

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 58 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
ZI	AP	CS ACTUR NORTE	ARNAL ALONSO JOSE MARIA	248	PROYECTO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES
ZI	AP	CS ACTUR NORTE	GRASA LAMBEA INMACULADA	457	ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN LAS PERSONAS CON DIABETES DEL CS ACTUR NORTE
ZI	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN	453	MODIFICACIONES DE HABITOS DE VIDA EN PACIENTES OBESOS DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
ZI	AP	CS ACTUR SUR	ESTEBAN GIMENO ANA BELEN	411	OPINION Y MANEJO DE LOS MEDICOS DE FAMILIA Y COMUNITARIA RESPECTO LA VACUNA DEL PAPILOMAVIRUS
ZI	AP	CS ARRABAL	CHECA DIEZ MARIA ANGELES	251	GRUPO DE EDUCACION EN LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE
ZI	AP	CS ARRABAL	GUILLEN LORENTE SARA	345	INSTAURACION DE UNA CONSULTA DE ATENCION AL POMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA
ZI	AP	CS ARRABAL	JUAN GERMAN MARISA	138	LA SALUD FISICA, PSICOLOGICA, SOCIAL, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL
ZI	AP	CS SANTA ISABEL	JIMENO SIERRA BLANCA	243	VALORACION DE LA PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL RECIEN NACIDO EN EL CS SANTA ISABEL DESDE ENERO DE 2010 A DICIEMBRE 2011. SEGUIMIENTO Y VALORACION
ZI	AP	CS VILLAMAYOR	AZUARA LAGUIA MARIA JOSE	266	PROMOCION DE LACTANCIA MATERNA DESDE GRUPO DE APOYO CRIANZA-LACTANCIA-UNIDAD DE MATRONA Y SERVICIO DE PEDIATRIA
ZI	AP	CS VILLAMAYOR	IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE	407	WEBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR: PRESENTACION DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VILLAMAYOR. CUESTIONES GENERALES RELATIVAS A SALUD E INFORMACION ORGANIZATIVA Y ADMINISTRATIVA
ZI	AP	DAP ZARAGOZA 1	LABARTA MANCHO CARMEN	389	RIESGO ANTICOLINERGICO: UN ASPECTO CLAVE A VALORAR EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS. PROYECTO DE MEJORA EN TODOS LOS SECTORES SANITARIOS DE ARAGON
ZI	AT AMB	CME GRANDE COVIAN	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	38	SEGUIMIENTO MEDIANTE LA DE DETERMINACION DE HEMOGLOBINA A1C CAPILAR COMO PARAMETRO DE CONTROL GLUCEMICO EN EL SEGUIMIENTO INTRAANUAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (DM) TIPO 1
ZI	AT AMB	CME GRANDE COVIAN	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	136	CONSERVAR INDEFINIDAMENTE TODOS LOS DOCUMENTOS ORIGINADOS EN LA GESTION DEL SERVICIO EN FORMATO INFORMatico
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CANOVAS PAREJA CARMEN	330	ALTA HOSPITALARIA Y REINGRESO DE ANCIANOS MUY ANCIANOS ¿QUE OCURRE
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	445	INSTAURACION DE UN PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CRUZ SANJUAN LUIS	59	PICTOGRAMA PARA INMIGRANTES: UNA EXPLORACION DE TAC CON CONTRASTE. UNA ATENCION DE CALIDAD
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	DEL RIO ROMAN FRANCISCO	300	UN PROGRAMA PROPIO DE CADUCIDADES PARA URGENCIAS. UN CONTROL DE CALIDAD
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	FELEZ ARANDA JOSE MARIA	395	REVISION Y ACTUALIZACION DEL IMPRESO "REVISION CONSULTAS EXTERNAS" EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	456	ESTUDIO SOBRE LA INDICACION Y LA SEGURIDAD CLINICA DEL USO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LA ENFERMEDAD CARDIOEMBOLICA EN EL SECTOR I
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	90	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y SUS CUIDADORES EN EL HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PLANIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	IRIARTE RAMOS SONIA	150	CREACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD PARA COMPROBAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	JIMENEZ MURO PEREZ CISTUE JUAN	271	PROYECTO DE MEJORA DE LA RESOLUCION DE INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL N.S. DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	JIMENEZ SAENZ JUANA	225	MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA DERIVACION DE PACIENTES EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	JORDAN JARQUE MANUEL	387	ELABORACION DE UN MANUAL DE USUARIO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	JUEZ GARCIA BELEN	199	ELABORACION DE PROTOCOLOS PARA LA PREPARACION PRE QUIRURGICA DEL PACIENTE EN EL HNSG
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	190	CREACION E IMPLANTACION DE UNA COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	LEZCANO CISNEROS AMPARO	363	PRESENTACION DE NUEVO PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 58 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					ULCERAS POR PRESION EN EL HNS DE GRACIA DE ZARAGOZA. REALIZACION DE NUEVA GRAFICA DE EVOLUCION Y PREVENCION PARA POSTERIOR VALORACION
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	MARTINEZ LOPEZ MARIA LUISA	254	CREACION DE LA COMISION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	419	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	MEDINA CEREZAL MARIA PILAR	86	PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DEL INSTRUMENTAL DIRIGIDO AL PERSONAL DEL HNSGZ QUE REALIZA ESTE PROCESO EN SU SERVICIO (TALLER TEORICO-PRACTICO)
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	MESA LAMPRE MARIA PILAR	68	ELABORACION DE UN PLAN DE ACTUACION INTERDISCIPLINAR FRENTE AL DELIRIUM DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA CON TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA	234	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	PAMPLONA CALEJERO ELENA	124	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA "CUIDADOS DEL CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO" EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	RODA GONZALVEZ SOFIA	214	UNIFICACION DE LOS CARROS DE PARADAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION Y CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	ROSEL MOUSSET FELICIDAD	208	CREACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO EN LA UNIDAD DE CMA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	SIMÓN FELEZ ALICIA	304	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL RECICLADO DE COBRE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	TORRES ANDRES MARIA ANGELES	236	IMPLANTACION DEL PLAN DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	YAGUE LOPEZ ROCIO	217	CREACION DE PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ALDEA MOLINA ELISA	151	AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ANDRES BERGARECHE IGNACIO	109	IMPACTO DE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ANDRES NILSSON JOSE MARIA	57	OPTIMIZACION DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) COMO RECURSO TERAPEUTICO EN BRONCOPATIA CRONICA REAGUDIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ASPIROZ SANCHO CARMEN	454	COLABORACION INTERSECTORIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MICROBIOLOGIA. REPERCUSION EN LA PRESCRIPCION DE ANTIMICROBIANOS Y EN LA SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	BERNAD USON MARIA ANTONIA	325	IMPORTANCIA DE ADOPTAR DE FORMA ADECUADA MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA EXPOSICION ACCIDENTAL A AGENTES BIOLOGICOS EN ALUMNOS DE PRACTICAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	BOLINAGA MORAL MARIA INMACULADA	277	DIETA DE TEXTURA INTERMEDIA: OPORTUNIDAD PARA EL PACIENTE CON DISFAGIA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	BORDONADA HERRERO MARIA JESUS	114	PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA GRAFICA DE ENFERMERIA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CHARRO CALVILLO MARA	377	PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	FERRERAS AMEZ JOSE MARIA	179	IMPLEMENTACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE UN SISTEMA DE ALARMAS INFORMATICO PARA LA DETECCION PRECOZ DE PACIENTES CON SEPSIS
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	GARCIA GARCIA YOLANDA	72	VIVIR LA MUERTE EN LA UCI. DETECCION DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRITICOS QUE FALLECEN EN CUIDADOS INTENSIVOS
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	LERIS LOPEZ NURIA	429	IMPLANTACION DE UNA NUEVA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	LUMBRERAS VIRGOS RUTH ELISA	46	ELABORACION DE UNA GUIA DE LA PRACTICA MEDICA DEL TRATAMIENTO MEDIANTE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA PARA SECTOR I ZARAGOZA (SAI IUD)
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	NAVARRO GARCIA EVELIO JOSE	320	PROTOCOLO PARA LA AUTO-REHABILITACION PRECOZ TRAS CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOMBRO
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	113	PROYECTO DE MEJORA DEL ACCESO A LA INFORMACION PERSONAL Y LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA DE INTERNET

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 58 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	RAMOS D'ANGELO FERNANDO	232	MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	RODRIGUEZ CHACON LUIS	465	PLAN CONJUNTO DE ACTUACION DESTINADO A DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCION DE PROTESIS ARTICULARES
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	RUIZ BUDRIA JOSE	97	CODIFICACION DE LA DESNUTRICION Y OTROS ASPECTOS NUTRICIONALES EN EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	SARASA CLAVER PILAR	158	DETECCION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE UN SISTEMA DE BRIEFINGS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	SARRAT TORRES MARCO ANTONIO	98	AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	VIDAL PERACHO CONCHA	187	TALLER DE INICIACION EN CRIBADO NUTRICIONAL Y DETECCION PRECOZ DE LA DESNUTRICION

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

248

**PROYECTO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES****2. RESPONSABLE** ..... JOSE MARIA ARNAL ALONSO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS ACTUR NORTE
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- PUIG GARCIA CARMEN. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA LATASSA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Las incertidumbres diagnósticas de la patología dermatológica, con un mes de espera en la actualidad, se ven abreviadas en una patología muchas veces aguda, y tan heterogénea en su presentación clínica. La redes y su remisión telemática facilita su resolución. y favorecen la colaboración entre la Atención Primaria y Especializada.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** Iniciado el proyecto en el último trimestre del 2011, se han derivado imágenes de las lesiones junto a la historia clínica en 28 pacientes. La interconsulta se realizó el mismo día de la visita en todos los casos, y el tiempo medio de respuesta fue de 5 días, moda en el mismo día de la solicitud 5 casos, máximo 31, excluyendo este caso el tiempo medio fue de 3,2 días. En ningún caso era preciso el tratamiento quirúrgico, con una gran variedad diagnóstica, 4 dermatitis atópica, 1 vitiligo, 1 liquen estriado, 1 granuloma anular, 1 psoriasis, etc.. En 2 casos uno de psoriasis, y uno dermatitis atópica fue necesario el seguimiento por el Servicio de Dermatología. La prontitud diagnóstica y terapéutica fue valorada muy positivamente tanto por los facultativos y como por los usuarios.

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Continuar con el envío de imágenes digitales de aquellos pacientes pediátricos susceptibles de la misma, y ofertar a aquellos pacientes adultos del Centro de salud esta posibilidad.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Centralizar en un solo responsable del Servicio de Dermatología la remisión de las imágenes para su valoración e informe posterior, resolviendo aquellas dudas tanto diagnósticas, como de diagnóstico diferencial y terapéuticas que puedan surgir.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Tiempo de remisión de la derivación.

Tiempo de respuesta.

Concordancia de la impresión diagnóstica.

Tasa de derivación de los pacientes consultados.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Continuar a lo largo del año 2013, con este proyecto de mejora, y evaluación anual del mismo.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

457

## 1. TÍTULO

**ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN LAS PERSONAS CON DIABETES DEL CS ACTUR NORTE**

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA GRASA LAMBEA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CS ACTUR NORTE
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DE PEDRO PICAZO BELEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE.
  - NUÑEZ OBON MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE.
  - VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE.
  - BENITO JIMENEZ ALFREDO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Al inicio del proyecto en 2011 se detectó entre los pacientes diabéticos del CS una frecuencia de autocontroles no adecuada, junto a un déficit de información respecto al objetivo del autoanálisis. Asimismo se observó gran variabilidad entre los profesionales sanitarios en el consejo de frecuencia de autocontroles y problemas en el registro del número de tiras entregadas, que dificultaban un correcto seguimiento. Otro tema de interés fue optimizar el coste del uso de las tiras reactivas. La importancia de continuar con el proyecto reside en la constatación de las mejoras en todos los puntos detectados como problema en la situación de partida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha realizado revisión de los criterios de recomendación de frecuencia de autoanálisis y coordinado con el S. de Endocrinología de referencia/Sesiones informativas con el EAP para unificar criterios de actuación/Revisión de los registros en las H<sup>a</sup> clínicas en cuanto a inclusión en el servicio, recomendación actualizada del tratamiento aconsejado, recomendación de frecuencia de autocontroles, número de tiras entregadas acorde a situación y a descompensaciones/Inclusión en el proceso de educación diabetológica de la importancia del autoanálisis correcto como medida útil del seguimiento del proceso/Seguimiento del gasto referido al coste de las tiras reactivas.

Los resultados hasta ahora manifiestan:

- 1- Una disminución significativa del gasto en tiras reactivas ( 26% de reducción, equivalente a 11.374 € de ahorro en el año 2012 tras la implantación del programa y respecto al año anterior)
- 2- Un uso más adecuado del autoanálisis por parte de pacientes y sanitarios, sin repercusiones negativas en la satisfacción ni el control de la patología de los pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de la asistencia de los pacientes diabéticos de nuestro C.S.

- Adequar la utilización de los recursos materiales.
- Aumentar la implicación del paciente diabético en su autocuidado.
- Disminuir la variabilidad en la actuación de los sanitarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades para mejorar:

- Conseguir la implicación de todo el EAP en el proyecto
- Conseguir parámetros de HbA1C dentro de los objetivos de buen control metabólico.

Método:

- Sesiones informativas y motivacionales con el EAP
- Asegurar la determinación de HbA1C ,al ,menos anual, en todos los pacientes diabéticos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Revisión del registro en las Historias Clínicas de inclusión correcta en cartera de servicios, constatación de tratamiento recomendado, visitas de seguimiento en enfermería con control de entrega de material (tiras reactivas y agujas de insulina).

- HbA1C al menos anual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Continuidad del proyecto.

Junio 2013:

- Sesión con el EAP
- Revisión de un tercio de las Historias de los pacientes diabéticos del CS

Diciembre 2013:

Revisión de al menos el 90% de Historas clínicas de DM

11. OBSERVACIONES. Es una continuidad de Proyecto iniciado en 201111. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

457

ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN LAS PERSONAS CON DIABETES DEL CS ACTUR NORTE

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

453

**MODIFICACIONES DE HABITOS DE VIDA EN PACIENTES OBESOS DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN VIÑAS VIAMONTE  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS ACTUR NORTE  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LOZANO ENGUITA ELOISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE.  
· NEVADO CASTEJON JORGE. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema: obesidad como enfermedad nutricional de origen multifactorial.

Situación de partida: Pacientes diagnosticados como obesos que requieren una continuidad en su compromiso de autocontrol. Al inicio de este proyecto (2013), en nuestro Centro de Salud tenemos detectada una población obesa en mayores de 14 años del 7.7% (datos obtenidos de OMI-AP).

Fuente de información: Paciente con episodio de obesidad en OMI-AP.

Oportunidad de mejora: conseguir que los pacientes que han perdido peso se encuentren satisfechos con los cambios que experimentan en su estado físico, psíquico y social.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Reducción de peso y como consecuencia enfermedades concomitantes como HTA, alteraciones en glucemia, ...  
- Cumplir con Cartera de Servicios en cuanto intervención en el paciente crónico-obeso respecto a modificaciones en hábitos dietéticos y actividad física.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Plan de actuación en consulta de enfermería en una serie de visitas programadas. En todas habrá que observar conductas de escucha activa del profesional sanitario.

- 1.- Primera visita: revisión de la historia y toma de contacto. Valoración de la motivación (pasar test de motivación). Entrevista clínica: género de vida; situación laboral; hábitos de alimentación; actividad física; etc...
- 2.- Segunda visita: a los 15 días. Valoración de riesgo psicosocial. Inicio de estrategia de cambio de conducta. Ayudar al paciente a entender las dificultades para el cambio de conducta y conseguir un compromiso. Identificar y seleccionar los factores de riesgo que deben cambiar. Diseñar un plan de modificación de estilos de vida.
- 3.- Sucesivas: Controles mensuales 3-4 sesiones. Uso de báscula de impedancia bioeléctrica (TANITA) para controles de peso, masa grasa, masa ósea, grasa visceral, consumo metabólico, etc. Autoregistro de alimentación y trabajar dietas saludables.
- 4.- Sucesivas: controles bimensuales hasta los 12 meses. Seguir con reafirmación de criterios sobre dieta y actividad física. Incidir en la importancia que tiene en la prevención de riesgo cardiovascular la ausencia de sobrepeso.
- 5.- Controles periódicos como cualquier paciente crónico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Adquirir hábito de realización de ejercicio al menos 4 días por semana.

Información obtenida mediante entrevista personalizada con "preguntas cerradas" cada 6 meses.

- 2.- Disminuir el IMC en 5 puntos a los 12 meses al menos en el 50% de los pacientes controlados en la consulta.
- 3.- Mantener la pérdida de peso alcanzado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2013: elaboración de encuesta de calidad de vida y actividad física. Cumplimentado el motivo de nuestro propósito BAJAR PESO ,Y RECOGER TODA LA INFORMACION en la historia de los pacientes captados hasta la fecha.

Diciembre 2013: Revisión de cambios de actividades física en al menos el 50% de los pacientes captados. Disminución del IMC en 2 puntos al menos en el 50% de los pacientes captados.

Julio 2013: Disminuir el IMC en 5 puntos en al menos en el 50% de los pacientes controlados en la consulta.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

453

**MODIFICACIONES DE HABITOS DE VIDA EN PACIENTES OBESOS DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

## 1. TÍTULO

**OPINION Y MANEJO DE LOS MEDICOS DE FAMILIA Y COMUNITARIA RESPECTO LA VACUNA DEL PAPILOMAVIRUS**

## 2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN ESTEBAN GIMENO

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... CS ACTUR SUR
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MAGALLON BOTAYA ROSA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- LOSTAL GRACIA ISABEL. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ FELEZ CARLOS. MIR. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
- MARCO AGUADO MARIA ANGELES. MIR. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
- GARGALLO GOMEZ MARIA PILAR. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- CLEMENTE JIMENEZ SILVIA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección por el virus de papiloma humano (VPH) es causa necesaria del cáncer de cérvix, detectándose en el 99,8% de los casos. En España, se detectan aproximadamente 1500-2000 casos/año de cáncer de cérvix y se registran 700-800 muertes anuales por esta causa, a pesar de disponer la población acceso a los cribados citológicos para detección precoz de lesiones precancerosas y cáncer de cérvix. En términos de incidencia, el carcinoma cervical es el cuarto más frecuente en Europa, mientras que en términos de mortalidad es el séptimo. Un 70% de los casos son producidos por VPH de los tipos 16 ó 18. Se ha descartado la existencia de cánceres cervicales no asociados a VPHy también se ha objetivado la existencia de ADN del VPH en cánceres anogenitales en varones<sup>2</sup>.

