del protocolo de tratamientos oncológicos: Marzo y Abril.
2. Actualización del protocolo de tratamientos oncológicos: mensual.
3. Comunicación de las modificaciones realizadas al servicio de farmacia y hospital de día: mensual.
4. Inclusión del protocolo de tratamientos oncológicos en Intranet del hospital.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

|  |              |
|--|--------------|
| <b>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</b>   |              |
| No se precisan recursos adicionales a los que ya presenta el servicio, si bien el desarrollo del proyecto depende de un funcionamiento adecuado de los equipos informáticos con los que ya cuenta el servicio. |              |
| <i>Material/Servicios</i>  | <i>Euros</i> |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
| TOTAL  |              |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA GLOBAL DE CALIDAD  
DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.  
HCU ZARAGOZA SECTOR III

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Aurora Laguía

Profesión

Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.)

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Sector de SALUD:

ZARAGOZA III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (UBPRL)

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 768894

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

| Nombre y apellidos             | Profesión   | Centro de trabajo |
|--------------------------------|-------------|-------------------|
| Joaquín Aguilar Lou            | Médico      |                   |
| Dolores Santamarta Charte      | Médico      |                   |
| Jaime Sala Rodrigo             | Técnico S   |                   |
| Juan Carlos Iglesias Rodríguez | Técnico Int |                   |
| Manuela Félix Martín           | Supervisora |                   |
| Beatriz Acha Aibar             | D.U.E.      |                   |
| Lucía Santamaría Moreno        | D.U.E.      |                   |
| Begoña Calavia Calavia         | Aux. Adm.   |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La UBPRL, se define como el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar la actividad preventiva a fin de garantizar la adecuada protección de la Seguridad y Salud de los trabajadores dependientes del Sector Zaragoza III del Servicio Aragonés de Salud.

Considerando las recomendaciones establecidas por la Gerencia del Sector, coincidiendo con la reciente incorporación de nuevos miembros contando con la experiencia y los conocimientos de los ya existentes y la organización del centro dónde estamos ubicados nos proponemos realizar este proyecto de mejora.

Nuestros principales objetivos son:

- 1) REORGANIZAR LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA UBPR.L.
  - DEL TRABAJO MÉDICO
  - DEL TRABAJO EN ENFERMERÍA
  - DEL TRABAJO TÉCNICO
  
- 2) PONER EN PRACTICA PROYECTOS DE MEJORA EN LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRESTADA A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR III:
  - NUEVO MODELO DE RECONOCIMIENTO (QUE SE ENTREGA AL TRABAJADOR JUNTO CON LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS).
  - NUEVO MODELO DEL PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA
  - ATENCIÓN AL USUARIO POR PROFESIONAL SEGÚN CONSULTA:
    - VIGILANCIA SALUD
    - ACCIDENTES
    - TÉCNICA
  
- 3) CONOCER LA OPINIÓN DE NUESTROS CLIENTES, LOS TRABAJADORES DEL SECTOR III.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- MEJORAR LA ACCESIBILIDAD.
- MEJORAR LA ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UBPR.L.
- DEFINIR COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA UBPR.L.
- MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES.
- MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DE LA UBPR.L.
- MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA A LOS CLIENTES (TRABAJADORES DEL SECTOR III)
- ELIMINAR O MINIMIZAR LOS RIESGOS EN LA SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**1.- REORGANIZAR LA PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA UBPRIL:**

- PROGRAMA DE CITA PREVIA BASADA EN LA PLANIFICACION DEL ÁREA SANITARIA

Responsables: Secretaría de UBPRIL, Área Sanitaria UBPRIL.

**1.1.- AREA SANITARIA****1.1.1.- DEL AREA MÉDICA:**

LA ACTIVIDAD DIARIA (anexo 1)

VIGILANCIA DE LA SALUD (anexo 3)

REPARTO TAREAS: COORDINACIÓN CON AREA DE ENFERMERIA

Responsables: Área Sanitaria de UBPRIL.

**1.1.2.- DEL AREA DE ENFERMERÍA:**

DEFINICIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

COMPETENCIAS DE CADA PUESTO DE TRABAJO

ORGANIZAR LA ACTIVIDAD DIARIA (Anexo 2)

ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Responsables: Personal de enfermería de UBPRIL. Supervisora.

**1.2.- TRABAJO DEL AREA TÉCNICA:**

EVALUACIONES DE RIESGOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

EVALUACIONES DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

TRABAJO Y AGRESIONES  
RECOGIDA DE DATOS E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE

PROTOCOLO DE LA PROTECCIÓN EN EL RIESGO DE EMBARAZO

PROTOCOLO DE LOS CAMBIOS DE PUESTO DE TRABAJO

**3.- PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD PRESTADA AL TRABAJADOR:**

PROGRAMA DE CITA PREVIA

NUEVO MODELO DE RECONOCIMIENTO LABORAL. (anexo 4)

NUEVO MODELO DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA (anexo 5)

REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS POR RIESGO.

ELABORACIÓN DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN (pendiente)

Responsables: Área Sanitaria de UBPRIL, Supervisora.

- **Área Técnica.**

- Elaboración de un modelo de Evaluación de Riesgos Laborales

- Elaboración de un Procedimiento para el Registro e Investigación de Accidentes y Agresiones.

- MEJORA EN LA INFORMACIÓN AL TRABAJADOR.

ENTREGA DE COPIA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO-LABORAL

ENTREGA DE FOLLETOS INFORMATIVOS SEGÚN RIESGOS.

COMUNICACIÓN AL SECTOR MEDIANTE INTRANET.

Responsables: Área Sanitaria de UBPRIL., Área Técnica

- **Área Técnica:**

- Elaboración de un Modelo de Informe de Evaluación

- Elaboración de Ficha de Riesgos en los Puestos de Trabajo

**4.- CONOCER LA OPINIÓN DE NUESTROS CLIENTES, LOS TRABAJADORES. DEL SECTOR III**

- Cuestionario de Satisfacción
- Análisis de los datos
- Propuestas de mejora
- Análisis interno

Responsables: Área Sanitaria de UBPR, Supervisora, Área Técnica, Secretaria

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

**ACCESIBILIDAD.-****1.- SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL ACCESO AL SERVICIO:**

> 70 % manifestarán facilidad en el acceso a la UBPR en el cuestionario de satisfacción

**2.- DEMORA:**

Días de demora efectiva (desde fecha de solicitud, al primer día disponible y ofrecido en el calendario de citas) en nuestra UBPR < 15 días.

Días de demora en la atención al accidente biológico: 0 días desde la solicitud.

**CALIDAD EN EL SERVICIO PRESTADO.-****1.- ATENCIÓN POR PUESTO DE TRABAJO DE ENFERMERIA.**

$$\frac{\text{nº de días con puesto de Trabajo adjudicado}}{\text{nº de días hábiles}} > 80\% \text{ de los días}$$

- Área Técnica

- % de Trabajadores Evaluados

$$10\% \geq \frac{N^{\circ} \text{ de Trabajadores Evaluados}}{N^{\circ} \text{ Total de Trabajadores}}$$

- Fichas de Riesgos de los Puestos de Trabajo

2.- RECONOCIMIENTO MEDICO-LABORAL > 80% de los trabajadores se les entregará copia del reconocimiento.

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.-**

1.- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (pendiente de realizar) > 70% de los trabajadores con satisfacción global por el servicio prestado.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

CITA PREVIA- inicio Enero/Febrero 2009.

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA-Enero/Febrero 2009

NUEVO MODELO DE RECONOCIMIENTO MEDICO- Febrero/Marzo 2009

REORGANIZACION DEL TRABAJO AREA DE ENFERMERIA- Marzo/Junio 2009

REORGANIZACION DEL TRABAJO AREA MEDICA- Marzo 2009

PLANIFICACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD- Marzo 2009.