La prevalencia de ADN de VPH en la población femenina asciende al 10% en la población femenina en los países desarrollados, siendo más prevalente en los grupos socialmente más desfavorecidos (reclusas, prostitución, personas infectadas con VIH) <sup>3,4,5</sup>.

Ambos sexos pueden ser portadores asintomáticos de la infección genital por VIH, la prevalencia es más alta en edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales y en mujeres postmenopáusicas explicable por la inmunorregresión asociada a la edad<sup>6</sup>. No todos los pacientes portadores desarrollan enfermedad, la progresión en el caso de los serotipos 16 y 18 se ha documentado en un 17% y un 13% progresivamente. Esto debería constituir un dato a la hora de indicar la vacuna<sup>7</sup>.

Desde el año 2007 está comercializada en España la vacuna frente al virus del papiloma con el objetivo final a largo plazo de prevenir el cáncer de cérvix y a medio plazo la prevención de lesiones precursoras. La eficacia de la vacuna ha sido valorada en ensayos clínicos doble-cego aleatorios y controlado, participaron mujeres de 15 a 26 años con evidencia de infección previa y mujeres de la misma edad sin evidencia de infección previa, la media de seguimiento es de 3 años, en pacientes con evidencia de infección previa se objetiva una eficacia del 39% respecto a lesiones precursoras de carcinoma y un 68% respecto a las lesiones verrugosas, en población sin evidencia de infección previa por técnicas de replicación de ADN o Papanicolau la eficacia para ambas patologías es del 100%. Con respecto a la inmunidad el mayor pico de anticuerpos se objetiva al séptimo mes de inicio de la vacunación y se mantiene estable hasta el mes 60, el 25% de las pacientes no han formado anticuerpos a los 24 meses. Se ha evidenciado la existencia de una respuesta inmunitaria de memoria al vacunar a las personas que previamente eran seropositivas<sup>8,9,10</sup>. No hay estudios de eficacia más allá de 5 años ni hay evidencia de vacunar solo a los grupos de riesgo<sup>11,12</sup>. Está contraindicado su uso en el embarazo y en alérgicos a levadura.

Según datos del IMS (estimados hasta 2013) la cobertura vacunal en mujeres entre 15-25 años es del 11,6%. En Aragón, está incluida en el Calendario Oficial la vacuna tetravalente para las niñas de 14 años. La recomendación del médico, tanto en esta edad, como en personas adultas, representa un factor clave y decisivo para que la mujer se vacune. Esto, junto con lo anteriormente descrito, justifica la procedencia de realizar una encuesta de opinión a los Médicos de Familia.

Dicha vacuna no está exenta de controversia, ya que hay varias líneas de opinión tanto a favor como en contra. Actualmente, desde el punto de vista económico, la estrategia de vacunación más cribada puede ser una opción coste-útil, pero existen incertidumbres como desconocimiento de la efectividad real a largo plazo, cambios de conducta por la falsa seguridad que puede otorgar el hecho de estar vacunados, la falta de estudios en varones y la posible discriminación por sexos si esta estuviese indicada<sup>13</sup>.

Las recomendaciones de la asociación Americana de Pediatría 2012 respecto a la vacunación, indican que hay que realizarse en:

Niñas entre los 11 y los 12 años deben ser inmunizadas de rutina con 3 dosis de VPH<sup>4</sup> o VPH<sup>2</sup>, administradas intramuscularmente a los 0, 1 a 2 meses, y 6 meses. Las vacunas se pueden administrar a partir de los 9 años, a discreción del médico tratante.

Niñas y mujeres entre los 13 y los 26 años de edad que no han sido inmunizadas previamente o que no han completado el esquema completo de vacunación deberían completar las dosis.

Niños entre los 11 y 12 años deberían inmunizarse de rutina con 3 dosis de VPH<sup>4</sup>, administradas intramuscularmente a los 0, 1 a 2, y 6 meses. La vacuna se puede administrar a partir de los 9 años, a discreción del médico tratante.

Todos los niños y hombres entre los 13 y 21 años de edad, que hayan no hayan sido inmunizados previamente o que no han completado el esquema completo de vacunación deberían recibir la vacuna VPH<sup>4</sup>.

Hombres entre los 22 y los 26 años de edad que no han sido inmunizados previamente o que no han completado las dosis pueden recibir la vacuna VPH. Modelos de costo-beneficio justifican recomendaciones más fuertes en este grupo etario.

Se deben realizar esfuerzos especiales para inmunizar a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, hasta la edad de 26 años que no han sido inmunizados previamente o que no han completado las dosis.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

## 1. TÍTULO

**OPINION Y MANEJO DE LOS MEDICOS DE FAMILIA Y COMUNITARIA RESPECTO LA VACUNA DEL PAPILOMAVIRUS**

Actividad sexual previa no es una contraindicación para la inmunización contra VPH o para completar el esquema de dosis. Pacientes infectados con 1 serotipo de VPH todavía podrían obtener beneficio de protección contra alguno de los otros serotipos presentes en la vacuna. Pruebas para identificar exposición previa al VPH no son recomendables. La vacuna se puede administrar cuando una mujer presenta un examen de Papanicolaou anormal o equivocado. No se conoce ningún efecto terapéutico (como sí profiláctico) benéfico de la aplicación de la vacuna.

Personas infectadas con VIH de ambos sexos, desde los 9 hasta los 26 años de edad, que no han sido inmunizados previamente o que no han completado el esquema completo de vacunación deben recibir o completar sus esquemas con VPH.

Las vacunas contra el VPH se pueden administrar concomitantemente con las demás vacunas del esquema de vacunación recomendado para cada país.

La vacuna contra el VPH se puede administrar en estas circunstancias especiales:

Cuando un (a) paciente se encuentra inmunocomprometido (con defensas de su organismo bajas), ya sea por medicamentos o enfermedad.

Cuando una paciente se encuentra dando lactancia.

La vacuna contra el VPH no se recomienda durante el embarazo. El médico debe informarse acerca de la posibilidad de embarazo en mujeres sexualmente activas, pero no se requiere una prueba de embarazo antes de iniciar el esquema de inmunización. Si una paciente que inicio el esquema de vacunación se embaraza, las dosis subsecuentes deben posponerse hasta el término del embarazo. Es recomendado que las mujeres que se embarazan durante la aplicación del esquema sean reportadas a los registros que se han desarrollado para obtener los datos del resultado de la vacunación.

Debido a que la vacuna contra el VPH no previene la infección de todos los serotipos de alto riesgo, las recomendaciones del tamizaje para cáncer cervical (ej. Prueba de Papanicolaou) deben continuar en mujeres que han recibido la vacuna contra el VPH.

La administración de la vacuna contra el VPH no debe modificar las recomendaciones actuales para el uso de métodos de barrera para la prevención de la infección por VPH y demás enfermedades de transmisión sexual. Como tampoco debe modificar las discusiones sobre las decisiones saludables de actividad sexual, incluyendo el uso de condón y la abstinencia.

La inmunización contra VPH de niños desde los 9 años de edad y mayores debería cubrirse por todos los seguros de salud públicos y privados.

Existe un documento de consenso firmado por varias sociedades científicas españolas del 2011 (Asociación Española de Coloproctología (AECOP), Asociación de Microbiología y Salud (AMYS), Asociación Española de Pediatría (AEP) Comité Asesor de Vacunas, Asociación Española de Urología (AEU), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (SEORL)) que avalan la vacuna y la consideran eficaz y segura.

Esto difiere sustancialmente de la opinión semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) que considera precipitada la decisión de incluir la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) en el calendario vacunal ya que destaca que la epidemiología de la infección por el VPH y del cáncer de cérvix en nuestro país no requiere una intervención sanitaria inmediata y considera la infección del VPH una causa necesaria pero no justa del carcinoma de cérvix. Se alega también que la vacuna sólo es eficaz para prevenir lesiones displásicas por los genotipos incluidos en la vacuna y no hay estudios para el grupo de edad en el que se recomienda su aplicación como vacuna sistemática (9-14 años). Otras alegaciones son: no se conoce la efectividad real, ni la duración de la inmunidad ni la necesidad de dosis de recuerdo, no se dispone de datos de seguridad a largo plazo, aunque bien es cierto que los efectos secundarios comunicados a corto plazo son menores, la vacunación no sustituye la necesidad de seguir realizando cribado en mujeres vacunadas y no vacunada y la vacunación es una actividad preventiva complementaria a otras actividades (preservativo, cribado, etc.)<sup>13</sup> en una estrategia preventiva global, la vacuna no trata las infecciones previas. Por último, la semFYC considera que en caso de adoptarse finalmente la decisión de incluirla en el calendario vacunal, se recomienda restringir su uso solamente a las indicaciones aprobadas por el Consejo Interterritorial (niñas 11-14 años).

La FDA (Food And Drug Administration) aprobó la vacuna trivalente contra los serotipos 6, 11, 16 y 18. para su uso en mujeres con el fin de prevenir el cáncer de cuello uterino y algunos cánceres vulvares y vaginales causados por los tipos 16 y 18 de los VPH; así también, fue aprobada para su uso en hombres y mujeres para la prevención de verrugas genitales causadas por los tipos 6 y 11 de los VPH. La vacuna ha sido aprobada para estos usos en hombres y mujeres de 9 a 26 años de edad. La FDA aprobó la vacuna bivalente dirigida a los serotipos 16 y 18 en mujeres de 10 a 25 años de edad para la prevención del cáncer cervical causado por los tipos 16 y 18 de los VPH.

La Organización Mundial de la Salud plantea la posibilidad de hacer una campaña universal de captación en función de los recursos, de la factibilidad y de aspectos programáticos de los países, sin necesidad de screening previos<sup>14,15</sup>.

**.OBJETIVO**

Conocer la opinión y el manejo de esta vacuna por el Medico de Familia  
no existe fuente externa de financiación

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Conocer la opinión de los médicos de Familia y formación sobre esta vacuna  
Discordancias en las opiniones y cuáles son esas discordancias

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

**OPINION Y MANEJO DE LOS MEDICOS DE FAMILIA Y COMUNITARIA RESPECTO LA VACUNA DEL PAPILOMAVIRUS**

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SESIÓN CLÍNICA DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ENCUESTA PERSONAL ENVIADA POR MAIL

Encuesta que se adjunta en Anexo 1 dirigida a todos los Médicos de Familia del Sector I de Zaragoza. Esta encuesta se enviará por correo electrónico y ordinario y la contestación se realizará de forma anónima.

Una vez recabados los resultados de la encuesta, se realizará una sesión de intercambio científico a cargo de Especialista en Obstetricia y Ginecología en los Centros de Salud del Sector.

Posteriormente se hará una encuesta de satisfacción a rellenar por aquellos médicos que asistan a la sesión formativa.

Por último, se hará un informe sobre los datos obtenidos que se enviará a los Centros de Salud que han participado en el proyecto de calidad.

ENCUESTA: por favor, marque con una x la respuesta que más se ajuste a lo que Ud piensa.

1. ¿Recomienda la vacuna VPH a sus pacientes mujeres entre 14 y 25 años?

a. Sí, siempre

b. No, nunca

c. Informo sobre ella, solo si me preguntan

d. Otras opciones (escriba su respuesta si es diferente a las anteriores):

2. ¿Recomienda (o informa sobre) la vacuna VPH a sus pacientes mujeres mayores de 14 años que han iniciado ya sus relaciones sexuales?

a. Sí, siempre

b. No, nunca.

c. Informo sobre ella, solo si me preguntan

d. Otras opciones (escriba su respuesta si es diferente a las anteriores):

3. ¿Recomienda vacuna VPH a sus pacientes mujeres entre 26 y 45 años?

a. Sí

b. No

c. Informo sobre ella, si me preguntan

d. Otras opciones (escriba su respuesta si es diferente a las anteriores):

4. ¿Recomienda vacuna VPH a sus pacientes varones mayores de 14 años?

a. Sí

b. No

c. Sólo en caso de varones homosexuales

d. Informo sobre ella, si me preguntan

e. Otras opciones (escriba su respuesta si es diferente a las anteriores):

5. ¿Considera que la vacuna del papiloma tiene un perfil de seguridad alto?

a. Sí

b. No.

c. No tengo datos sobre su perfil de seguridad

d. No hay evidencia suficiente

d. otras opciones (escriba sus respuestas si es diferente a las anteriores):

7. ¿ En relación a la evidencia científica con respecto a la vacuna del papiloma, considera que esta evidencia es?:

a. Suficiente a favor

b. Suficiente en contra

c. Insuficiente a favor

d. Insuficiente en contra

e. No concluyente

f. otras opciones (escriba sus respuestas si es diferente a las anteriores)

8. ¿ En relación a la recomendación a la población sobre la vacuna del papiloma, cree que el Médico de Familia?

a. Debe recomendar la vacuna.

b. Debe informar sobre la vacuna.

c. No debe informar sobre la vacuna

d. No debe recomendar la vacuna.

d. Debe derivar a otros especialistas para consultar opinión.

e. Otras opciones (escriba su respuesta si es diferente a las anteriores):

Muchas gracias por su colaboración.

Si tiene alguna sugerencia que realizar sobre el tema puede exponerla a continuación.

ANEXO 2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN  
REFERENTE A LA SESIÓN INFORMATIVA

¿CREE UTIL DICHA SESIÓN?

a. Sí

b. No

¿CREE QUE HA CAMBIADO SU OPINIÓN SOBRE LA VACUNA EN GENERAL?

a. Sí

b. No

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

**OPINION Y MANEJO DE LOS MEDICOS DE FAMILIA Y COMUNITARIA RESPECTO LA VACUNA DEL PAPILOMAVIRUS**

¿HA CAMBIADO LAS INDICACIONES EN LAS QUE USTED APLICARÍA AHORA LA VACUNA?

A Sí

b. No

Cuáles, en caso de afirmativo:

OPINE LIBREMENTE SOBRE LA SESIÓN INFORMATIVA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. septiembre -diciembre 2013: distribución y recogida de encuestas

enero-junio 2014: sesiones clínicas en los diferentes centros de salud

julio-septiembre 2014: encuestas de satisfacción

octubre - diciembre 2014: análisis y publicación de resultados, distribución de los mismos a los participantes

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Opinión, vacuna papiloma

OTRA PALABRA CLAVE 2. Médicos de Familia

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

251

**GRUPO DE EDUCACION EN LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CHECA DIEZ

- . Profesión ..... MATRONA
- . Centro ..... CS ARRABAL
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . MIÑANA MUÑOZ ANA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- . TOLOSANA LASHERAS TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La educación a grupos se ha demostrado eficaz en múltiples estudios para

conseguir integrar y mantener hábitos saludables, promoviendo la salud, fomentado el autocuidado, ya que contempla a la familia de manera integral dando importancia tanto a los aspectos físicos, psíquicos, emocionales, culturales y espirituales.

Añaden un valor añadido muy importante al ser los propios integrantes del grupo, desde su experiencia, quien tienen las soluciones más adecuadas las dificultades planteadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que los padres tengan mayor formación y seguridad en la crianza de sus hijos permitiéndoles sentirse capaces de tomar decisiones y dar atención en aquellos problemas frecuentes en la infancia (pequeños catarros, accidentes...etc) sin que tengan que recurrir a la atención de un profesional, evitando así la saturación de consultas de atención primaria y servicios de urgencia  
Facilitar la adquisición de conocimientos que permitan el desarrollo de habilidades necesarias para facilitar la consecución de una lactancia exitosa para madres y bebés

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento que vamos a utilizar es la educación grupal, esta se realizara todos los martes del año, a excepción del periodo estival. Se dividirá en ciclos de 8 semanas con la idea de que sobretodo las madres trabajadoras tengan la opción de completar un ciclo antes de la finalización del permiso por maternidad.  
La responsables serán la matrona en los días centrados en la lactancia y las enfermeras de pediatría los días centrados en los cuidados del bebe.

El grupo tendrá una estructura abierta, permitiendo acudir a todas las madres con sus bebés que deseen acudir. Aunque en cada día habrá un tema concertado se facilitara la resolución de las dudas que planteen las madres de otros temas relacionados con la crianza

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del Proyecto se realizará con una periodicidad anual. Utilizando dos indicadores cuantitativos

- + Número de partos en el año/ Número de asistentes al grupo
  - + Número de hijos en el año/ Número de asistentes al grupo
- Indicador cualitativo
- + Revisión las encuestas que se pasarán tanto al inicio, como al final del grupo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Consistirá en ciclos de ocho semanas con una distribución siguiente:

- + Técnica de lactancia, extracción y manipulación de la leche 1º martes
- + Cuidados del recién nacido 2º martes
- + Prevención y posibles soluciones de problemas relacionados con la lactancia, como grietas, mastitis 3º martes
- + Alimentación complementaria 4º martes
- + Mantenimiento de la lactancia cuando madre y bebe se separen, duración de la lactancia 5º martes
- + Vacunación infantil 6º martes
- + Sexualidad en esta etapa, planificación familiar y cuidados en la salud mujer 7º martes
- + Accidentes y urgencias en la infancia 8º martes

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

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Lactantes
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

251

**GRUPO DE EDUCACION EN LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

345

## 1. TÍTULO

**INSTAURACION DE UNA CONSULTA DE ATENCION AL POMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA**

## 2. RESPONSABLE ..... SARA GUILLEN LORENTE

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... CS ARRABAL
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARGALLO GOMEZ MARIA PILAR. MIR. CS ARRABAL. CS ARRABAL
- CLEMENTE JIMENEZ SILVIA. MIR. CS ARRABAL. CS ARRABAL
- BONET CALAFELL SONIA. MIR. CS ARRABAL. CS ARRABAL
- GISTAU NAVARRO MIGUEL ANGEL. MIR. CS ARRABAL. CS ARRABAL
- AREVALO DE MIGUEL ELISA. MEDICO/A. CS ARRABAL. CS ARRABAL
- EDO FERNANDEZ NOELIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. CS ARRABAL
- DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL. MEDICO/A. CS ARRABAL. CS ARRABAL

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROBLEMA Y OBJETIVOS.