REVISION DE PROTOCOLOS ESPECIFICOS POR RIESGO- Marzo/Julio 2009

ELABORACIÓN DE MANUAL DE ENFERMERIA- Noviembre/Diciembre 2009

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN-

Elaboración- Cuarto trimestre 2009

Aplicación- Primer trimestre 2010

Valoración de resultados- Segundo trimestre 2010

## • Área Técnica

- Elaboración de Procedimientos e Evaluación de Riesgos Laborales (Junio 2009)
- Elaboración Protocolo de Cambio y/o Adaptación de Puestos de trabajo CPT (Mayo 2009)
- Protocolo de Investigación de Accidentes y Agresiones en los Puestos de Trabajo ( Octubre 2009)
- Elaboración de Fichas de Riesgos de los Puestos de Trabajo (Septiembre 2009) .
- Protocolo para la protección a la maternidad (Septiembre 2009)

ANALISIS INTERNO DE LA UBPR- Cuarto trimestre 2010



|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <p><u>1.- TÍTULO</u><br/>         APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE BIOFEEDBACK EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS GRAVES EN EL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO DE ADULTOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u><br/>         Nombre y apellidos<br/> <b>JULIO ARBEJ SÁNCHEZ</b></p>  |
| <p>Profesión<br/>         Facultativo Especialista de Área Psicólogo Clínico</p>  |
| <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br/>         Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa</p>   |
| <p>Sector de SALUD:<br/>         Sector de Zaragoza Area III</p>  |
| <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br/>         Servicio de Psiquiatría: Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos</p> |
| <p>Correo electrónico:<br/>         julio_arbej@hotmail.com<br/>         iirigoyenrecalde@yahoo.fr</p>  |
| <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br/>         976 55 64 00 Extensiones 1351, 1352 y 1359</p>  |

|   |                       |                   |
|---|-----------------------|-------------------|
| <u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u> |                       |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión             | Centro de trabajo |
| ISABEL IRIGOYEN RECALDE                           | FEA Médico Psiquiatra | HCU Lozano Blesa  |
|   |                       |                   |

|   |
|---|
| <p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u><br/>         Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>Nuestro dispositivo atiende a pacientes psiquiátricos graves adultos remitidos por psiquiatras y psicólogos clínicos desde cualquiera de las unidades ambulatorias, hospitalarias o de rehabilitación de la provincia de Zaragoza, al ser el único hospital de día existente en la actualidad.</p> <p>Algunos de ellos presentan una grave e invalidante respuesta de ansiedad con un fuerte componente vegetativo. En algunos trastornos psiquiátricos (trastornos conversivos, somatomorfos, disociativos y psicósomáticos) este componente ocupa un papel muy importante y es poco accesible a las herramientas terapéuticas habituales disponibles en las unidades dependientes del Salud.</p> <p>El Biofeedback supone una herramienta útil y empíricamente contrastada con un alto nivel de validación en el tratamiento de este tipo de problemas. Se trata de una técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas, que opera a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que desea someter a control voluntario (tensión muscular, tasa cardíaca, temperatura periférica, volumen del pulso sanguíneo,</p> |
|---|

actividad electrodérmica...). Estas técnicas requieren de un preciso y complejo aparataje para detectar las respuestas fisiológicas y devolver la información al paciente y de un ordenador para monitorizar las respuestas y aplicar el programa de tratamiento.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

La aplicación de las técnicas de Biofeedback va a permitir un mejor abordaje de los enfermos con patologías relacionadas con una elevada respuesta de ansiedad y/o con alteraciones psicofisiológicas. Existe abundante evidencia científica que avala la utilidad y eficacia de esta técnica en diferentes cuadros psicopatológicos.

La posibilidad de implementar esta técnica ya contrastada y utilizada en otros dispositivos públicos de la red de atención estatal, nos permitirá ofrecer a los psiquiatras y psicólogos de Zaragoza un tratamiento alternativo en aquellos casos en los que las técnicas convencionalmente aplicadas y a su alcance en sus dispositivos no hayan dado ningún resultado óptimo.