El aumento en la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que están influyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud. Los ancianos son una población especialmente vulnerable, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas. En una reciente revisión de resultados de salud en ancianos, se observó que la polimedición es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. Algunos autores han indicado que cuando se utilizan 10 medicamentos el riesgo de sufrir una RAM llega casi al 100%. También se estima que entre un 5-17% de los ingresos hospitalarios en ancianos son debidos a problemas relacionados con el uso de medicamentos. El elevado número de paciente polimeditados mayores de 65 años en nuestro sector es fuente de numerosas interacciones farmacológicas y de los efectos secundarios derivados. El cumplimiento por parte del paciente de las pautas propuestas se dificulta cuanto mayor es la terapéutica. El gasto sanitario se ve repercutido en este aspecto, con el uso de medicaciones de reciente aparición y que no han demostrado una utilidad diferente a las ya existentes con un aumento considerable de éste.

## OPORTUNIDAD DE MEJORA:

La revisión exhaustiva de las lista de tratamiento crónico y de las medicaciones no contempladas en ella que los pacientes mayores de 75 años usan diariamente en la consulta de Atención Primaria junto con la instauración de una consulta de Atención al Polimeditado en la cual se lleva a cabo la aplicación del Cuestionario de Morisky Green, los criterios STOPP/START, la escala de Riesgo anticolinérgico y el cálculo de riesgo de fallecimiento de PROFUND puede evitar posibles interacciones y reacciones adversas, y disminuir el gasto farmacológico de manera significativa.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La implantación de una consulta de Atención al paciente polimeditado puede disminuir el índice de polimedición, reducir el número de efectos secundarios derivados de ésta, aumentar la satisfacción del profesional y ajustar el gasto sanitario

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

Se creará una consulta de Atención al Polimeditado en el Centro de Salud Arrabal.

La inclusión de los pacientes se realizará de manera consecutiva de entre todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y pertenezcan a los cupos de intervención:

Pacientes mayores de 75 años.

Pacientes en tratamiento con 5 o más fármacos durante los 6 últimos meses

Pacientes con sospecha de polimedición inadecuada o posibles interacciones farmacológicas.

Se descartarán aquellos que cumplan criterios de exclusión:

Pacientes institucionalizados o con impedimento para la asistencia a la consulta.

Se rellenará la HDP (Hoja de Datos del Paciente) en la cual figuran los datos de filiación (fecha de nacimiento, edad, sexo), antecedentes personales, número y tipo de fármacos que consume de manera crónica (financiados y no financiados).

Tras la obtención de los datos básicos se realizará el cuestionario de Morisky Green, y el cuestionario de Barthel se aplicarán en la segunda parte de la consulta los criterios STOPP/START, la Escala de Riesgo anticolinérgico, y se calculará el Riesgo de muerte según la escala PROFUND.

Se informará mediante un documento estándar a cada uno de los MAP, HIM (Hoja de Información al MAP), de los pacientes de su cupo que han sido incluidos en el estudio, informándoles de la necesidad de la revisión de la medicación, con sugerencia de los posibles cambios a realizar tras la aplicación de la batería de escalas previas, siendo en última instancia el facultativo Titular el que tome las decisiones respecto a las

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

345

**INSTAURACION DE UNA CONSULTA DE ATENCION AL POMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA**

modificaciones del tratamiento. .

El equipo de investigadores llevará a cabo una consulta durante 5 días a la semana (1 hora), en fragmentos de 60 minutos para cada paciente.

Población de estudio:

Pacientes mayores de 75 años pertenecientes al Centro de Salud Arrabal que tomen 5 o más fármacos de manera crónica en los últimos 6 meses.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores a utilizar:

Criterios STOPP/START

Escala de Riesgo Anticolinérgico

Escala de dependencia de Barthel

Escala de cálculo de Riesgo de Muerte a los 12 meses de Profund

Cuestionario de Morisky-Green de adherencia al tratamiento

Muestreo:

Se seleccionará muestra entre los pacientes del Centro de Salud Arrabal de manera consecutiva dentro de los cupos seleccionados como Intervención, entre todos aquellos que cumplan criterios de inclusión y no cumplan de exclusión.

Revisión:

A los 6 meses se realizará una revisión de los pacientes incluidos en el programa de Polimedicado valorando el grado de seguimiento de las indicaciones de la consulta de Polimedicación en cada caso en individual atendiendo a las principales causas por las cuales no se han llevado a cabo las orientaciones, y valorando mediante cuestionario las posibles consecuencias que ha tenido lugar en cada caso la desprescripción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO:

Se ha iniciado la gestión de la agenda y el desarrollo del proyecto en Febrero 2013, se prevee desarrollar el proyecto a lo largo de 2013-2014 y tanto obtener resultados como gestionar las publicaciones a finales del 2014

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

138

**LA SALUD FISICA, PSICOLOGICA, SOCIAL, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL**

2. RESPONSABLE ..... MARISA JUAN GERMAN
- Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
  - Centro ..... CS ARRABAL
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- AREVALO DE MIGUEL ELISA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
  - GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La autoestima es la forma de percibirnos, pensar, sentir y comportarnos con nosotras mismas, la percepción del ser "quién soy yo", los rasgos corporales, mentales, y espirituales que configuran nuestra personalidad. Por otra parte y desde la salud pública, la preventiva, la holística, la maternoinfantil, la integrativa, la autogestión de la salud... da igual como la llamemos... sencillamente es una sola, pretendemos devolverle el conocimiento y el poder a quienes nunca debieron dejar de tenerlo sobre sí mismas: a las mujeres. Prevenir desde el respeto por la vida, desde sus inicios. Desde lo individual y lo social. Aproximando y retroalimentando el trabajo de "l@s expert@s" con el de las usuarias; de esa manera queremos favorecer y capacitar el empoderamiento y por lo tanto la autoestima de nuestro grupo de mujeres.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El estado de salud subjetiva y objetivadel grupo de mujeres ha mejorado, ellas expresan que se sienten mejor y la frecuentación a las consultas médicas ha disminuido.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la salud capacitando y responsabilizando a nuestras pacientes de que son responsables de su vida, y la salud es parte de ella.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Metodología y población diana:

Agrupar a las mujeres de 40 a 80 años pertenecientes al Sector, e implicarles en una serie de actividades que repercuten tanto en su bienestar emocional como en la integración social

Integrar a las víctimas del maltrato físico o psíquico dentro de la pareja en un grupo de libre expresión de sus sentimientos proporcionándoles estrategias para implementar su autonomía y amor propio.

Proporcionar una vía de escape emocional a las cuidadoras de enfermos y ancianos con una serie de actividades, con horario flexible y adaptado que permitan la expansión personal y el aprendizaje de técnicas de relajación.

Los objetivos se conseguirán mediante la realización de sesiones semanales de 2 a 3 horas con diferentes profesionales cuya temática es diferente en cada caso. El equipo docente está formado por:

Trabajadora Social Sanitaria: miembro referente del grupo. Organiza horarios y citas semanales. Realiza sesiones de entrevista personal y grupal. Desarrolla técnicas para el empowerment de las pacientes y potenciación de su autonomía.

Profesor de musicoterapia: realiza sesiones de musicoterapia y risoterapia, técnicas de abordaje de los problemas y de desarrollo de la confianza en el grupo y en el individuo.

Profesora de manualidades: realiza sesiones de arteterapia con la realización de trabajos manuales por parte de las pacientes.

Médicos de Familia:

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Máster en medicina naturista, homeopatía y acupuntura. Realiza sesiones de nutrición y homeopatía.

Médico residente en Medicina de familia y Comunitaria. Realiza sesiones de educación médica para población (RCP Básica, osteoporosis y artrosis, menopausia, Primeros auxilios...) junto con sesiones de ejercicio físico grupal.

Otros profesionales: Se cuenta con la colaboración de otros profesionales en las sesiones de mindfulness, reflexología, cromoterapia, etc.

La planificación de las actividades se lleva a cabo trimestralmente con la colaboración de los miembros del equipo docente y según los intereses y necesidades del grupo. Los miembros del equipo docente acuden habitualmente a todas las sesiones que imparte el grupo como un miembro activo más tomando papel discente.

En las sesiones de Educación médica se lleva a cabo una encuesta pre y post para comprobar los conocimientos previos del tema y la evolución del grupo en los contenidos expuestos.

Además de las sesiones llevadas a cabo en las instalaciones del Centro de Salud Arrabal, anualmente se programan varias actividades externas. Durante el curso 2011-2012 se programó:

Visita a un centro de productos homeopáticos.

Caminata cardiosaludable por el parque del "Tío Jorge" junto con los miembros de la Junta de vecinos del Barrio y profesionales del centro de Salud .

Visita cultural al centro de Zaragoza.

Junto con la ayuda de los miembros de la Junta vecinal se plantó un pequeño huerto urbano en las instalaciones externas del Centro de Salud y la recogida posterior de hortalizas.

Taller de risoterapia.

El personal sanitario perteneciente al centro adquiere el compromiso por el cual es parte de un Proyecto Comunitario y da lugar al fomento de nuevas ideas e incorporaciones de profesionales docentes.

El nivel de satisfacción de los miembros del grupo es muy elevado, y cada año se reciben nuevas inscripciones teniendo en la actualidad un total de 25 mujeres en programa. Se ha conseguido una gran cohesión entre el personal del Centro y los miembros del grupo mejorando no sólo las relaciones interpersonales sino también las relaciones médico-paciente.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

138

**LA SALUD FISICA, PSICOLOGICA, SOCIAL, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL****8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. RESULTADOS.**

La inversión en infraestructuras no fue necesaria, al igual que la necesidad de inversión económica por parte de los miembros del grupo quienes únicamente aportan los gastos de material en las clases de arteterapia. El equipo docente trabaja de manera desinteresada en este tipo de actividades.

Las evaluaciones obtenidas en las clases de educación sanitaria son muy positivas.

Número de mujeres dentro de proyecto que acuden a las sesiones semanales.

Frecuentación de las mujeres del grupo a consulta del personal sanitario: nº de visitas por paciente a su médico, durante la duración del curso.

En algunas de las principales sesiones como la de Reanimación Cardiopulmonar Básica, presenta una evolución positiva en el 100% de los casos, con una nota media final de 10/12 puntos, partiendo de una base de 4/12 preintervención.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Durante el curso escolar de octubre del 2012 a junio de 2013.

Actividades previstas:

Musicoterapia

Arteterapia

Relajación

Biodanza

Reflexología Podal

Cromoterapia

Talleres de información sanitaria por parte del personal del centro de salud.

11. OBSERVACIONES. Todo el personal del equipo sanitario perteneciente a nuestro centro de salud es colaborador en el programa; medicina, enfermería, auxiliares, incluido el personal de limpieza. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Adultos

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

243

## 1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL RECIEN NACIDO EN EL CS SANTA ISABEL DESDE ENERO DE 2010 A DICIEMBRE 2011. SEGUIMIENTO Y VALORACION

2. RESPONSABLE ..... BLANCA JIMENO SIERRA  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS SANTA ISABEL  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA. PEDIATRA. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA  
· SANZ DE MIGUEL ENCARNACION. MATRONA. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA  
· VALLES PINTO MARIA DOLORES. MATRONA. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. MEJORAR LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) ASOCIADA A LA ASISTENCIA A GRUPOS DE PREPARACION AL PARTO Y GRUPOS DE CRIANZA. SEGUN LA OMS, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA Y ASOCIACION AMERICANA DE PEDIATRIA ACONSEJAN LME HASTA LOS 6 MESES Y HASTA LOS DOS AÑOS, JUNTO CON ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. SIN EMBARGO EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS RECOMENDACIONES ES ESCASO. LA MEJORA SERA PROMOCIONAR Y APOYAR A LAS MADRES EN LOS GRUPOS DE PREPARACION AL PARTO Y GRUPOS DE CRIANZA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORAR TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO. MEJORAR LAS TASAS DE LACTANCIA MIXTA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO. PROMOCIONAR LA ASISTENCIA A GRUPOS DE PREPARACION AL PARTO Y GRUPOS DE CRIANZA, PARA DESARROLLAR HABILIDADES PROPIAS DE LA CRIANZA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. OFRECER UNA PRIMERA SESION INFORMATIVA INDIVIDUALIZADA EN LA CONSULTA DE EMBARAZO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU POSTERIOR DERIVACION A GRUPOS DE PREPARACION AL PARTO, DONDE SE INFORMA DE MANERA GRUPAL Y AMPLIA SOBRE VENTAJAS, SUPERACION DE DIFICULTADES E INFORMACION DEL GRUPO DE CRIANZA DESPUES DEL PARTO APOYANDONOS EN MEDIOS AUDIOVISUALES Y DINAMICAS DE GRUPO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. TASAS DE NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS SEIS MESES DE VIDA. TASAS DE LACTANCIA MIXTA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. TASAS DE ASISTENCIA A GRUPOS DE PREPARACION AL PARTO Y GRUPOS DE CRIANZA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN. ENERO 2010- DICIEMBRE 2011. RECOGIDA DE DATOS: MARZO- ABRIL 2013. ESTADISTICA Y ELABORACIÓN DE RESULTADOS: MAYO-JUNIO 2013.

11. OBSERVACIONES. NO EXISTEN DATOS DE PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS AÑOS PREVIOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. NOS PLANTEAMOS EN UN FUTURO LA CONTINUIDAD DE ESTE PROYECTO PARA COMPARAR LOS DATOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LOS AÑOS 2012-2013.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA  
·EDAD. MUJERES LACTANTES  
·SEXO. Mujeres  
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

266

**PROMOCION DE LACTANCIA MATERNA DESDE GRUPO DE APOYO CRIANZA-LACTANCIA-UNIDAD DE MATRONA YSERVICIO DE PEDIATRIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE AZUARA LAGUIA

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... CS VILLAMAYOR
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDRES NILSSON ANA KARIN. PEDIATRA. CS VILLAMAYOR. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las tasas de lactancia materna en su evolución a lo largo de los primeros meses de vida parecen ser mejorables. Las tasas de lactancia materna disminuyen ostensiblemente tras la incorporación de la mujer al ámbito laboral. Aportar información sobre cuidados del recién nacido y crianza disminuiría el número de consultas de los servicios de atención primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar las tasas de lactancia materna en los primeros 6 meses de vida. Reforzar y mejorar tasas de lactancia materna tras la incorporación al mundo laboral. Mejorar el grado de bienestar y confianza de la nueva familia. Disminuir trastornos leves en los niños en las primeras etapas de la vida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mejorar las tasa de lactancia materna exclusiva a los 4 meses, a los 6 meses. Mejorar la tasa de lactancia materna hasta el primer año de vida tras la introducción de la alimentación complementaria a partir del los 6 meses de vida.

Proporcionar información sobre las ventajas de la lactancia materna a las embarazadas. Asistencia a grupo de maternidad-preparación al parto o consulta matrona del centro de salud al 80% de las gestantes.

Captación precoz de la mujer puérpera tras salida del hospital en consulta matrona.

Captación precoz en la consulta de pediatría en la primera semana de vida

Asistencia al grupo de apoyo lactancia-crianza desde el primer mes de vida.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Edad del recién nacido en la primera visita a atención primaria.

Porcentaje de lactancia materna exclusiva en la primera visita.

Porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 4 y 6 meses.

Porcentaje de madres-padres que asisten o han asistido durante los tres primeros meses de vida del recién a un grupo de apoyo a lactancia materna-crianza vinculado con el centro de salud de atención primaria.

Establecer programa de educación grupal sobre lactancia materna-crianza en coordinación con el de preparación al parto y seguimiento unidad pediátrica. Se registraran sesiones y breve acta de las mismas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio grupo de apoyo lactancia-crianza Mayo 2013.

Registro prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 4 meses-Septiembre 2013.

Registro prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses-Noviembre 2013.

Registro prevalencia de lactancia materna a los 12 meses-Mayo 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. lactantes, mujeres y hombres
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

**WEBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR: PRESENTACION DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VILLAMAYOR, CUESTIONES GENERALES RELATIVAS A SALUD E INFORMACION ORGANIZATIVA Y ADMINISTRATIVA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE IBAÑEZ ALGORA  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS VILLAMAYOR  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ANDRES NILSSON ANA KARIN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. PEDIATRIA  
· TORNE BLASCO CARMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. MEDICINA GENERAL  
· CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. MEDICINA GENERAL. COORDINACION E.A.P.  
· AZUARA LAGUIA MARIA JOSE. MATRONA. CS VILLAMAYOR.  
· OLAGUE VIDAL ANTONIO. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo de este proyecto es mejorar, mediante el uso de las nuevas tecnologías, la utilización de los recursos de que disponemos, garantizando a los pacientes/usuarios y ayuntamientos de nuestra zona básica de salud, una información actualizada de los servicios que prestamos y de información general relativa a su salud, contribuyendo de esta forma a mejorar la accesibilidad de los servicios asistenciales, la autonomía del paciente/usuario, su responsabilidad y concienciación en un momento especialmente sensible para nuestra sanidad.

Básicamente nuestro proyecto está destinado a la creación de un blog en el cual, tanto los profesionales que integran el equipo de mejora, como el resto del equipo de atención primaria y continuada "Villamayor", con su presentación mediante una vídeo composición fotográfica, y la aportación de sus ideas y propuestas, podamos mejorar los procesos asistenciales, organizativos y administrativos, mejorando la atención y satisfacción del paciente. Este medio permite además recibir la consulta y sugerencias del usuario, lo que permite un feedback que facilita la inserción de nuevos contenidos y comentarios y mejora la comunicación médico/paciente.

En cuanto a la vídeo composición a la que hemos hecho referencia, fue presentada como Proyecto de Mejora de nuestro centro de Salud, en el Contrato Programa del año 2012 - 2013, por lo que actualmente se encuentra en fase de desarrollo y mejora. Los ayuntamientos de las poblaciones correspondientes a nuestra zona básica de salud: Villamayor, Perdiguera, Lecifñena, Farlete y Monegrillo, mostraron su interés por esta presentación audiovisual, ofreciendo sus páginas web para su inclusión, por lo que nuestro propio blog facilitaría a estos ayuntamientos, mediante un simple enlace, toda la información actualizada que vayamos colgando. De este modo ahorramos material y tiempo en las constantes modificaciones que se van produciendo, y evitamos a los ayuntamientos el trastorno de modificar lo que han colgado en su web.

Con todo ello hemos intentado recoger la misión, visión y valores del Servicio Aragonés de Salud, así como los compromisos del Departamento de Salud y Consumo con los Usuarios del Sistema de Salud de Aragón.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Transmitir una información básica que resulte de utilidad tanto para el paciente/usuario, como para nuestro equipo.