Por otra parte la disponibilidad del material en nuestro Servicio permitirá también su aprovechamiento en menores de 18 años de edad al poder ser utilizada por parte de la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil, donde también existen profesionales con la capacitación adecuada para la administración del biofeedback.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Adquisición de los instrumentos imprescindibles para la puesta en marcha de los programas de tratamiento
2. Autoformación y entrenamiento en el uso de dichos instrumentos
3. Divulgación a las unidades derivantes de la red especializada de salud mental (población de referencia aproximada 900.000 habitantes) de la disponibilidad de técnicas de biofeedback en nuestra unidad.
4. Formación de otros profesionales del servicio de psiquiatría de nuestro hospital que pudiesen precisar de dicha herramienta en su trabajo habitual.
5. Aplicación de programas sistemáticos de tratamiento a los pacientes que según protocolización en base a sus características clínicas y los tratamientos previamente ensayados puedan necesitar y beneficiarse de esta técnica.
6. Monitorización y evaluación de los resultados en cada caso y de forma global al cabo de un año del comienzo de la aplicación.

La responsabilidad de la aplicación de estas medidas recaerá en el psicólogo y psiquiatra de nuestra unidad

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. El propio equipo de biofeedback permite la recogida **cuantitativa** de la modificación en las respuestas fisiológicas de los pacientes, lo que permitirá objetivar su eficacia
2. Además existen otros indicadores **cualitativos** que serán tomados en cuenta:

-Escala del grado de satisfacción y de mejoría percibida por pacientes y sus familiares, tras la aplicación del programa de tratamiento

-Escala del grado de mejoría y de utilidad clínica valorado por psiquiatra y psicólogo del servicio, tras la aplicación del programa de tratamiento

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. Recepción del equipo de biofeedback
2. Formación y entrenamiento para su uso: 1 mes
3. Divulgación de la disponibilidad de la técnica en nuestra unidad
4. Aplicación de los programas de tratamiento a los pacientes seleccionados según protocolo. A partir del mes de recibir el equipo.
5. Evaluación al finalizar cada programa de tratamiento individual
6. Evaluación al cabo de un año de utilización.
7. Memoria global de resultados y utilización.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

“ Control y valoración de pacientes con fractura de cadera realizado por un internista adscrito al Servicio de traumatología”

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Alvaro Flamarique Pascual

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”

Sector de SALUD:

III

Servicio de Medicina Interna y traumatología

Correo electrónico:

alvaflama@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765700 (ext.162614)

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

| Nombre y apellidos           | Profesión | Centro de trabajo |
|------------------------------|-----------|-------------------|
| 1 Maria Jesús Callejo Plazas | Médico    | HCU               |
| 2 Carmen Gómez del Valle     | Médico    | HCU               |
| 3 Miguel Ranera García       | Médico    | HCU               |
| 4 Ana Hualde Enguita         | Médico    | HCU               |
| 5 Lidia Castán Bellido       | Médico    | HCU               |
| 6 Laura Malo Finestra        | Médico    | HCU               |
| 7 Fernando Ruiz Laiglesia    | Médico    | HCU               |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

- La fractura de cadera (CIE 820.0 a 820.9) es el motivo principal de ingreso en un Servicio de traumatología. Supone alrededor de un 20% de los ingresos del Servicio de traumatología del Hospital Clínico Universitario (408 pacientes).
- Son pacientes con una elevada edad media y una alta comorbilidad y con una probabilidad de complicaciones médicas asociadas lo que genera diversas interconsultas a distintos servicios médicos que complican y alargan la estancia hospitalaria.

Por todo ello, existe oportunidad de mejorar:

1. El seguimiento y control de los pacientes con fractura de cadera disminuyendo la morbilidad, la mortalidad y la estancia media.
2. Reducir los costes y recursos que generan las interconsultas hospitalarias.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Iniciado el estudio en Enero del 2009 se han recogido 45 pacientes con diagnóstico de fractura de cadera a los que se les ha realizado al menos una valoración médica al ingreso y otra en el postoperatorio inmediato.

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

1. Disminuir la mortalidad intrahospitalaria en los pacientes ingresados por fractura de cadera.
2. Adecuar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.
3. Reducir la estancia media hospitalaria.
4. Disminuir las complicaciones y la morbilidad.
5. Reducir el número de reingresos.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Realizar una valoración de la morbilidad, y la mortalidad de una cohorte histórica de pacientes ingresados en el año 2006 en el Servicio de traumatología del Hospital Clínico con el diagnóstico de fractura de cadera. Dado que el 2006 fue el último año que no había internista adscrito a dicho Servicio.
2. Realizar un control y seguimiento de pacientes con el mismo diagnóstico durante el 2009.