- Información sobre servicios, horarios, citas, Salud Informa.
- Información organizativa: direcciones y teléfonos de consultorios, Centros de Especialidades y Hospitales.
- Información sobre cambios relativos a tarjeta sanitaria.
- Cuándo debe acudir a consulta. Optimización de la demanda de asistencia sanitaria.
- Información general sobre consultas habituales en materia de salud: tos, fiebre, alimentación, revisiones, etc.
- Fomento de hábitos saludables y control del consumo de fármacos.
- Orientar los contenidos a mejorar nuestra relación con el paciente mostrándonos accesibles, y ofreciendo un trato más personalizado.
- Dar a conocer los recursos humanos y materiales que se ponen a su servicio, el alcance de nuestras prestaciones y servicios y, como se distribuye nuestro trabajo en la población principal, Villamayor, y en los consultorios que dependen de ella: Perdiguera, Lecifñena, Farlete y Monegrillo, garantizando el derecho del paciente a la información clara acerca del equipo de profesionales de la atención sanitaria de su zona, de los servicios y recursos puestos a su disposición.
- Audiovisual con presentación de todos los miembros del equipo, sus funciones, instalaciones y medios.
- Mejorar la colaboración y la confianza de la comunidad para la que trabajamos.
- Gestionar la información que se reciba del paciente/usuario, feedback: disminución del número de reclamaciones, aumento de la satisfacción con la atención recibida.
- Aumentar la calidad y la eficiencia de nuestro servicio.
- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado: optimizar el uso de la herramienta de Internet a través del weblog. La información se actualizará periódicamente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actualización de la presentación audiovisual del E.A.P. VILLAMAYOR., autorizada por la Dirección del Sector I, a quien se solicitó permiso para su inclusión en la página web

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

**WEBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR: PRESENTACION DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VILLAMAYOR, CUESTIONES GENERALES RELATIVAS A SALUD E INFORMACION ORGANIZATIVA Y ADMINISTRATIVA**

del Ayuntamiento de Villamayor.

- Creación de Weblog "C.S. VILLAMAYOR" específico de nuestra zona básica de salud: Villamayor, Perdiguera, Leciñena, Farlete y Monegrillo, con inclusión de la presentación del E.A.P. y contenidos variados relacionados con la organización asistencial, tales como: información básica para la salud, cuándo debe acudir a consulta, asuntos administrativos, enlaces a páginas relacionadas como la web del Servicio Aragonés de Salud, Saud Informa, Ayuntamientos, etc., como lugar de referencia donde encontrar respuesta a las cuestiones más habituales de pacientes, usuarios y profesionales implicados.
- Comunicación a los ayuntamientos de Villamayor, Perdiguera, Leciñena, Farlete y Monegrillo, de la existencia del blog para enlazar sus webs.
- Comunicación a los pacientes/usuarios sobre su existencia y posibilidad de participación.
- Carteles informativos.

**RESPONSABLES:**

María José Ibáñez Algora: Información sobre cuestiones administrativas y organizativas. Creación del blog y gestión de los contenidos.

Karin Andres: Información general sobre cuestiones relativas a salud en el área de pediatría. Creación del blog y gestión de contenidos.

Carmen Torné: Información sobre cuestiones relacionadas con la salud en medicina general. Temas específicos: cuándo acudir a consulta.

Yumen Chabbar: Información sobre cuestiones relativas a salud en medicina general. Temas específicos: atención a las dudas planteadas por pacientes cuya respuesta pueda resultar de interés general. Avisos sobre modificaciones de horarios o días de consulta en las diversas poblaciones.

María José Azuara: Información general sobre cuestiones relativas a la mujer: revisiones, anticoncepción, embarazo, puerperio, cuidado del recién nacido y lactancia, etc.

Antonio Olague: Información general sobre cuestiones relativas a salud en el área de enfermería. Avisos sobre modificaciones de horarios o días de consulta en las diversas poblaciones.

Todo el Equipo de Atención Primaria Villamayor: presentación audiovisual realizada con la colaboración de todos los profesionales: médicos, pediatría, M.A.C.s, D.U.E.S. E.A.C.s, matrona, personal administrativo y de limpieza.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La monitorización de los valores seleccionados se realizará mediante:

- Recuento de visitantes del blog.
- Número de consultas y sugerencias recibidas.
- Participación de los profesionales en la información publicada y consultas atendidas.
- Consulta a los ayuntamientos sobre su interés y el de su población en la información que se pone a su disposición y recepción de sus propuestas.
- Consulta directa a los pacientes/usuarios.
- Registro de reclamaciones.
- Encuestas de satisfacción.

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

Actualización contenidos: Mayo - Junio 2013

Fecha de finalización: Abril '13. Revisión continua, actualización periódica.

Comprobación de visitantes 1-09-13 al 30-04-13

Calendario previsto:

Mayo'13: Actualización de contenidos del audiovisual.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

**WEBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR: PRESENTACION DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VILLAMAYOR, CUESTIONES GENERALES RELATIVAS A SALUD E INFORMACION ORGANIZATIVA Y ADMINISTRATIVA**

Mayo - Junio`13: Creación del weblog e inclusión de contenidos. Comunicación a los ayuntamientos de Villamayor, Perdiguera, Lecifena, Farlete y Monegrillo, de la existencia del blog para enlazar sus webs. Comunicación a los pacientes/usuarios sobre su existencia y posibilidad de participación, carteles informativos.

Junio`13 a Abril`14: Inserción de información, respuesta a consultas.

Septiembre - Octubre`13: comprobación y revisión de funcionamiento y contenidos con los ayuntamientos, profesionales y usuarios de la zona básica de salud.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ACCESIBILIDAD, TRATO PERSONALIZADO, COLABORACION, CONFIANZA, CALIDAD Y EFICIENCIA

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

389

**RIESGO ANTICOLINERGICO: UN ASPECTO CLAVE A VALORAR EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS. PROYECTO DE MEJORA EN TODOS LOS SECTORES SANITARIOS DE ARAGON**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA MANCHO  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PINA GADEA BELEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACOLOGIA CLINICA  
· AZA PASCUAL SALCEDO MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACOLOGIA CLINICA  
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACOLOGIA CLINICA  
· ELFAU MAIRAL MARIA. FARMACEUTICO/A. DAP HUESCA. FARMACOLOGIA CLINICA  
· BANDRES LISO ANA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. FARMACOLOGIA CLINICA  
· BUISAN GIRAL MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. DAP BARBASTRO. FARMACOLOGIA CLINICA  
· GARCIA COLINAS ARANTZAZU. FARMACEUTICO/A. DAP ALCAÑIZ. FARMACOLOGIA CLINICA  
· CLEMENTE ARENERE ANA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. FARMACOLOGIA CLINICA  
· SAINZ MONTANER MARIA NADEIA. FARMACEUTICO/A. DAP CALATAYUD. FARMACOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Noviembre de 2012 el Servicio Aragonés de Salud publicó el "Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado", con el fin de dotar a los profesionales sanitarios de herramientas que permitan la revisión estructurada y sistemática de los tratamientos farmacológicos, como medidas para mejorar la seguridad, la adherencia terapéutica, la efectividad y la eficiencia de la terapia farmacológica.

Para facilitar la revisión clínica de la medicación se diseñó un formulario que recoge para cada paciente polimedicado los diagnósticos, y fármacos asociados junto con las recomendaciones de medicación inapropiada en los ancianos basadas en los criterios STOPP y Beers.

El programa ha sido presentado a los profesionales y se ha realizado formación específica en Atención Primaria en todos los sectores sanitarios.

Como oportunidad de mejora, ya recogida en el programa, se incluye la valoración del riesgo anticolinérgico del tratamiento en pacientes ancianos polimedcados, variable de especial relevancia en este tipo de pacientes por su mayor susceptibilidad a estos efectos y consecuencias derivadas de los mismos (deterioro cognitivo, caídas, estreñimiento...).

Para valorar el riesgo anticolinérgico se dispone de diversas escalas, elaboradas por diferentes medios y de difícil aplicabilidad directa en Atención Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Consensuar con los profesionales una tabla o escala para evaluar el riesgo anticolinérgico de los medicamentos más habitualmente prescritos

• Incluir en el formulario del anciano polimedicado la valoración del riesgo anticolinérgico mediante la escala anterior, para facilitar al profesional la revisión de este aspecto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Revisión bibliográfica de escalas o métodos de valoración del riesgo anticolinérgico publicadas.

• Reuniones del Grupo de Trabajo del Salud del anciano polimedicado.

• Consensuar entre los profesionales del Grupo de Trabajo la relación de medicamentos y puntuación de riesgo anticolinérgico

• Inclusión en el formulario individualizado del ítem de riesgo anticolinérgico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Tabla de riesgo anticolinérgico consensuada.

- Formulario del paciente polimedicado con el ítem de riesgo anticolinérgico incluido.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración prevista: Un año

Fecha de inicio: Mayo 2013

Búsqueda bibliográfica: Mayo 2013

Reuniones del grupo de trabajo: Junio-Noviembre 2013

Elaboración tabla de riesgo anticolinérgico: Junio-Noviembre 2013

Adaptación del formulario individualizado del paciente: Febrero 2014

Revisión del nuevo formulario: Marzo 2014

11. OBSERVACIONES. El grupo de trabajo está constituido por profesionales médicos y farmacéuticos de Atención Primaria de todos los sectores sanitarios, cuya composición está detallada en el programa editado por SALUD en noviembre 2012.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

389

**RIESGO ANTICOLINERGICO: UN ASPECTO CLAVE A VALORAR EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS. PROYECTO DE MEJORA EN TODOS LOS SECTORES SANITARIOS DE ARAGON**

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

038

## 1. TÍTULO

**SEGUIMIENTO MEDIANTE LA DETERMINACION DE HEMOBLOBINA A1C CAPILAR COMO PARAMETRO DE CONTROL GLUCEMICO EN EL SEGUIMIENTO INTRAANUAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (DM) TIPO 1**

2. RESPONSABLE ..... MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CME GRANDE COVIAN
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GARCIA LABORDA ANGELA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- CASABONA CABELLO MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- COMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para el seguimiento de la DM la variable más ampliamente usada y recomendada es la hemoglobina Alc (HbA1c), ya que refleja los valores medios de glucosa en sangre de los 2-3 meses anteriores. Se ha demostrado que un descenso de las concentraciones de HbA1c se relaciona con una disminución de las complicaciones crónicas de la DM y, dentro del ámbito asistencial, las guías de práctica clínica y los protocolos de seguimiento incluyen en la DM tipo 1 un mínimo de 3-4 determinaciones de HbA1c anuales, según el grado de control del paciente con este tipo de diabetes. Estas medidas suponen varias visitas para obtención y transmisión de un resultado analítico. Anualmente, se solicita una HbA1c junto con otros parámetros bioquímicos, pero en el resto de revisiones inta anuales sólo sería necesario realizar este parámetro en pacientes que no presentan otras alteraciones, como puede ser alteración de la función renal o perfil lipídico.

Nos planteamos realizar esta determinación de HbA1c en sangre capilar con analizador DCA Systems Siemens, es un método cuantitativo para determinar el porcentaje de concentración de HbA1c en sangre capilar. Este análisis se basa en un método de inhibición de la inmuoaglutinación de patículas de latex. El autoanalizador necesita una vez encendido un periodo de 2 minutos de calibración y una vez recogida la muestra capilar el resultado es dado en 6 minutos. Esta determinación de HbA1c capilar se realizará el mismo día de la visita de revisión médica, lo que reduciría el número de desplazamientos de los pacientes, consiguiendo rapidez en la toma de decisiones sobre el seguimiento, tratamiento y mejorando la productividad. Existen varios estudios y también ha sido comprobado en nuestro Servicio con algunos pacientes la concordancia y la fiabilidad analítica de la determinación de HbA1c capilar con la determinada en plasma venoso y analizada en el laboratorio de referencia. Se realizarán controles de calidad realizando periódicamente determinación en el mismo paciente de HbA1c en sangre capilar utilizando el autoanalizador DCA Systems Siemens y en plasma venosa en laboratorio central.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejora la calidad de vida del paciente con diabetes tipo 1 evitando desplazamiento y número de visitas.

-Mejora el seguimiento del paciente de forma rápida y segura, favoreciendo la accesibilidad y comodidad.

-Mejora la toma de decisiones en el seguimiento del paciente mal controlado o cambios en el tratamiento.

-Mejora de utilización de recursos sanitarios. Evita sobrecargas en puntos de extracción analítica.

-Mejora la eficiencia al suponer un ahorro de horas para los profesionales y los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Informar al personal de la Sección de endocrinología (endocrinólogas, enfermeras, educadoras en diabetes) y personal del laboratorio que suministra los reactivos para la determinación de HbA1c capilar que se va a iniciar esta actividad. Responsable : coordinador de este programa de calidad.

-Informar al paciente que en las siguientes revisiones no será necesario realizarse un analítica previa a la visita médica, dado que se realizará en el momento que acuda a la consulta. Responsable: endocrinóloga que revisa al paciente.

-Explicar la técnica a la enfermera responsable de la realización. Responsable: personal del laboratorio.

-Coordinación del personal de la Sección (endocrinólogas, educadoras en diabetes y enfermeras) para la realización de la determinación capilar el día que acuda el paciente a la visita médica. Responsables: endocrinólogas, educadoras en diabetes y enfermeras.

-Realizar la determinación de HbA1c capilar. Responsable: educadora y enfermeras.

-Evaluación de implantación de este sistema de control en el paciente con diabetes tipo 1. Responsable: coordinador de este programa de calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Registro de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que han acudido a la consulta en un año y registro del número de HbA1c capilar que se han realizado.

-Porcentaje de pacientes que presentan una HbA1c menor o igual a 7%.

-Se contabilizará el tiempo que se hubiera empleado si se realiza el procedimiento en el laboratorio (tiempo de programación, tiempo de preparación del material, tiempo de extracción y etiquetado, tiempo de realización de la técnica). Se valorará el tiempo que cuesta la realización de la HbA1c capilar.

-Coste medio por paciente anual comparando la realización de HbA1c capilar el día de la visita médica con la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

038

## 1. TÍTULO

**SEGUIMIENTO MEDIANTE LA DE DETERMINACION DE HEMOBLOBINA A1C CAPILAR COMO PARAMETRO DE CONTROL GLUCEMICO EN EL SEGUIMIENTO INTRAANUAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (DM) TIPO 1**

realización de HbA1c en plasma venoso en laboratorio central.

-Encuesta de satisfacción del paciente valorando la rapidez, accesibilidad, higiene, comodidad.

-Encuesta de satisfacción de los profesionales, valorando la facilidad de uso, comodidad, seguridad, rapidez total de proceso y lograr objetivos del control propuestos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: mayo-2013; fecha de finalización: mayo-2014.

## CRONOGRAMA:

1. Información al personal de la Sección de la implantación de esta actividad.
2. Realización de HbA1c capilar en las revisiones intraanuales (3-4/año) del paciente con diabetes tipo 1 sin otro tipo de alteraciones, fundamentalmente lipídicas o renales, para seguimiento de control glucémico.
4. Los profesionales pasarán la encuesta de satisfacción al paciente el día de la consulta.
5. Evaluación de la implantación de este sistema de control en el paciente con diabetes tipo 1.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

136

**CONSERVAR INDEFINIDAMENTE TODOS LOS DOCUMENTOS ORIGINADOS EN LA GESTION DEL SERVICIO EN FORMATO INFORMATICO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MONTEAGUDO RICO CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ARCHIVOS  
· LOLUMO GARCIA CESAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ARCHIVOS  
· TENA TOMAS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ARCHIVOS  
· VALDEZATE GONZALEZ MARIANO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ARCHIVOS  
· PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ARCHIVOS  
· ASCASO VILLAGRASA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ARCHIVOS  
· TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ARCHIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los armarios del Servicio están repletos de carpetas definitivas con todos los papeles, listados, permisos del personal... que se utilizan en la gestión del trabajo. Se guardan mientras hay espacio, luego se destruyen para incluir lo reciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Guardar todo en soporte informático supone la liberación del espacio que ocupa el papel, aumento importante del tiempo de conservación y búsqueda rápida y eficaz de cualquier documento que necesitemos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Jefa de Equipo creará el formato necesario para guardar los documentos. Toda la plantilla se encargará de escanear los documentos que se utilizan diariamente. Progresivamente, irán aprendiendo a nombrar adecuadamente cada documento para futuras búsquedas y guardarán en su sitio específico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % plantilla que escanea los documentos

% plantilla que nombra y ubica los documentos en su carpeta de destino

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril: Creación del formato y formación a la plantilla  
Mayo: Escaneado de documentos. La Jefa de Equipo nombra, ubica y enseña a cuatro personas de la plantilla.  
Junio: Formación a las otras cuatro personas.  
A partir de entonces, las ocho personas entran en rueda para hacer la tarea diariamente.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

330

## 1. TÍTULO

**ALTA HOSPITALARIA Y REINGRESO DE ANCIANOS MUY ANCIANOS ¿QUE OCURRE**

## 2. RESPONSABLE ..... CARMEN CANOVAS PAREJA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA ARILLA CALVO ERNESTO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. JEFE SERVICIO GERIATRIA
- BLASCO JIMENEZ ANTONIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE ADMISION
- CONSTANTE PEREZ YAMILE. MIR 3°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- GIL RODRIGUEZ JAVIER. MIR 3°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema u Oportunidad de mejora seleccionada

En el Servicio de Geriátría del Hospital Nuestra Señora de Gracia atendemos a pacientes de edad avanzada procedentes de los tres Sectores de Salud de Zaragoza con una edad media en los últimos años en torno a los 86 años que presentan alguna enfermedad aguda, descompensación de algún proceso crónico previo o que precisan prolongar su estancia hospitalaria con la finalidad de conseguir su recuperación funcional. El perfil de pacientes que ingresa es variado en sus características previas: persona mayor sana que enferma, paciente geriátrico con gran fragilidad y elevada comorbilidad que sufre descompensación de procesos crónicos y también personas en fase preterminal de enfermedad.

La procedencia de nuestros pacientes es sobre todo de los Servicios de Urgencias de los hospitales de Zaragoza (Hospital Royo Villanova principalmente, pero también del Hospital Clínico Universitario y del Hospital Miguel Servet) y de nuestras propias Urgencias del Hospital. También desde nuestras Consultas externas y directamente del Domicilio o Residencia del paciente previa solicitud de cama hospitalaria.

Sabemos que existe una elevada prevalencia de utilización de los Servicios de Urgencias y hospitalarios de los pacientes que atendemos en el Servicio de Geriátría y que con frecuencia existe un "circuito" por varios hospitales y por diversas especialidades médicas.

Sin un claro conocimiento del perfil clínico del paciente reingresador ni consumidor de recursos hospitalarios, creemos que la elevada comorbilidad de nuestros pacientes puede condicionar este hecho, siendo la fragilidad una característica común en muchos pacientes en nuestro entorno. En cualquier abordaje de estrategia de atención a la cronicidad, el paciente pluripatológico complejo y de edad constituye un grupo de población que consume muchos recursos y en el que medidas distintas a las hoy implementadas podrían contribuir a una atención mas eficiente.

De forma habitual los sistemas de información hospitalaria registran el reingreso del propio centro sin considerar la posibilidad de que se le pueda prestar asistencia en otro centro hospitalario. La ausencia de reingreso del paciente en el mismo Servicio u hospital no necesariamente indica su estabilidad clínica, si no que su pérdida puede deberse a distintos factores como el cambio de Sector por cambio de domicilio o nueva ubicación en Residencia, ausencia de camas disponibles en el Centro anterior o incluso el fallecimiento del paciente. En ocasiones el ingreso hospitalario no se produce pero si la derivación al Servicio de Urgencias de diferente centro por el mismo u otro motivo.

En nuestro propio hospital, en el ámbito del Servicio de Geriátría, a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en 2012, sabemos que de los 1173 ingresos, 230 son reingresos (19,6%) y 69 (5,8%) lo han sido en el primer mes (reingreso precoz en su denominación clásica); siendo con igual categoría diagnóstica mayor (CDM) 24 y con el mismo diagnóstico principal, 14.

En la actualidad el acceso informático al Historial asistencial del paciente en la intranet del SALUD nos permite conocer el itinerario de episodios de descompensación del paciente y creemos debe ser recomendada su consulta. Por otra parte, Atención Primaria es un eslabón fundamental en la coordinación entre niveles asistenciales y en la utilización de recursos como pueden ser la solicitud de interconsultas a otros especialistas; en este sentido pensamos que hay un amplio margen de oportunidad compartida de mejora.

Para obtener información sobre "el circuito de utilización de recursos asistenciales" en nuestro entorno, en el año 2012 realizamos un estudio preliminar en una muestra aleatoria de pacientes ingresados entre agosto y diciembre de 2012. Se registró si habían acudido a urgencias o si habían sido hospitalizados en algún servicio hospitalario público de Zaragoza, 2 meses antes de nuestro ingreso o 2 meses después del alta y la causa que lo motivó. Los resultados han sido presentados en una Comunicación a Las Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Geriátría celebrada en Zaragoza el abril de 2013 y fueron los siguientes:

"59 pacientes. 60% fueron mujeres. Edad media 86,54 años. Mayores de 80 años: 82%. Mayores de 90 años: 29%. El 41% vivían en domicilio. 60% con dependencia severa (I. de Barthel < 20). Chalon medio 7. 44 procedían de urgencias (60% HRV y 15% HCU) y 6 de domicilio. 5 fueron convalecencias. El 56% tomaba >7 fármacos al ingreso y el 33,3% al alta. La estancia media fue de 10,69 días. 7 fallecieron en el hospital. 54% tenían demencia, 35,6% ACV y el 30,5% disfgia. 17% depresión. 46% insuficiencia cardiaca y respiratoria, 40% arritmias, 20% neumonía. 57,6% anemia, 30% diabetes, 34% insuficiencia renal. 17% deshidratación, 30% impacto fecal, 10% retención de orina y el 15% UPP.

El 22,4% de los pacientes (13) había tenido algún ingreso hospitalario 2 meses antes (5 pacientes: 2 ingresos y 1 paciente. 3 ingresos), 5 en nuestro Servicio. El motivo de ingreso coincidió en el 53,8%. El 22,4% había acudido también a Urgencias sin ingreso hospitalario 2 meses antes.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

330

**ALTA HOSPITALARIA Y REINGRESO DE ANCIANOS MUY ANCIANOS ¿QUE OCURRE**

El 37% de los pacientes (19) ingresó de nuevo 2 meses tras el alta hospitalaria, sólo 9 en nuestro Servicio (5 pacientes 2 veces y 2 pacientes 3 veces). El motivo de ingreso coincidió en el 36,4%. El 14,3% acudieron a Urgencias sin ingresar. 5 fallecieron en los 2 meses post alta. No se encontró un perfil de paciente que utiliza con más frecuencia recursos asistenciales con independencia de su nivel cognitivo, capacidad funcional, comorbilidad o existencia de polimedicación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Resultados que se espera conseguir:

Tras este estudio preliminar el Objetivo de nuestro Proyecto de Calidad es conocer, en una muestra amplia y mas prolongada en el tiempo, la prevalencia de utilización de recursos asistenciales como los Servicios de Urgencias, otras Unidades de Hospitalización (ingreso) o interconsultas ambulatorias en centros de especialidades de los pacientes que ingresan en el Servicio de Geriátria, antes y después de la estancia en nuestro Centro. Valorar si existe coincidencia en las causas que lo motivan y determinar si existe un perfil de paciente reingresador. Creemos que esta información puede servir para establecer medidas de mejora en la atención de los pacientes mayores especialmente aquellos con múltiples enfermedades crónicas y más dependientes que nos permita gestionar mejor los recursos disponibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Método y Actividades para mejorar:

Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Geriátria desde enero a junio de 2013. Se analiza si han acudido a urgencias o si han sido hospitalizados en algún Servicio hospitalario público de Zaragoza, 3 meses antes de nuestro ingreso o hasta 3 meses después del alta y la causa que lo motivó. Se registra también si durante ese tiempo han sido atendidos por algún especialista en consulta ambulatoria programada. Se obtienen datos de los Programas informáticos de SALUD hospitalarios y OMI en Atención Primaria. Se analizan datos sociodemográficos, clínicos, comorbilidad (Índice de Chalson), nivel cognitivo (MSQ Pfeiffer-MEC Lobo) y funcional (Índice de Barthel). Se anota polifarmacia (>=7 fármacos). Se registra el Índice pronostico PROFUND. Se registrará el fallecimiento durante ese tiempo. Análisis estadístico con programa SPSS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores. Evaluación y seguimiento:

Número de pacientes que han utilizado los Servicios de Urgencias hospitalarios en los 3 últimos meses/Nº de pacientes ingresados X 100

Número de pacientes que han ingresado en algún Servicio hospitalario en los 3 últimos meses/Nº pacientes ingresados X 100

Número de pacientes que han sido valorados por algún médico especialista público en los 3 últimos meses/Nº pacientes ingresados X 100

Número de pacientes que han utilizado los Servicios de Urgencias hospitalarios en los 3 meses post alta/Nº pacientes ingresados X 100

Número de pacientes que han ingresado en algún Servicio hospitalarios en los 3 meses post alta/Nº pacientes ingresados X 100

Número de pacientes que han sido valorados por algún médico especialista público en los 3 meses post alta/Nº pacientes ingresados X 100

Número de pacientes que han fallecido en los 3 últimos meses post alta/ Nº pacientes ingresados X 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración y calendario previsto: Año 2013

0) Fase preliminar: Estudio previo con análisis en una muestra de pacientes ingresados en el S. de Geriátria entre agosto y diciembre de 2012. Presentación de Resultados en la Jornada de la Sociedad Aragonesa de Geriátria en marzo 2013.

1) Recogida de Población a estudio: Todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriátria del Hospital. Ntra Sra. de Gracia entre enero y junio de 2013 (6 meses).

2) Julio-Octubre 2013. Búsqueda de información en el sistema informático del SALUD y registro de variables a analizar.

3) Noviembre 2013. Análisis de resultados.

4) Diciembre 2013. Elaboración Informe definitivo.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

330

**ALTA HOSPITALARIA Y REINGRESO DE ANCIANOS MUY ANCIANOS ¿QUE OCURRE**

OTRA PALABRA CLAVE 1. anciano

OTRA PALABRA CLAVE 2. reingreso hospitalario

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

445

**INSTAURACION DE UN PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA****2. RESPONSABLE** ..... JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- LAFUENTE MATEO MIRIAM. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
- TOLON HERRERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
- ESTEBAN PEIRO JOSE LUIS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
- PORRAS MOLINA VALENTIN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
- CRUZ PALACIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
- MORELLON LABARTA MANUELA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Las paradas cardíacas que se presentan en los hospitales representan un problema de gran magnitud. La literatura internacional considera que entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos, precisan de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP). La mitad de estas paradas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad 1 de cada 5 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta.

Existe la evidencia de que puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si se mejora la respuesta asistencial, acortando los retrasos en la respuesta mediante la optimización de la "cadena de la supervivencia hospitalaria".

Optimización que puede lograrse mediante estrategias dirigidas a:

La detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca.

El reconocimiento precoz de la PCR por el personal de enfermería.

La aplicación precoz y adecuada de las técnicas de soporte vital básico (SVB).

La desfibrilación temprana, con la utilización por el personal de enfermería de la desfibrilación semiautomática, fuera de las Áreas de Críticos.

El inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado.

La instauración de unos cuidados posreanimación de calidad, con el traslado asistido e ingreso temprano en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

El Plan Nacional de RCP elaboró en el año 2005 una serie de recomendaciones sobre la reanimación cardiopulmonar en el hospital.

Entre otras muchas se encuentra la de Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital.

Se evidencia la no existencia de un programa de formación en nuestro centro por lo que consideramos interesante implementarlo.

La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming:

Registro de indicadores de calidad en Medicina Intensiva.

Registro de indicadores de calidad en Cardiopatía Isquémica.

Plan de detección de donantes de órganos y tejidos.

Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

- Método de priorización empleado:

Parrilla de análisis

Matriz decisional

La situación de partida es que no existe en el momento actual un programa de formación en RCP en nuestro centro. Desconocemos la causa. Nos proponemos ponerlo en marcha para paliar esta deficiencia en la calidad de la atención de nuestros pacientes.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Diseñar y poner en marcha un plan de formación en RCP en nuestro Hospital Mejorar con ello el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR en el Hospital Optimizar la formación de los profesionales del centro en RCP

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Plantear un plan de formación

Elaborar un calendario de actuaciones

Cumplirlo y registrarlo a lo largo del año 2013

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Constatar la realización del plan

Elaborar un calendario de formación

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

445

**INSTAURACION DE UN PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Implantarlo y registrar el porcentaje de personal que recibe formación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del plan

Hasta Junio de 2013

Puesta en marcha: Tercer trimestre de 2013

Repetir con periodicidad anual

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

059

## 1. TÍTULO

**PICTOGRAMA PARA INMIGRANTES: UNA EXPLORACION DE TAC CON CONTRASTE. UNA ATENCION DE CALIDAD**

2. RESPONSABLE ..... LUIS CRUZ SANJUAN

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO LAFON MERCEDES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
- ALEGRE GALINDO MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
- DEL RIO ROMAN FRANCISCO. TEL. H NTRA SRA DE GRACIA. LABORATORIO DE HEMATOLOGIA
- LOPEZ MENCHERO MINGUEZ GEMA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Partimos de un problema detectado: la dificultad de comunicación idiomática, que se produce en nuestro Servicio de Radiodiagnóstico, al atender a un gran numero de poblacion inmigrante y con pocos o nulos conocimientos del idioma español.

Este problema planteó la necesidad de elaborar un pictograma o documento gráfico, para evitar posibles errores en el entendimiento, que condujeran a posibles problemas en el diagnóstico, tanto medico como de enfermería, y por supuesto en su posterior tratamiento. Sobretudo en el uso de contrastes radiológicos que pueden producir una sensibilización o alergia grave en su administración.

Este pictograma se realizará en los siguientes idiomas: español, arabe, rumano, frances, ingles, aleman y chino. Se ha decidido realizarlos en estos idiomas por ser los que con mas asiduidad se presentan

En este pictograma se intentara reflejar, dadas las características especiales de los pacientes, una buena comunicación entre el usuario con el equipo cuidador con el fin de disminuir el grado de ansiedad que estas situaciones provocan y aumentar su seguridad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos realizado pictogramas similares en el Servicio de Urgencias, de este hospital, con resultados altamente satisfactorios y efectivos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mayor satisfacción del usuario/a en la atención recibida
2. Disminución del grado de ansiedad ante la comunicación de la exploracion
  3. Unificación de criterios e intervenciones en la práctica medica y enfermera
  4. Mejora de la calidad en la praxis de enfermería durante la exploración
  5. Unificación del lenguaje y registros comunes
  6. Mayor motivación del personal sanitario
  7. Mayor implicación del equipo del cuidador (enfermería y auxiliares)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones de trabajo, para la unificación de criterios con relacion al contenido del pictograma

- Creación de los pictogramas para la cual se establecieron reuniones de trabajo con los traductores
- Reuniones de trabajo para la realizacion de los dibujos adecuados
- Consulta de bibliografía

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Al ser un trabajo grafico no se puede presentar unos indicadores numericos

De forma aleatoria se ira comprobando la eficacia del pictograma en las situaciones concretas de exploraciones radiologicas de TAC con contraste

Se irá modificando según su eficacia de aplicación, si es necesario modificar preguntas, dibujos, maquetacion, organizacion del propio pictograma, etc...y se evaluaran para su posible corrección y adaptacion.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se ha pensado un periodo de 6 meses para su corrección, adaptación e implantación.

Comenzando en abril y acabando en septiembre de este año 2013.

Su implantacion definitiva estaria prevista para octubre de este año.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. inmigrantes, calidad

OTRA PALABRA CLAVE 2. radiodiagnóstico

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

**PICTOGRAMA PARA INMIGRANTES: UNA EXPLORACION DE TAC CON CONTRASTE. UNA ATENCION DE CALIDAD**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

300

**UN PROGRAMA PROPIO DE CADUCIDADES PARA URGENCIAS. UN CONTROL DE CALIDAD**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DEL RIO ROMAN

- Profesión ..... TEL
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ MENCHERO MINGUEZ GEMA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS
- ARROYO RAMOS ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS
- EGIDO MARTINEZ TERESA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS
- GIL SANCHEZ ESPERANZA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS
- ESCARTIN GARCIA CARLOS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS
- GARRIDO MARTINEZ LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS
- FALCES GARCIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Como en todos los servicios de Urgencias, la prioridad es la atención rápida y eficaz del paciente que acude con frecuencia en estados de gravedad o semi-gravedad y que implican una actuación rápida del equipo de enfermería.

Pero no solo es ese el trabajo de enfermería en urgencias, además de la parte asistencial hay una parte administrativa y organizativa, que condiciona de forma importante el buen funcionamiento del servicio y del cual, enfermería es la única responsable.

El buen funcionamiento de las farmacias con los stock necesarios de medicamentos, de los almacenes con el material adecuado, la correcta organización de los boxees para la atención de pacientes, el buen funcionamiento de los aparatos...etc, son tareas de enfermería.

Dentro de esas tareas, una muy importante es el control de la fecha de caducidad de los medicamentos y del material, utilizados dentro del ámbito de las urgencias. Enfermería dentro de sus múltiples tareas, en muchas ocasiones, no dispone del tiempo deseado para dedicar a estos controles, que son totalmente imprescindibles, y que pueden ir en detrimento del buen funcionamiento de la unidad, de su estándar de calidad y su buena praxis con el paciente

Llevar un control de caducidades informatizado, tanto de medicamentos como de material, redundara en un mejor y mas efectivo trabajo, minimizando los riesgos con el paciente y racionalizando el gasto sanitario

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Control rápido, eficaz y eficiente de las fechas de caducidad de medicación y material, a nivel informático.

- Evitar retrasos, duplicidades y falta de existencias.
- Conseguir el stock idóneo y real para el funcionamiento del Servicio.
- Optimizar los recursos, evitando desechar fármacos por caducidad sin opción a su aprovechamiento.
- Conseguir una seguridad y tranquilidad en la certeza de que toda la medicación está bajo control.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Nuestra metodología se basó en la creación de un programa informático, diseñado y realizado por el personal sanitario del hospital, donde se registran y recogen en diferentes pantallas, datos como nombre de medicamentos, su principio activo y su fecha de caducidad. Todo ello utilizado por el equipo de Enfermería.

Comenzar por explicar que se unificaron las fechas en el día 1 del mes y del año de caducidad y para ello se usaron tres colores en los cuales se basa la observación rápida:

- Verde periodo dentro de uso normal del producto
- Amarillo nos indicara que a día 1 del mes siguiente caducara el producto
- Rojo que ha caducado a día 1 del mes en curso

Comenzaremos por las siguientes pantallas, con las que nos encontramos al abrir el programa y que iremos seleccionando por medio de pestañas:

1.- "Base de Datos" de todos los medicamentos existentes en la unidad, recoge la siguiente información: nombre comercial, principio activo y localización del producto dentro de la unidad

2.- Pantalla general denominada "Aviso Caducidad", donde a golpe de vista, sin más identificación de producto, sabemos en que localización hay un medicamento caducado o no, según los colores verdes, amarillo y rojo que aparecen.

3.- "Localizaciones", conjunto de pantallas donde aparece cada parte de la Unidad donde existen medicamentos, cada una de ellas tiene dos columnas que recoge el nombre del producto y la fecha caducidad y son:

- Farmacia propia de la Unidad
- Box de Vital
- Caja de Seguridad
- Carro de Paradas



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

395

**REVISION Y ACTUALIZACION DEL IMPRESO "REVISION CONSULTAS EXTERNAS" EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA FELEZ ARANDA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JORDAN JARQUE MANUEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1 Introducción:

La complejidad cada vez mayor del sistema sanitario, la distribución de servicios y la proliferación de pruebas diagnósticas asociadas a las revisiones o visitas médicas de consultas externas, es necesario trabajar con un impreso claro y sencillo donde no se ofrezca ninguna duda de los pasos a seguir.

4.2 Métodos de detección y priorización empleados:

El método utilizado es el método "Simplex", obteniendo como oportunidades de mejora más puntuadas:

- a) Revisión y actualización del impreso "REVISIÓN CONSULTAS EXTERNAS"
- b) Mejora de comunicación con los usuarios.