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Lo referido previamente y usando los siguientes indicadores :

- a. Tasa de mortalidad.
- b. Tasa de reingresos
- c. Estancia media
- d. Tasa de mortalidad extrahospitalaria (a los 6 meses del ingreso).

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Estudio de seguimiento iniciado en Enero del 2009 y finaliza en Diciembre del 2009. Valoración de resultados, una vez recogidos los datos de la cohorte de seguimiento y del grupo retrospectivo.

#### 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u>   | <u>Euros</u>      |
|---|-------------------|
| Un ordenador personal con conexión a Internet y a las bases de datos del HCU (HPDOCTOR, HPHIS, INTRALAB) y correo electrónico | 600 Euros         |
| Un ordenador portátil   | 800 Euros         |
| Material didáctico dirigido a los pacientes y para difusión de las Guías de Práctica Clínica y Protocolos                     | 400 Euros         |
| Asistencia a congresos y cursos relacionados con el tema  | 1500 Euros        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>3400 Euros</b> |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA GARANTIZAR LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M<sup>a</sup> Dolores Sada Cañizares

Profesión: Enfermera (Supervisora Servicio de Urgencias)

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Sector de SALUD:

Sector III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Urgencias

Correo electrónico:

dsada@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 556 400 Ext: 163957; Busca 310

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

| Nombre y apellidos                    | Profesión | Centro de trabajo      |
|---------------------------------------|-----------|------------------------|
| 1 Teresa Marion Navasa                | Enfermera | Urgencias              |
| 2 Anabel Diez Romeo                   | Enfermera | Urgencias              |
| 3 M. Jesús Sancho Arruga              | Aux. Enf. | Urgencias              |
| 4 Ana Corellano Andía                 | Aux. Enf. | Urgencias              |
| 5 Ignacio Barranco Sos                | Enfermero | Sala Observación       |
| 6 Julián Mozota Duarte                | FEA       | Urgencias              |
| 7 Alberto García Noaín                | FEA       | Urgencias              |
| 8 M <sup>a</sup> Jesús Escuchuri Aísa | Celadora  | Coordinadora Celadores |
| 9 Begoña Domínguez Sanz               | Enfermera | Urgencias              |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Tras la realización de un curso de mejora de competencias del Personal del Servicio de Urgencias se eligió como un valor importante de dicho servicio: "proteger la Intimidad del Paciente y la Confidencialidad de sus datos".

Como un área de mejora prioritaria se identifica la Confidencialidad, definiendo el problema como: "con frecuencia se producen casos en los que no se respeta el derecho a la Intimidad el Paciente y a la Confidencialidad de los datos de la Historia Clínica".

En el análisis de las causas del problema se han detectado tres categorías esenciales: la falta de implicación del personal, la sobrecarga asistencial y la estructura inadecuada. Ciertamente, algunas causas son de abordaje más complicado, pero otras tendrían una solución más sencilla, como puede ser el desarrollo de un protocolo de comportamientos deseables para proteger la Intimidad y Confidencialidad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

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

Los resultados que se esperan alcanzar repercutirán a tres niveles:

- En el usuario: mayor satisfacción.
- En el profesional: mayor sensibilización hacia los derechos de usuario.
- En la sociedad: mejorará la imagen del HCU "Lozano Blesa" como Organización

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se realizaran sesiones de trabajo para elaborar el protocolo.

Talleres sobre ética e implicaciones legales de la NO confidencialidad.

Desarrollo de un protocolo de comportamientos deseables para proteger la Intimidad del Paciente y garantizar la protección de sus datos.

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Elaboración de protocolo.
- Encuestas pre y post implementación del protocolo a los usuarios del Servicio de Urgencias.
- Horas de formación de los profesionales.
- Encuesta de valoración del curso de los profesionales.
- Número de personas que teniendo que registrar informáticamente tienen código de acceso propio

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Primera quincena de Marzo se comenzarán con las sesiones de trabajo.

Primera quincena Mayo se realizarán los talleres de formación.

Segunda quincena de Octubre finalización de protocolo.