4.3 Importancia y utilidad del proyecto:

- 4.3.1 Ser instrumento de información y orientación al usuario.
- 4.3.2 Evitar confusiones al usuario sobre cuando y donde debe presentar los distintos impresos
- 4.3.3 Evitar complicaciones y duplicidades de impresos para otros servicios y para el propio paciente.

4.4 Situación de partida:

Con el impreso actual se han detectado pérdidas de solicitudes de pruebas complementarias, sobre todo cuando el plazo de revisión o visita es a medio-largo plazo.

4.5 Fuentes de información:

- Los propios pacientes
- Los servicios a los que llegan petición.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.1 Información clara y precisa al usuario

6.2 Evitar pérdida de solicitudes de pruebas

6.3 Orientación de los pasos a seguir por los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1 Medidas previstas:

- 7.1.1 Formación del grupo de trabajo
- 7.1.2 Revisión y actualización del impreso de consultas externas.
- 7.1.3 Implantación del mismo
- 7.1.4 Revisión de su funcionalidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se valorará:

- Número de impresos "REVISIÓN CONSULTAS EXTERNAS" (en %) entregados y cumplimentados/ N° de impresos detectados "perdidos u olvidados" (en %)
- Utilidad: sí se ha considerado útil (en %) en el resto de servicios implicados.
- Considerar con el resto de servicios posibles mejoras y/o modificaciones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Abril 2013

Fecha finalización: Agosto 2013

- Calendario: 1.- Formación grupo trabajo. Abril 2013
- 2.- Revisión impreso actual. Mayo 2013
  - 3.- Actualización del mismo. Mayo 2013
  - 4.- Implantación del mismo Junio 2013
  - 5.- Revisiones periodicas

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

395

REVISION Y ACTUALIZACION DEL IMPRESO "REVISION CONSULTAS EXTERNAS" EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

456

**ESTUDIO SOBRE LA INDICACION Y LA SEGURIDAD CLINICA DEL USO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LA ENFERMEDAD CARDIOEMBOLICA EN EL SECTOR I**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER FRANCO GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· AZNAR COSTA JOAQUIN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CARDIOLOGIA  
· CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA  
· CANOVAS PAREJA CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA  
· JIMENEZ SAENZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA  
· LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA  
· LOZANO ORTIZ ROBERTO. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA  
· NUMANCIA ANDREU MARIA ROSA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La introducción del uso, siempre en indicación, de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) distintos de los antivitaminas K clásicos (acenocumarol y warfarina) ha supuesto un cambio muy importante en la práctica clínica diaria del tratamiento anticoagulante. A fecha de hoy, la indicación de los NACOs (dabigatrán y rivaroxabán, apixabán), en nuestra Comunidad Autónoma de Aragón (CAA), ha de ser realizada por Atención Especializada (Cardiología, Neurología, Medicina Interna, Geriatria o Hematología, entre otras Especialidades, no por Atención Primaria) y precisa de visado de Inspección; lo cual reduce esta indicación al ámbito hospitalario o de consultas externas de Atención Especializada.

Los NACOs suponen (frente a los antivitamina K) un mayor coste por el precio del fármaco, pero a priori apenas incrementan el gasto en el seguimiento del paciente respecto a uno no anticoagulado, ya que no requieren de la realización de controles analíticos periódicos ni de la intervención del profesional sanitario para la dosificación individualizada ajustada al control analítico.

A fecha de hoy los tres NACOs ya citados están aprobados para profilaxis primaria o secundaria del riesgo cardioembólico; estos fármacos poseen indicaciones similares, pero presentan variaciones en su farmacocinética y metabolización, lo que justifica que el médico elija uno u otro para el tratamiento anticoagulante de cada paciente en concreto.

Actualmente no se dispone de ningún sistema de control, accesible al médico en su práctica diaria, sobre los pacientes que están en tratamiento con los NACOs,; a diferencia de los pacientes con los anticoagulantes clásicos antivitaminas K, que están censados en las distintas bases informáticas de tratamiento anticoagulante oral de Atención Primaria o de los hospitales.

Proponemos una actividad del Sector I a realizar sobre la seguridad de una terapéutica reciente (hace 1 año y medio que está disponible), que reúne a varias Especialidades Médicas (Cardiología, Neurología, Medicina Interna, Geriatria, Farmacia y Hematología) de los 2 hospitales del Sector I.

Con este proyecto pretendemos, mediante la creación de un modelo de ficha de recogida de datos de los pacientes a los que iniciamos un NACO, conocer sus características y las de sus enfermedades (definir el "paciente tipo") que nos hacen seleccionar los NACOs como tratamiento, frente a los antivitamina K clásicos.

Se propone también un procedimiento para recoger los efectos secundarios (gastritis, alergias, citolisis hepática ...) y eventos trombóticos y/o hemorrágicos relacionados con este tratamiento, lo que nos permitirá valorar la seguridad clínica del uso de los NACOs..

Para la recogida de estos efectos secundarios y eventos relacionados, en el momento del inicio del NACO el médico prescriptor del fármaco informará al paciente verbalmente y le proporcionará una hoja (que personalizará con el nombre del paciente y datos de filiación, así como con el nombre del médico) con información escrita sobre los posibles efectos secundarios o eventos relacionados con este tratamiento; si el paciente sufre alguno de los procesos descritos, solicitará (con la mencionada hoja) a través de su Médico de Cabecera consulta preferente en la Consulta Externa del Médico que se lo prescribió; si el evento es urgente acudirá al Sº de Urgencias, donde tras la resolución de la urgencia remitirán al paciente, también de forma preferente a la Consulta Externa del Médico que prescribió el NACO. En esa consulta del especialista se procederá a la valoración del evento, a la recogida del mismo en una ficha y se indicará (según protocolo de actuación consensuado por los profesionales que componemos el grupo) al paciente el plan a seguir respecto el tratamiento anticoagulante oral (continuar o cambiar; si es cambiar se indicará a cual).

La recogida de datos sobre efectos secundarios y eventos hemorrágicos y/o trombóticos, nos ayudará a protocolizar decisiones sobre el mejor modo de actuar ante los mismos.

Este trabajo no pretende modificar la elección terapéutica del médico ni favorecer u orientar hacia ningún tipo de fármaco anticoagulante oral de los actualmente disponibles (acenocumarol, warfarina, dabigatrán, rivaroxabán, apixabán

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Documentar a que tipo de pacientes se indica tratamiento con los distintos NACOs: descripción del "paciente tipo".

- Iniciar un registro de casos de pacientes en tratamiento con NACOs, que nos permitirá recoger datos sobre eventuales efectos secundarios, complicaciones trombóticas y/o hemorrágicas.

- Indicarle a estos pacientes, mediante la hoja informativa personalizada, la pauta a seguir si ocurren efecto secundarios o complicaciones trombóticas y/o hemorrágicas relacionadas con los NACOs.

- Protocolizar la actuación del profesional médico si ocurre uno de estos efectos secundarios.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

456

**ESTUDIO SOBRE LA INDICACION Y LA SEGURIDAD CLINICA DEL USO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LA ENFERMEDAD CARDIOEMBOLICA EN EL SECTOR I****7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se propone:

- El diseño de una ficha de recogida de datos del paciente en el que se inicia el tratamiento con un NACO, que incluya: datos demográficos, servicio y médico que indica este tratamiento, diagnóstico que motiva el tratamiento anticoagulante con un NACO, que fármaco se elige, datos sobre riesgo hemorrágico (escala HAS-BLED), tratamiento anticoagulante / antiagregante previo (si lo hay, motivo de cambio al NACO) ...
- La elaboración de una hoja informativa personalizada (con nombre y datos de filiación del paciente y con identificación del médico prescriptor del NACO) de efectos secundarios o eventos tromboticos y/o hemorrágicos relacionados con el NACO, que indique que si el paciente sufre alguno de los procesos descritos, será remitido de forma preferente a través de su Médico de Cabecera a la Consulta Externa del Médico que se lo prescribió, o si el evento es urgente acudirá al Sº de Urgencias, donde tras la resolución de la urgencia remitirán al paciente, también de forma preferente a la Consulta Externa del Médico que prescribió el NACO.
- En esta consulta del especialista se procederá a la valoración del evento, a la recogida del mismo en una ficha y se indicará (según protocolo de actuación consensuado por los profesionales que componemos el grupo) al paciente el plan a seguir respecto el tratamiento anticoagulante oral (continuar o cambiar; si es cambiar se indicará a cual).
- La elaboración de una base de datos Excel, para alojamiento, manejo y tratamiento estadístico de los datos recogidos en el proyecto.

Los responsables de las tareas a desarrollar seremos todos los componentes del proyecto.

Las tareas a desarrollar son:

- Elaboración del proyecto
- Revisión de la elaboración del proyecto
- Diseño de ficha de recogida de datos
- Revisión de la ficha de recogida de datos
- Recogida de datos de los pacientes
- Recogida de datos las eventuales incidencias (efectos secundarios, eventos tromboticos y/o hemorrágicos)
- Protocolo de actuación según el efecto secundario sufrido en relación con el NACO
- Creación y manejo de la base de datos
- Elaboración y revisión de resultados

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Deseamos conocer el número total de pacientes en los que se registra el tratamiento con un NACO en la indicación de enfermedad cardioembólica; esperamos alcanzar al menos 40 pacientes. Con los datos de estos pacientes se hará una descripción del "paciente tipo" al que se le prescribe un NACO y monitorizaremos los siguientes indicadores:

- 1 - Porcentaje de pacientes en los que se registra el inicio de dabigatrán.
- 2 - Porcentaje de pacientes en los que se registra el inicio de rivaroxabán.
- 3 - Porcentaje de pacientes en los que se registra el inicio de apixabán.
- 4 - Porcentaje de pacientes en los que recogemos efectos secundarios o eventos tromboticos y/o hemorrágicos relacionados con el tratamiento con el NACO. Descripción de los mismos

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Abril 2013: Diseño de la ficha de recogida de datos

Abril 2013: Diseño de la hoja de información al paciente

Abril 2013: Diseño del protocolo de actuación según el efecto secundario sufrido en relación con el NACO

Mayo 2013 - abril 2014: Cumplimentación de las fichas de recogida de datos, por los facultativos de los diversos servicios de Atención Especializada que participan en el proyecto

Mayo 2013 - abril 2014: recogida de datos sobre eventuales complicaciones tromboticas y/o hemorrágicas (si acontecen); revisión de estos pacientes

Mayo 2013: Creación de base de datos Excel anónima, con las distintas variables que figuran en la ficha de recogida de datos del paciente y de efectos secundarios

Mayo 2013 - mayo 2014: Introducción de los datos recogidos en la base de datos Excel

Abril - mayo 2014: Elaboración y estudio de los resultados

Mayo-Junio 2014: Redacción del definitiva del proyecto.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- .EDAD. adultos y ancianos
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. nuevos anticoagulantes orales

OTRA PALABRA CLAVE 2. seguridad, registro

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

090

**PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y SUS CUIDADORES EN EL HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PLANIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA****2. RESPONSABLE** ..... MARIA LUISA GASPAR RUZ

- Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- CAMPOS SANZ ASUNCION. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- MESA LAMPRE MARIA PILAR. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- HERRERA BOZZO CAROLINA. MIR 3º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- MORENO POZUELO PILAR. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detectamos:**

- Necesidad de mejorar la información y formación de los cuidadores de pacientes intervenidos de fractura de cadera.
- Problemas en el manejo postural y movilización de pacientes por parte del personal de la planta.
- Complicaciones postoperatorias por movilizaciones incorrectas en el domicilio una vez que el paciente era dado de alta en el hospital.
- Falta de estímulo para deambular y realizar ABVD de los pacientes operados por parte de los cuidadores por temor o desinformación.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Mejorar los cuidados posturales recibidos por el paciente en el domicilio una vez que se produzca el alta hospitalaria.

- Protocolizar los cuidados posturales y movilizaciones de los pacientes intervenidos de fractura de cadera ingresados en nuestro hospital.
- Facilitar la vuelta del paciente al domicilio con el menor riesgo posible de complicaciones, caídas o pérdida de funcionalidad.
- Proporcionar al los cuidadores no profesionales información y herramientas para favorecer la máxima autonomía personal de estos pacientes.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** - Proporcionar información por escrito a cuidadores y paciente en el momento que empiece la rehabilitación en el gimnasio.

- Contactar con familiares para poner en práctica la información recibida, informar sobre la forma de realizar las maniobras complicadas, asesorar sobre ayudas técnicas y modificaciones en el domicilio.
- Realizar un protocolo escrito de pautas posturales y movilizaciones de pacientes con fractura de cadera.
- Organizar actividades formativas para el personal de la unidad de ortogeriatría y el personal encargado de la movilización de estos pacientes.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. N° de cuidadores/pacientes que reciben información escrita x 100 (> 85%)

N° pacientes de ortogeriatría que acuden al gimnasio

2. N° de familiares que reciben asesoramiento x 100 (>60%)  
N° de pacientes dados de alta vivos

3. El protocolo debe estar realizado al finalizar el 2013.

4. Al finalizar el proyecto se deben haber realizado dos talleres de formación con al menos 10 alumnos cada uno.

Para la recogida del resultado de los dos primeros indicadores, se incluirán en la ficha de ortogeriatría dos casillas específicas que se rellenarán en el momento del alta preguntándole al paciente y/o familiar

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Los dos primeros indicadores se comenzarán a recoger en el mismo momento de la aceptación del proyecto terminando con el último paciente que se incluya en la memoria de ortogeriatría del año 2013 (el último fracturado en ese año).

Los talleres de formación deberán impartirse a lo largo del año 2013.

El equipo se reunirá cada dos meses para evaluar el desarrollo de las actividades , ajustar expectativas y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

090

**PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y SUS CUIDADORES EN EL HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PLANIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA**

valorar resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

150

**CREACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD PARA COMPROBAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI**

2. RESPONSABLE ..... SONIA IRIARTE RAMOS
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ VALERO FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- JORGE GARCIA RUTH NOEMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- NEVADO PELAEZ MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- TARRERO LOZANO MARIA DEL CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- SERON ABANTO PAZ. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción:

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es la principal infección adquirida en los Servicios o Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Su alto impacto en la mortalidad, en el incremento de estancia en UCI y su correspondiente repercusión en el coste medio, hace fundamental la implantación de medidas preventivas con evidencia científica (Proyecto Neumonía Zero - NZ) y de un plan de rondas de seguridad que aseguren su correcta aplicación.

Métodos de detección y priorización empleados:

Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los problemas que se dan u oportunidades de mejora que se pueden dar en nuestro medio laboral, se hizo una selección, y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon. Siendo lo más puntuado, la implantación de un plan de rondas de seguridad para comprobar el cumplimiento de las medidas de prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes ingresados en UCI.

Importancia y utilidad del proyecto:

La opción de mejora seleccionada de implantar rondas de seguridad que incluyan un registro y seguimiento de las medidas de obligado cumplimiento del Proyecto de NZ a aplicar por los profesionales, se cree que es importante y útil, por lo siguiente:

- Repercutir en la evolución del paciente y en el coste sanitario, al reducir la tasa de incidencia media de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).
- Evitar la variabilidad en los cuidados en el paciente con ventilación mecánica al estandarizar las medidas a aplicar.
- Promover la cultura de seguridad en UCI, mediante la creación de un documento que registre el nivel de cumplimiento de las medidas establecidas por el Proyecto de NZ para:
- Evitar complicaciones.
- Disminuir el nº de resultados erróneos.
- Unificar criterios de actuación.
- Sensibilizar, concienciar y formar al personal sanitario de las medidas a tomar.

Situación de partida:

- Variabilidad de los cuidados.
  - Falta de un medio de evaluación que asegure que se aplican correctamente los cuidados estipulados en el paciente con ventilación mecánica.
- Todo ello puede desencadenar complicaciones como la neumonía con su correspondiente aumento de la estancia hospitalaria y gasto sanitario.

Causas:

Las posibles causas que se determinaron según el diagrama de Ishikawa fueron:

- Falta de evaluación del grado de cumplimiento de las medidas que integran el Proyecto de NZ.
- Rotación excesiva del personal sanitario.

Fuentes de información:

La principal fuente de información fue obtenida del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar otras como la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estandarizar todas las medidas y actuaciones de enfermería en los cuidados en un paciente con ventilación mecánica, para disminuir el riesgo de neumonía asociada a la misma según el Proyecto de NZ.

- Evaluar el grado de cumplimiento de las intervenciones establecidas en el Proyecto de NZ, fomentando la cultura de seguridad (medición periódica) para:
  1. Identificar errores en la práctica habitual (por los profesionales).
  2. Aprender de los errores.
  3. Reducir la incidencia de prácticas erróneas.
  4. Establecer medidas para la mejora de la seguridad.

**1. TÍTULO****PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

150

**CREACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD PARA COMPROBAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI**

- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- Crear de un grupo de trabajo.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:**

- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo
- Actividad 2ª: Elaborar la hoja de registro "Check - list de seguridad basado en las medidas recomendadas por el Proyecto de NZ".
- Actividad 3ª: Formar al personal sanitario.
- Actividad 4ª: Implantación de la hoja de registro. Descripción correcta de las medidas básicas de obligado cumplimiento a llevar a cabo incluidas en el Proyecto de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NZ).
- Actividad 5ª: Medición de indicadores tras haber realizado las rondas de seguridad, con su correspondiente cumplimentación del check list.
- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
- Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias, si las hubiere.

**Responsables:**

Los responsables son tanto el equipo médico como el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares) de la Unidad de Cuidados Intensivos. Ellos de forma conjunta elaborarán la hoja de registro "check list", formarán al personal y medirán los indicadores.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores empleados serán los siguientes:**

- Grado de seguimiento.
  - Grado de cumplimentación del registro.
  - Grado de correcta aplicación de las medidas incluidas en el Proyecto de NZ.
- Se considerará resultado correcto la "Realización de las rondas de seguridad", "Cumplimentación adecuada del registro-check list" y "Aplicación correcta de las medidas del Proyecto de NZ".

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2013.**

Fecha de finalización: Diciembre 2013.

**Calendario:**

- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo. Abril 2013.
- Actividad 2ª: Elaborar el check list para ronda de seguridad en materia de NZ. Abril 2013.
- Actividad 3ª: Formar al personal sanitario. Mayo 2013.
- Actividad 4ª: Implantación de la hoja de registro. Descripción correcta de las actuaciones a llevar a cabo en el paciente conectado a ventilación mecánica según Proyecto de NZ. Mayo 2013.
- Actividad 5ª: Medición de indicadores para ver si se aplican las medidas de forma correcta. Noviembre 2013.
- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2013.
- Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias. Diciembre 2013.

**11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz****POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales sanitarios y pacientes con ventilación mecánica

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

271

**PROYECTO DE MEJORA DE LA RESOLUCION DE INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL N.S. DE GRACIA**

2. RESPONSABLE ..... JUAN JIMENEZ MURO PEREZ CISTUE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA DE PASO REMON PABLO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- CABEZA LAMBAN FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- JIMENEZ SAENZ JUANA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- VAL CARRERES GUINDA CARLOS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL
- RUBIO LARROSA VICENTE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- RODRIGUEZ ABAD PEDRO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GINECOLOGIA
- FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las interconsultas hospitalarias constituyen un servicio que se ofrece de unas especialidades médicas a otras con la función de ayudar al enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital. La interconsulta hospitalaria es un trabajo no programado, discontinuo, no registrado en la actividad hospitalaria, falto de estímulos y en muchos casos complejo. Se realiza fuera del ámbito de trabajo ordinario y con personal diferente al habitual de la especialidad consultada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar los problemas más frecuentes que se presentan en la realización de las interconsultas hospitalarias. Consensuar la metodología de solicitud, transmisión bidireccional de la información, toma de decisiones y seguimiento del paciente. Conseguir un protocolo de interconsulta unificado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde el Servicio de Medicina Interna se plantea una mejora en la resolución de las interconsultas hospitalarias por ser este servicio el máximo receptor de peticiones en nuestro Hospital. Para ello se cuenta con la participación de los responsables de los servicios clínicos implicados en el proyecto (Cirugía General, Ginecología, ORL y Psiquiatría). Mediante el método de tormenta de ideas se identificarán las debilidades en la resolución de interconsultas solicitadas al Servicio de Medicina Interna. Por consenso se propondrán mejoras y se establecerá un plazo para llevarlas a cabo. Monitorización periódica de la satisfacción de los profesionales implicados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Acta de cada reunión. Listado oportunidades de mejora detectadas. Número de interconsultas mensuales individualizadas por servicio. Tipo de consulta según la prioridad (% de urgentes, preferentes y normal). Promedio del número de visitas necesarias para la resolución de cada interconsulta. Resultado y destino del paciente al término de la interconsulta. Encuesta de satisfacción a los profesionales implicados con periodicidad trimestral.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 3 de junio de 2013: Reunión inicial del grupo de trabajo. 11 de junio de 2013: Propuesta de mejoras y priorización de cambios. Monitorización trimestral de indicadores. 30 de mayo de 2014: Presentación de los resultados.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

225

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA DERIVACION DE PACIENTES EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

2. RESPONSABLE ..... JUANA JIMENEZ SAENZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
  - JIMENEZ MURO PEREZ CISTUE JUAN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
  - GARCIA DE PASO REMON PABLO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
  - LOPEZ LANCIS ANGEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante un único episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y personal de enfermería en múltiples entornos, incluyendo la atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de urgencias y emergencias, atención de hospitalización, atención quirúrgica, cuidados intensivos, etc. Además, los pacientes se mueven entre áreas de diagnóstico, tratamiento, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, fines de semana y días festivos, períodos vacacionales, etc., suponiendo todo esto un riesgo para la seguridad del paciente en cada paso del proceso. La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso puede no incluir toda la información esencial, o podría darse una interpretación incorrecta de la información. Estas deficiencias en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente. En un informe oficial publicado en Australia en 1995, el 11% de los eventos adversos con repercusión negativa en el paciente fueron debidos a problemas de comunicación (Zinn C. 14000 preventable deaths in Australian hospitals. BMJ 1995;310:1487.1) Organizaciones como Joint Commission han incluido desde 2005 el objetivo de mejora de la comunicación entre los prestadores de cuidados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ·Identificar las diferentes situaciones de derivación del paciente entre profesionales con mayor riesgo implícito para la seguridad del mismo.  
·Desarrollar una metodología de consenso entre los profesionales implicados con el objetivo de lograr una atención más segura.  
·Disponer de unos procedimientos normalizados de trabajo (PNT) que garanticen los requisitos de información para que el prestador de atención responsable tenga información actualizada respecto al estado del paciente, sus tratamientos, sus planes de cuidados, instrucciones previas, en su caso, y cualquier cambio relevante en su estado desde la evaluación anterior.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los participantes en el proyecto serán facultativos y supervisoras de enfermería de los Servicios de Medicina Interna y Unidad de Cuidados intensivos. La metodología y desarrollo del trabajo será por consenso del grupo constituido. Se hará una revisión bibliográfica sobre los problemas en la derivación de los pacientes entre servicios dentro del mismo hospital. La documentación se compartirá entre las personas del proyecto. Basándonos en la experiencia de un aumento significativo en el número de derivaciones de pacientes del servicio de UCI al Servicio de Medicina interna, se identificarán los procesos de transferencia de responsabilidad clínica más relevantes y se desarrollará, para cada uno de ellos, un procedimiento normalizado de trabajo. El documento resultante se presentará a los profesionales implicados en su ejecución, incorporando aquellas mejoras que se propongan. Se diseñará una estrategia de difusión de los documentos y un plan específico de implementación para cada uno de ellos. El resultado final, previa revisión, si procede, por la Comisión o Comisiones Clínicas competentes, se presentará a la Dirección del Centro para su aprobación y entrada en vigor con carácter general. El objetivo de este proyecto podría hacerse extensivo a otros Servicios que compartan dichos procedimientos normalizados dentro del propio Hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se considerará indicador principal el número de procedimientos normalizados elaborados (PNT).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Hasta el 15/06/2013; Búsquedas bibliográficas iniciales de documentación relacionada.  
Hasta el 30/06/2013; Definición del método de consenso y de la dinámica de trabajo. Identificación de los procesos de transferencia a normalizar.  
Hasta el 30/10/2013; Elaboración de los primeros PNT y diseño de la metodología de monitorización.  
Hasta el 31/12/2013; Elaboración del resto de los PNT.  
Hasta el 15/02/2014; Presentación a los profesionales y remisión a las Comisiones Clínicas.  
Hasta el 31/03/2014; Propuesta a la Dirección del Centro y posterior entrada en vigor.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

225

MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA DERIVACION DE PACIENTES EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

**ELABORACION DE UN MANUAL DE USUARIO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

2. RESPONSABLE ..... MANUEL JORDAN JARQUE  
· Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA  
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A) INTRODUCCIÓN

El usuario de Consultas Externas necesita acceder -ya sea para la realización de pruebas complementarias, procedimientos o trámites administrativos- a diversos servicios o departamentos ubicados en diferentes áreas del complejo hospitalario.

Un Manual de Usuario que facilite la información básica necesaria para el correcto uso del Hospital, que si bien dispone de rótulos y estando correctamente señalado, a menudo familiares y usuarios requieren una indicación más precisa que facilite la orientación y los desplazamientos dentro del centro.

## B) MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS

Contemplamos el Método Simplex clasificando y priorizando las siguientes oportunidades de mejora:

- B.1. Elaboración, difusión y adaptación de un tríptico informativo para entregar a los pacientes con la información actualizada y unificada en comparación con la expresada en la actualidad (oral).  
B.2. Aumentar positivamente el ahorro de molestias al usuario que carece de información escrita.

## C) IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- C.1. Servir como instrumento de orientación dentro del Hospital para que usuarios y pacientes de Consultas Externas, no les plantee por desconocimiento ansiedad añadida a la que deriva del propio proceso asistencial.  
C.2. Evitar desplazamientos innecesarios.  
C.3. Brindar la información básica de convivencia para el correcto uso de las instalaciones hospitalarias.  
C.4. Mejorar la percepción subjetiva de la calidad en la atención prestada.  
C.5. Facilitar la relación con el propio centro y el personal sanitario que le atenderá, despejando dudas que en ocasiones percibe de la sistemática operacional.  
C.6. Reforzar y ampliar la información demandada, mejorando de esta forma la satisfacción del usuario.

## D) SITUACIÓN DE PARTIDA

D.1. Con la reciente incorporación de nuevas consultas a nuestro Hospital y la dispersión de las mismas por diferentes áreas, se hace necesario un manual que incluya entre otros: Información general de la Unidad; un plano guía; teléfonos de interés o apuntes que ayuden a resolver dudas a los usuarios sobre los trámites que a menudo se demandan.

D.2. No existe una sistemática de la unidad de consultas escrita y difundida.

## E) FUENTES DE INFORMACIÓN

- E.1. Los propios pacientes-usuarios.  
E.2. La información proporcionada por los trabajadores.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.1. Unificación de la información prestada al usuario  
6.2. Mejorar la satisfacción del paciente.  
6.3. Aumentar positivamente el ahorro de molestias al paciente que carece de información precisa sobre diferentes gestiones que tenga que realizar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1. Creación del grupo de trabajo  
7.2. Elaboración del tríptico informativo para los pacientes en el que se detalle accesos, horarios, teléfonos de interés, etc  
7.3. Presentación e implantación del Manual.  
7.4. Evaluación de los indicadores.  
7.5. Revisiones y actualizaciones periódicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1. Mediante encuesta de satisfacción de los usuarios a los que se les facilite el Manual.

- 8.2. Comprobar que la información aportada es comprensible y adecuada.  
8.3. Presencia del tríptico en el 100 % de los puntos de información dentro del centro.  
8.4. Nº pacientes a los que se facilita el Manual/total pacientes susceptibles de recibirlo.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: mayo 2013

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

**ELABORACION DE UN MANUAL DE USUARIO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Fecha de finalización: noviembre 2013

## Calendario:

Mayo: formación del grupo de trabajo

Junio- Octubre: Reunir y detallar la información útil que pueda albergar el manual.

Diseño del plano guía y representación gráfica, garantizando un acabado final

Óptimo para su impresión.

Noviembre: Presentación a otras unidades asistenciales e implantación del mismo.

Revisiones periódicas

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

199

**ELABORACION DE PROTOCOLOS PARA LA PREPARACION PRE QUIRURGICA DEL PACIENTE EN EL HNSG**

2. RESPONSABLE ..... BELEN JUEZ GARCIA  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DELGADO YUS MARIA MAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL
- ZAERA CARCELLER CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La importancia de este proyecto reside en realizar una revision , actualizacion y nueva creacion de protocolos para la preparacion prequirurgica de los pacientes ingresados en nuestro servicio y por extension a todo paciente quirurgico del HNSG.

Este proyecto disminuye la variabilidad en la actuacion por parte de los profesionales implicados en el proceso,

Aumenta la eficiencia, eficacia y calidad de la asistencia al paciente, así como la satisfacción del mismo durante este proceso.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Unificar criterios en la preparacion quirurgica del paciente que va a ser intervenido

-Evitar al paciente preparaciones no necesarias y garantizar la calidad y satisfaccion en la atencion recibida.  
-Disminuir el numero de infecciones relacionadas con el rasurado de la piel, evitando así un gasto hospitalario importante

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones de trabajo para revisar los protocolos actuales

-Actualizacion de los protocolos existentes

-Elaboracion de nuevos protocolos

-unificar criterios con los responsables medicos de cada especialidad.

-Realizacion de una guia para las unidades de hospitalizacion donde se recogen las preparaciones prequirurgicas del HNSG.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º /

nº de pacientes a los que se ha realizado una prequirurgica preparado segun protocolo / nº de pacientes a los que se ha realizado una preparacion prequirurgica. X100

2º /

nº de protocolos revisados y actualizados / nº de protocolos existentes en el servicio de cirugia X 100

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. .Fecha de inicio enero 2013

-Fecha de elaboracion primer trimestre 2013

-Fecha de difusion e implementacion segundo trimestre 2013

-Tercer y cuarto trimestre evaluacion de marcadores.

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes, jóvenes, adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes quirurgicos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

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

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

190

**CREACION E IMPLANTACION DE UNA COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA****2. RESPONSABLE ..... MIRIAM LAFUENTE MATEO**

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- RUIZ VALERO FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- TOLON HERRERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- IRIARTE RAMOS SONIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- NEVADO PELAEZ MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- SERON ABANTO PAZ. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- TARRERO LOZANO MARIA DEL CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción:**

El avance de la medicina ha producido un incremento en la complejidad de la asistencia sanitaria y de su especialización, logrando una mejor atención al paciente, pero también aumentando el riesgo de aparición de eventos adversos (EAs).

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), la gravedad del paciente y la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos convierten a estos servicios en las áreas de mayor riesgo para la aparición de EAs. El estudio, apoyo e implantación de la cultura de Seguridad Clínica que viene propagándose en la última década, está cobrando más relevancia; y al comenzar una nueva etapa en el Servicio de Medicina Intensiva, se ha realizado una evaluación de las necesidades del mismo y de las medidas a tomar para implantar mejoras asistenciales, como: redacción de protocolos, asistencia por líneas de actuación, prevención de úlceras por decúbito... Para realizar esta labor de manera coordinada, concreta y efectiva, se propone la creación de una Comisión de Seguridad del paciente.

**Métodos de detección y de priorización empleados:**

El método utilizado es el "método Hanlon", obteniendo como oportunidades de mejora más puntuadas:

- \*Promoción de una cultura de seguridad entre todos los trabajadores de la Unidad.
- \*Identificación y evaluación de situaciones de riesgo potencial.
- \*Proposición de medidas de mejora.
- \*Implantación de medidas de trabajo unificadas y sistematizadas.
- \*Mejora de la comunicación interprofesional.

**Importancia y utilidad del proyecto:**

Tras una primera evaluación de los problemas que se pueden dar en nuestro medio laboral y las oportunidades de mejora que nos brindan, se hizo evidente la necesidad de conformar un grupo estable de trabajo dedicado a poner en marcha medidas que aumenten la seguridad del paciente en nuestro medio, para así:

- \*Evitar la variabilidad en los cuidados en el paciente para mejorar la calidad asistencial y el margen de ocurrencia de EAs.
- \*Protocolizar las actuaciones y procedimientos más habituales y/o importantes de la atención en UCI para facilitar su consecución en situaciones críticas y facilitar el aprendizaje a personal de nueva incorporación.
- \*Sensibilizar y formar al personal sanitario de las medidas a tomar.
- \*Disminuir el gasto sanitario, la estancia hospitalaria, los días de ventilación mecánica (VM)... al disminuir las posibles complicaciones evitables.

**Situación de partida:**

La situación de la se parte es:

- \*Variabilidad en la asistencia clínica al paciente, lo que puede desencadenar un aumento de la estancia hospitalaria, complicaciones y mayor gasto sanitario.
- \*Detección de EAs relacionados con los tratamientos y cuidados prestados a los pacientes, parte de ellos evitables.
- \*Ausencia de control de los EAs y de su estudio para intentar disminuir su incidencia.

**Causas:**

Las posibles causas que se determinaron como origen del problema en cuestión, según el diagrama de Ishikawa, fueron las siguientes:

- \*Falta de protocolos de actuación.
- \*Falta de formación en seguridad del paciente del profesional sanitario.
- \*Ausencia de registros detallados de los EAs.
- \*Rotación excesiva del personal sanitario.

**Fuentes de información:**

La principal fuente de información fueron los datos recogidos por los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar otras como:

- \*Revisión de la bibliografía referente a seguridad del paciente.
- \*Observaciones de los equipos de enfermería y de medicina.
- \*Posible realización de estudios respaldados por la Comisión formada.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

190

**CREACION E IMPLANTACION DE UNA COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA****5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. \*Unificar criterios y estandarizar las medidas de actuación de los trabajadores de la unidad mediante los protocolos que se realicen.

- \*Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- \*Reducir o eliminar factores de riesgo que favorezcan la aparición de EAs.
- \*Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- \*Evitar la aparición de complicaciones.
- \*Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- \*Reducir la incidencia de resultados erróneos.
- \*Crear un grupo de trabajo estable.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:**

- \*Actividad 1ª: formación de un grupo de trabajo estable (Comisión de Seguridad del Paciente).
- \*Actividad 2ª: evaluación de los protocolos ya existentes en la Unidad y su actualización. Elaboración de nuevos protocolos.
- \*Actividad 3ª: elaboración de un "check-list" que recoja los puntos más importantes del tratamiento de los pacientes.
- \*Actividad 4ª: formación del personal sanitario en seguridad del paciente.
- \*Actividad 5ª: implantación de hojas de registro de los cuidados.
- \*Actividad 6ª: medición de indicadores tras haber puesto en marcha las medidas.
- \*Actividad 7ª: comunicación al personal los resultados obtenidos.

**Responsables:**

Los responsables son el equipo médico y el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que van a formar parte de la Comisión de Seguridad del Paciente. Ellos serán los encargados de evaluar los protocolos realizados, las hojas de registro, formación del personal y medición de los indicadores.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:**

Los indicadores empleados serán los siguientes:

- \*Número de protocolos aprobados.
- \*Grado de unificación de la asistencia.
- \*Grado de cumplimentación del "check-list".
- \*Grado de satisfacción de los trabajadores en la actividad laboral.

Se considerarán resultados correctos

- \*Elaboración de protocolos nuevos.
- \*Revisión de protocolos existentes.
- \*Implantación de medidas de trabajo unificadas.
- \*Disminución de la variabilidad en los cuidados.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: abril 2013.**

Fecha de finalización: diciembre 2013.

**Caleendario:**

- \*Actividad 1ª: formación de un grupo de trabajo (Comisión). Abril 2013.
- \*Actividad 2ª: formación del personal sanitario. Abril-Mayo 2013.
- \*Actividad 3ª: evaluación de protocolos existentes y su actualización. Abril-Mayo 2013.
- \*Actividad 4ª: elaboración de hojas de registro de cuidados y tratamiento. Mayo 2013-Junio 2013.
- \*Actividad 5ª: elaboración de nuevos protocolos. Junio-Octubre 2013.
- \*Actividad 6ª: implantación de los protocolos elaborados. Abril-Octubre 2013.
- \*Actividad 7ª: medición de indicadores tras haber sido aplicadas las medidas. Noviembre 2013.
- \*Actividad 8ª: Comunicación al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2013.