Primera quincena de Noviembre implementación de protocolo.

Segunda quincena de Enero se medirá el resultado alcanzado.

#### 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <i>Material/Servicios</i>                            | <i>Euros</i> |
|--|--------------|
| <i>Realización de 3 talleres de 4 horas cada uno</i> | 1.200        |
| <i>Material, documentación...</i>                    | 800          |
|  |              |
| <b>TOTAL</b>   | <b>2.000</b> |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**“Consenso Clínico de Ínter-consulta entre Atención Primaria y Urología”, en el Sector III**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr. D. José Antonio Pérez Arbej

Profesión

Médico Especialista en Urología

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)

Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario, “Lozano Blesa”

Correo electrónico:

[japereza@salud.aragon.es](mailto:japereza@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

Extensión 162304

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

| Nombre y apellidos (orden alfabético) | Profesión | Centro de trabajo     |
|---------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Carmen Ambroj Navarro                 | Urólogo   | C.A.S.A.R.            |
| Benjamín Blasco Beltrán               | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |
| Ángel Elizalde Benito                 | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |
| Manuel Martín Montañés                | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |
| Carlos Murillo Pérez                  | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |
| Manuel Ramírez Fabián                 | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |
| Alejandro Timón García                | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |
| Manuel Sánchez Zalabardo              | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |
| Jorge Valle Gerhold                   | Urólogo   | H.C.U. “Lozano Blesa” |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El Programa de Calidad, arriba mencionado, fue complementado el año 2007 y el 2008 con un programa de ayuda que nos concedió presupuesto para celebrar sesiones docentes en los Centros de Salud.

Aunque nuestra intención hubiera sido contactar con el 100 % de los centros del Sector III, la ayuda concedida estos dos años no nos lo permitió.

Hubo bastante demora desde que se anunció la concesión de este presupuesto hasta que se nos comunicó que ya podía ejecutarse el proyecto

Además tras iniciar las gestiones con los Centros de Salud resultó muy laboriosa la coordinación entre los urólogos docentes y los Centros, hasta conseguir fijar las fechas de las reuniones, hasta el punto que a fecha actual todavía hay varias sesiones docentes pendientes de buscar fecha (por problema de los propios Centros de Salud)..

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Hasta la fecha hemos realizado, durante los años 2007-2008, 13 sesiones docentes en otros tantos Centros de Salud, quedando pendientes otras 2. Estas sesiones han sido tan satisfactorias que nos parece de enorme interés continuar con ellas en el año 2009, para poder contactar directamente con el mayor número de médicos de primaria de nuestro sector

Los debates fueron muy satisfactorios por ambas partes, aclarándose dudas existentes del Documento de Consenso. Además el contacto tan próximo entre urólogos y médicos de primaria sirvió para resolver otras dudas existentes. Nos llamó la atención que muchos de los M.A.P. desconocían la existencia de dicho protocolo, siendo muy útil la reunión para su difusión.

No ha sido necesaria ninguna modificación o rectificación de dicho documento.

Las monitorizaciones realizadas muestran que ha mejorado la calidad de las derivaciones de pacientes a nuestro Servicio, aunque dista mucho de los objetivos marcados (quizá muy ambiciosos), ya que estamos en un 50 % de derivaciones correctas (en las patologías diana).

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Esperamos que la difusión del documento elaborado en su día, disponible en Todos los Centros de Salud, y en la Intranet del Sector III, sea máxima, fijándonos el objetivo de que sea utilizado por el 100 % de los profesionales afectados en los procesos diana de derivación primaria-especializada incluidos en el consenso de ínter-consulta.

El cumplimiento de ese objetivo debería traducirse en los siguientes resultados:

1. Reducir el nº de derivaciones inadecuadas desde Atención Primaria
2. Reducir la demora para primeras consultas en Urología.
3. Mejorar la resolución de las primeras visitas de los pacientes derivados a las consultas de Urología.

Mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales de Atención Primaria y del Servicio de Urología y viceversa.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Continuar con el contacto personal con los Centros de Salud de nuestro Sector.

En función de la ayuda que se nos conceda en este ejercicio la prioridad sería contactar ahora con los centros rurales mas alejados a Zaragoza (seleccionándolos en función del número de médicos de primaria existentes en cada uno), dejando abierta la posibilidad de reiniciar una "segunda vuelta" en todos los Centros, si hubiera presupuesto suficiente.

Para ello, previo acuerdo con cada uno de los Centros en el día y la hora mas adecuados, un Médico Especialista en Urología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (de los que formamos parte de este Equipo de Mejora) se desplazaría al Centro de Salud, en horario laboral, para, durante 2 horas, comentar con los Médicos de Atención Primaria el contenido de nuestra Guía de Consenso y debatir cualquier duda o aclaración respecto de la misma.

En resumen, el plan de actividades para realizar el proyecto consistirá en lo siguiente:

1. Programación de Sesiones Docentes con cada Centro de Salud del Sector para discutir y difundir el consenso de derivación.
2. Recogida de propuestas de modificación.
3. Adaptación del protocolo a las propuestas recogidas, reedición y redifusión del mismo.
4. Determinar el porcentaje de pacientes derivados según el consenso.
5. Difusión de los resultados a los Centros de Salud.

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Esta evaluación se llevará a cabo utilizando los siguientes indicadores:

1. Determinar el número total de pacientes incluidos en esta Guía, en un momento dado, de los citados en Consultas de Urología del Ambulatorio Inocencio Jiménez, procedentes de los Centros de Salud.
2. Determinar el número y porcentaje de pacientes correctamente remitidos a Consultas según el protocolo de dicha Guía (estándar: 70 %).
3. Número de sesiones docentes realizadas en los CS (estándar: 22)
4. Existencia de un nuevo consenso reeditado y redifundido (estándar: SI)
5. Demora media de consulta de urología (estándar: 15-20 días).
6. Centros de Salud a los que se ha remitido informe de los resultados de la evaluación (estándar 100 %).

Como este Proyecto de Mejora pretende promocionar uno de nuestros PROGRAMAS DE CALIDAD, ya en funcionamiento, el seguimiento está previsto llevarlo a cabo según el CRONOGRAMA del mismo, siendo controlado al final del año en curso.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2009 | Fecha de finalización: 31-Diciembre-2009 |
|-------------------------------------|--|

Una vez que tengamos conocimiento de las posibilidades que se nos ofrezcan se procederá a contactar con los Coordinadores de los Centros de Salud, fijando el día y la hora para cada uno de ellos, determinando que miembro del Equipo de Mejora será el responsable de ese encuentro.

Se podría prever un calendario similar a este:

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Realización de Sesiones docentes en Centros de Salud: | Abril-Septiembre de 2009   |
| Adaptación y redifusión de la Guía de Consenso:       | Septiembre-Octubre de 2009 |
| Medición de indicadores de evaluación:                | Noviembre de 2008          |
| Difusión de resultados a los Centros de Salud:        | Diciembre de 2008          |

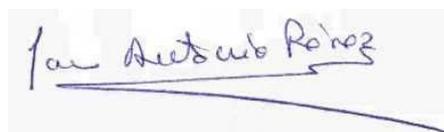
No podemos determinar, pues, en el momento actual, cual será el calendario exacto, ya que en función de los recursos que se nos asignen valoraremos con cuantos Centros de Salud podríamos contactar, adecuando nuestro organigrama de trabajo al desplazamiento del facultativo designado para participar en este Programa de Mejora.

### 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u>   | <u>Euros</u>   |
|---|--|
| <i>Sesiones Docentes a Médicos de Atención Primaria, en Centros de Salud del Sector III (reuniones de 2 horas con cada uno de ellos) (7Centros Rurales y 8 Urbanos)</i>   | <b>2.340 €</b>   |
| <i>Viajes y dietas necesarios para desplazarse a los Centros Rurales, teniendo en cuenta el kilometraje, diferente para cada uno de ellos, y, posiblemente, según las horas concertadas, alguna dieta alimenticia (distancia media aproximada de 75 km x 2 x 5 C.S. rurales, + 5 comidas)</i> | <b>329 €</b><br><b>(19 céntimos/km y 37,40 € comida)</b> |
| <b>TOTAL</b>  | <b>2.670 €</b>   |

Fecha y firma:

Zaragoza, 19 de febrero de 2009.



Fdo. Dr. D. José Antonio Pérez Arbej

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|  |
|--|
| <b>1.- TÍTULO</b><br>Continuación del proyecto "Mejora de los cuidados al paciente con fractura de cadera en el Sector Zaragoza III" |
|--|

|   |
|---|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br>Nombre y apellidos<br><b>M<sup>a</sup> ÁNGELES MARTÍN BURRIEL</b>  |
| Profesión<br><b>Enfermera DUE</b>   |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br><b>HCU LOZANO BLESA</b>  |
| Sector de SALUD:<br><b>ZARAGOZA III</b>   |
| En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.<br><b>UNIDAD DE VALORACIÓN</b> |
| Correo electrónico:<br><b>denf-formacion.hcu@salud.aragon.es</b>  |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br><b>619048332</b>   |

|   |                        |                   |
|---|------------------------|-------------------|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |                        |                   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión              | Centro de trabajo |
| 1 Pilar Martínez López                            | Fisioterapeuta         | HCU Lozano Blesa  |
| 2 Ana Jesús Regla Raufast                         | Fisioterapeuta         | HCU Lozano Blesa  |
| 3 Celia Fernández Tirado                          | Auxiliar de Enfermería | HCU Lozano Blesa  |
| 4 Antonio Torres Campos                           | Médico                 | HCU Lozano Blesa  |
| 5 Aurora Robles Simón                             | Enfermera DUE          | HCU Lozano Blesa  |

|   |
|---|
| <b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b><br>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...<br><br>La fractura proximal del fémur o fractura de cadera es la causa más común de ingreso en el servicio de Traumatología del HCU Lozano Blesa, constituyendo el 40% del total de ingresos anuales.<br>La fractura de cadera es la lesión discapacitante más común en ancianos. De los paciente valorados por la Enfermera de Valoración en el último año, el 70% presentaban dependencia entre grave y total al alta, siendo la pérdida de movilidad uno de los principales problemas.<br>Una de las complicaciones que pueden presentarse en el posoperatorio de la prótesis de cadera es la luxación de la misma.<br>Una adecuada movilización, tanto por parte de los profesionales que trabajan con estos pacientes, como por parte de sus cuidadores domiciliarios, pueden prevenir complicaciones en estos pacientes.<br>Estas son las razones por lo que se considera necesario que, tanto los profesionales que atienden a los pacientes ingresados por fractura de cadera como los cuidadores de los mismos, reciban una formación e información adecuada para movilizar a los pacientes intervenidos de esta fractura. |
|---|

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

1. Se diseñó un plan de cuidados para el paciente con fractura de cadera.
2. Realización del Informe de continuidad de cuidados coordinado con la unidad de valoración y la enfermera de enlace.

### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la información proporcionada al alta a los pacientes y cuidadores de pacientes con fractura de cadera ingresados en el servicio de traumatología del HCU Lozano Blesa.
- Mejorar la formación de los profesionales que trabajan atendiendo a pacientes con fractura de cadera ingresados en el en el servicio de traumatología HCU Lozano Blesa.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Formación del equipo de mejora multidisciplinar.
2. Búsqueda de bibliografía
3. Diseñar e impartir talleres educativos para profesionales.
4. Diseñar folletos informativos para pacientes intervenidos de fractura de cadera y sus cuidadores.

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Número de profesionales que participen en los talleres.
- Satisfacción con la información recibida en los talleres.
- Número de pacientes y cuidadores a los que se les ha proporcionado información al alta.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. Formación del equipo de mejora Febrero 2009.
2. Búsqueda de bibliografía Marzo 2009.
3. Diseñar los talleres para cuidadores Abril 2009.
4. Realización del primer taller Junio 2009, segundo taller Noviembre 2009
5. Diseño del folleto Mayo 2009.

### 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| Material/Servicios  | <u>Euros</u> |
|---|--------------|
| Edición de folletos.  | 800          |
| Diseño e impartición, tanto de los talleres como del folleto informativo. | 500          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1300</b>  |