**11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz****POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Seguridad

OTRA PALABRA CLAVE 2. Comisión

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

190

CREACION E IMPLANTACION DE UNA COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

363

**PRESENTACION DE NUEVO PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO Y PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL HNS DE GRACIA DE ZARAGOZA. REALIZACION DE NUEVA GRAFICA DE EVOLUCION Y PREVENCION PARA POSTERIOR VALORACION**

2. RESPONSABLE ..... AMPARO LEZCANO CISNEROS  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. MEDICO-QUIRURGICA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· TIERZ PUYUELO MANUEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Disminuir la aparición de úlceras por presión tras el ingreso hospitalario, dada la prevalencia existente.  
Utilización de la escala de Norton para la detección del riesgo.  
Modificación y manejo de la presión como causa principal del problema.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No hemos podido valorar todavía resultados ya que la gráfica se puso en marcha en enero.  
Creemos que ha de transcurrir algo más de tiempo para su evaluación.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de la aparición de úlceras por presión en pacientes de riesgo. Evitar la presencia de nuevas úlceras en pacientes ingresados.  
Favorecer la "prevención primaria" desde el hospital, dando la información adecuada al paciente ingresado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estamos ya dando docencia sobre el tema; tanto a celadores y auxiliares de enfermería así como a enfermeras; haciéndola extensiva a todo el hospital e incidiendo en las actividades preventivas como máxima prioridad.  
Establecimiento de rueda de cambios posturales - pacientes encamados y en sedestación - con auxiliares de enfermería y celadores.  
Utilización de AgHO coincidiendo con el aseo del paciente, así como el despistaje de úlceras por presión de grado I.  
Priorización de la selección de colchones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilización de la nueva gráfica por la Unidad del Servicio.  
Evaluación de los registros de la nueva gráfica por parte de la Unidad del Servicio y de la enfermera.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: diciembre de 2012.  
Fecha finalización: diciembre 2013.  
Primer trimestre: docencia a celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras e implantación de la hoja de registro.  
Segundo y tercer trimestre: actualización del protocolo.  
Cuarto trimestre: evaluación y propuestas de mejora.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

254

## 1. TÍTULO

**CREACION DE LA COMISION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MARTINEZ LOPEZ

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CRUZ SANJUAN LUIS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE URGENCIAS
- RODA GONZALVEZ SOFIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD MEDICO QUIRURGICA
- JUEZ GARCIA BELEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE CIRUGIA
- MORENO GONZALEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La calidad asistencial a los pacientes en el ámbito de los cuidados debe ser la prioridad para el personal de Enfermería, teniendo en cuenta que la variabilidad en la práctica clínica dificulta esta calidad asistencial. En el Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) se está trabajando en los diferentes ámbitos de la gestión de los cuidados, pero no de forma integrada y coordinada, por eso es importante establecer el órgano que lidere los asuntos propios de la actividad del cuidado para su estandarización. Necesitamos disponer de las herramientas que nos permitan desarrollar la práctica de los cuidados de Enfermería en el marco de la calidad, como son los protocolos, procedimientos, guías..., basados siempre en la evidencia científica. Con esto, se minimizan las duplicidades, omisiones y contradicciones en la transmisión de la información, disminuyendo la variabilidad clínica.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer las líneas de trabajo a seguir en el campo de la calidad de la atención de Enfermería.

Estandarizar las actividades y registros de Enfermería

Fomentar la participación del personal en la elaboración, difusión e implantación

Proporcionar cuidados de calidad y aumentar la satisfacción de los pacientes ingresados.

Establecer y monitorizar indicadores de calidad de los cuidados.

Ayudar a profesionales de nueva incorporación.

Garantizar la continuidad de cuidados del paciente en los distintos niveles asistenciales.

Garantizar el registro y transmisión adecuada de información relativa a los cuidados, mediante el uso de sistemas de lenguaje estandarizados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear el grupo de trabajo de profesionales para el desarrollo de los cuidados enfermeros.

Definir y Unificar el formato de protocolos y procedimientos.

Revisión, priorización y actualización de los protocolos y procedimientos que existen en el hospital.

Realización y aprobación de los protocolos y procedimientos con base científica.

Revisar, unificar, actualizar e implantar los registros de Enfermería basados en la evidencia.

Sistematización de las actividades de Enfermería.

Difusión e implementación de los protocolos y procedimientos revisados y elaborados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- N° de hojas de registro unificadas en los servicios de hospitalización

/ N° hojas de registro existentes en los servicios de hospitalización \* 100

2- N° de protocolos-procedimientos revisados / N° de protocolos-procedimientos revisados \* 100

3- N° de protocolos- procedimientos elaborados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha Inicio: Mayo 2013

Fecha Fin: Abril 2014

1er trimestre:

Crear la Comisión de Cuidados de Enfermería y establecer las líneas de actuación.

2ª y 3er trimestre:

Revisión, Elaboración, Implantación y Difusión del trabajo realizado por la Comisión.

4º trimestre

Evaluación

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

254

CREACION DE LA COMISION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

419

**SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMAJANO MARTINEZ CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- CORTES GIL ROSA ANA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- RINCON GORMEDINO CRISTINA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- RUIZ ROMERO INMACULADA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- LUQUE SILES BEATRIZ. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- CARBALLO TORRES BEGOÑA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se plantea el proseguir y mejorar los logros de la acreditación según la norma ISO del procedimiento descrito.

Si es posible, se plantea también la extensión a otros procedimientos, teniendo en cuenta la automatización prevista de la s actividades del Servicio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En 2012 se realizó la revisión por dirección y la auditoría interna, con buenos resultados y solución de las observaciones planteadas.

Se han continuado los talleres y actividades correspondientes a la acreditación.

Se han realizado los controles de calidad externos por la SEAP y por el College of the American Pathologists.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Renovar la acreditación mediante la correspondiente auditoría externa por ENAC.

Aumentar la satisfacción del personal y de los médicos solicitantes.

Colaborar con otros servicios de Anatomía patológica para la implantación de planes de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de todos los procedimientos, formatos y registros.

Formación para la auditoría.

revisión y tratamiento de las incidencias y No Conformidades.

Realización de las actividades de formación.

Adecuación de la aplicación patWin.

Adecuación de la automatización del Servicio al procedimiento objeto de mejora.

Establecimiento de una política común con otros Servicios de Anatomía Patológica de Aragón.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de la revisión por la Dirección (S/N)

Realización y superación de la auditoría externa (S/N)

Resultados de las actividades de aseguramiento externo de la calidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Hasta final de abril: Revisión por la Dirección

Junio: Auditoría externa

Hasta finales de agosto: Resolución de las observaciones

Hasta diciembre: Planteamiento de la posibilidad de ampliación.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Citología

OTRA PALABRA CLAVE 2. cervicovaginal

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

086

**PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DEL INSTRUMENTAL DIRIGIDO AL PERSONAL DEL HNSGZ QUE REALIZA ESTE PROCESO EN SU SERVICIO (TALLER TEORICO-PRACTICO)**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MEDINA CEREZAL

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
- MODREGO GONZALEZ AURORA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
- ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
- FERNANDEZ AYALA RAFAELA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
- VALLES GRACIA MARIA LUISA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
- LATORRE GIMENEZ NIEVES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CENTRAL DE ESTERILIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las diferentes unidades asistenciales del hospital utilizan, en mayor o menor medida, instrumental estéril, tanto para la exploración del paciente en consultas externas como para el cuidado y tratamiento del paciente ingresado. Este material llega a la Central de Esterilización donde se verifica su correcto estado y limpieza antes de ser esterilizado y devuelto al servicio de origen. Para asegurar la calidad del producto estéril es imprescindible un correcto proceso de limpieza mediante técnicas y métodos adecuados que garanticen una posterior esterilización efectiva. Este proceso se lleva a cabo en el servicio de origen.

La Central de Esterilización dispone de test que determinan si el instrumental contiene restos de suciedad residual, en cuyo caso la esterilización no sería efectiva. Este test de verificación se aplica a todo el instrumental antes de proceder a su empaquetado y esterilización. En el caso de que test no ofrezca un resultado satisfactorio, el instrumental será devuelto al servicio de origen.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Aumentar, mediante la formación, el conocimiento del personal de enfermería en el manejo del instrumental

- Manipulación del instrumental
- Técnica de limpieza manual
- Valoración del estado del instrumental
- Identificación del instrumental que se utiliza en las diferentes unidades asistenciales
- Transporte, manipulación y almacenamiento del instrumental estéril
- Indicadores químicos: interpretación de resultados
- Caducidad del instrumental y material de un solo uso.

2-Proporcionar "producto estéril" con la máxima garantía de calidad para los usuarios del hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Taller teórico-práctico con una presentación en PowerPoint que desarrollará cada uno de los puntos expuestos. Responsable: M<sup>a</sup> Pilar Medina2- Impartición del taller teórico-práctico . Responsable: M<sup>a</sup> Pilar Medina

Esta formación se dirige al personal encargado de realizar la limpieza del instrumental y cualquier otro interesado en el tema.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- N° de artículos devueltos al servicio de origen en un mes que no llegan en condiciones adecuadas /N° de artículos recibidos en ese mes.

Periodicidad de evaluación: mensual.

2- N° personas que han recibido formación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo a septiembre 2013: Elaboración de la presentación audiovisual

- Octubre 2013: 1ª edición del taller teórico-práctico

- Diciembre 2013: Evaluación del impacto de la realización del taller

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROGRAMA FORMATIVO

OTRA PALABRA CLAVE 2. TRATAMIENTO DEL INSTRUMENTAL

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. .... 3 Bastante
- 2. Diminuir riesgos derivados de la atención. .... 3 Bastante
- 3. Mejorar utilización de recursos. .... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 086

1. TÍTULO

**PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DEL INSTRUMENTAL DIRIGIDO AL PERSONAL DEL HNSGZ QUE REALIZA ESTE PROCESO EN SU SERVICIO (TALLER TEORICO-PRACTICO)**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

068

**ELABORACION DE UN PLAN DE ACTUACION INTERDISCIPLINAR FRENTE AL DELIRIUM DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA CON TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS****2. RESPONSABLE** ..... MARIA PILAR MESA LAMPRE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- ARBIOL LATORRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- BIBIAN GETINO CLARA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
- CARNICER NAVARRO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- MERINO TABOADA ANDREA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- SARALEGUI RETA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
- SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El delirium es un síndrome orgánico muy frecuente en ancianos hospitalizados. Es uno de los eventos adversos más habitualmente prevenibles durante la hospitalización. Puede provocar deterioro funcional, dependencia, institucionalización y hasta la muerte y siempre, un alto consumo de recursos sanitarios y sociales. Implica siempre una mayor carga de trabajo, mayor inseguridad (agresiones físicas y/o verbales), dilemas y conflictos en el cuidado y baja autoestima del profesional.

La prevalencia en mayores de 85 años hospitalizados varía entre el 10 y el 56%. En mayores de 94 años con fractura de fémur puede llegar al 48%. La mortalidad intrahospitalaria suele estar entre el 22 y el 76%. El riesgo de demencia o deterioro cognitivo en pacientes que han recibido cirugía de cadera es el doble si sufren delirium.

Desde la puesta en marcha de la Unidad ortogeriátrica del sector Zaragoza I en el año 2009, hemos ido apreciando un aumento progresivo de la incidencia de delirium, tanto en el pre, perioperatorio y postoperatorio inmediato (Hospital Royo Villanova) como en el resto del proceso, pasadas las primeras 48-72 horas de la intervención (Hospital Nuestra Señora de Gracia).

año 2009: 30,4% (HRV 3,8%; HNSG 26,6%)  
año 2010: 34,4% (HRV 8,4%; HNSG 26%)  
año 2011: 57,1% (HRV 20,6%; HNSG 36,5%)  
año 2012: 44,1% (HRV 23,8%; HNSG 20,3%)

En el último trimestre del año 2012 se decidió en la unidad de ortogeriatría la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar que comenzó a elaborar una estrategia en los primeros días de 2013 dirigida a actuar en el hospital nuestra Señora de Gracia. Tras una sesión informativa donde se mostró la realidad del problema y brainstorming posterior, el grupo de trabajo compuesto por 4 médicos y 3 enfermeras comenzó a trabajar en diferentes propuestas. Se elaboró un póster destinado al control de enfermería con explicación de los factores predisponentes y precipitantes, la escala adecuada para la detección de este síndrome geriátrico y las medidas de actuación a poner en marcha de forma rutinaria tanto para prevenirlo como para tratarlo en caso de aparición. A la vez se elaboró un tríptico explicativo para repartir a los familiares/cuidadores en el momento del ingreso en la Unidad y se llevaron a cabo cuatro sesiones formativas para el personal. Se elaboró una encuesta que se pasó a los familiares/cuidadores y al personal que asistía a las sesiones o se encontraba trabajando en esos días puntuales recabando su opinión sobre el diseño y contenido del tríptico con el objetivo de poder modificar aquello que no gustara antes de comenzar a repartirlo. La experiencia ha tenido muy buena acogida encontrándose el personal más formado y los familiares mejor informados.

Nuestra intención es completar el proyecto reproduciéndolo y adaptándolo a la fase pre, peri y postoperatoria inmediata llevada a cabo en el Hospital Royo Villanova, a la vez que recogemos datos de lo ocurrido tras los primeros meses de implantación en el Nuestra Señora de Gracia.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Esperamos que aumente la toma de conciencia de la importancia del delirium en el anciano tanto entre el personal de un hospital como el del otro.
- Esperamos aumentar el nivel de información de las familias para que contribuyan en la medida de lo posible a la prevención de este síndrome, tan frecuente entre la población anciana intervenida quirúrgicamente o que lo va a ser en las próximas horas.
  - Esperamos disminuir la incidencia de delirium en todas las fases del proceso de fractura de cadera en el anciano.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se va a seguir el mismo método explicado en el apartado número 4:

- Se darán sesiones clínicas al personal médico y de enfermería con el fin de que tomen conciencia de la importancia del problema.
- Se adaptará el tríptico informativo a las fases pre y perioperatoria del proceso

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

068

**ELABORACION DE UN PLAN DE ACTUACION INTERDISCIPLINAR FRENTE AL DELIRIUM DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA CON TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS**

-Se elaborará un póster para colgar en el control de enfermería también adaptado a dichas fases.  
-Previamente se elaborará una encuesta recabando información acerca del nivel de conocimiento del delirium tanto del personal como de los familiares/cuidadores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En el HRV:

o Recogida de firmas de asistencia a las sesiones. Se pretende formar al menos a 60 trabajadores.  
o Realización del tríptico y tabulación de resultados de las encuestas acerca del mismo. Se pretende repartir 160 encuestas entre trabajadores y familiares.  
o Realización del póster y colocación en el control de enfermería

-Comprobación en la memoria de 2013 de la repercusión de todo el programa en la incidencia real de delirium en los dos hospitales, teniendo en cuenta el decalaje existente entre la puesta en marcha en un hospital y en otro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha de inicio será inmediata en el momento en que se acepte el proyecto pudiendo finalizarse la implantación en el primer semestre de 2013. Las actividades se llevarán a cabo de forma simultánea. Los resultados acerca de la incidencia se analizarán en la memoria de la Unidad que suele estar terminada en febrero del año siguiente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con fractura de cadera

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

234

## 1. TÍTULO

**REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

## 2. RESPONSABLE ..... MARCELINA NAVARRO CIRUGEDA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PAMPLONA CALEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SUPERVISORA U.C.I.
- FELEZ ARANDA JOSE MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SUPERVISOR CONSULTAS
- MARTINEZ LOPEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. DIRECTORA ENFERMERIA
- MEDINA CEREZAL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SUPERVISORA BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante el incremento de la complejidad en la asistencia sanitaria, la especialización y la movilidad del personal en las unidades asistenciales, resulta fundamental disponer de una guía de consulta. Un manual de funcionamiento que sirva como referencia al personal para unificar criterios, mejorar la calidad asistencial y con ello reducir el gasto sanitario.

## METODOS DE DETECCION Y PRIORIZACION

El método utilizado es el método "Hamlon" obteniendo

como oportunidades de mejora más puntuadas:

- 1- Revisión y actualización de los manuales de funcionamiento de las diferentes unidades asistenciales del hospital Nuestra Sra. De Gracia
- 2- Revisión y actualización de los carros de parada de las unidades.
- 3- Mejora de la comunicación interprofesional.
- 4- Mejora y disposición de la información en los distintos impresos que llegan a los usuarios.

## SITUACION DE PARTIDA

Una misma línea de actuación es un pilar fundamental para el funcionamiento de las diferentes unidades asistenciales del hospital.

Tras la reciente reforma del hospital Real Ntra Sra. De Gracia, se plantea la necesidad de revisar la guía de consulta que modifique las líneas de actuación que hubieran podido quedar obsoletas.

La metodología se basa en protocolos basados en la evidencia.

## IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- 1- Evitar la variabilidad en los cuidados en el paciente para mejorar la calidad asistencial.
- 2- Servir como instrumento de comunicación y medio de capacitación, información y orientación permanente al personal.
- 3- Actualización de una guía de intervención protocolizada de acuerdo con un marco de referencia.
- 4- Unificar criterios de actuación.
- 5- Evitar complicaciones y disminuir la posibilidad de resultados erróneos.
- 6- Sensibilizar y formar al personal sanitario.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Unificar criterios de actuación de los trabajadores de las diferentes unidades

- 2- Mejorar la comunicación interprofesional.
- 3- Eliminar factores de riesgo que favorezcan resultados erróneos.
- 4- Estandarizar las actuaciones de enfermería.
- 5- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- 6- Evitar la aparición de complicaciones.
- 7- Optimizar la utilización de los recursos humanos y materiales.
- 8- Creación de un grupo de trabajo.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEDIDAS PREVITAS

- 1- Formación de un grupo de trabajo
- 2- Revisión de protocolos basados en la evidencia
- 3- Actualización de los manuales de funcionamiento.
- 4- Implantación de los mismos.
- 5- Revisiones periódicas.

## RESPONSABLES

Supervisores de las diferentes unidades

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

234

**REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA****8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES**

- 1- N° de protocolos actualizados/ N° de protocolos revisados
- 2- N° de trabajadores formados/N° trabajadores de cada unidad

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Fecha de inicio: Mayo 2013  
Fecha finalización: Diciembre 2013

**Calendarario:**

- 1. Formación de un grupo de trabajo. Mayo 2013
- 2. Revisión de protocolos basados en la evidencia. Junio-Septiembre 2013
- 3. Actualización de los manuales de funcionamiento. Octubre 2013
- 4. Implantación de los mismos. Noviembre-Diciembre 2013
- 5. Revisiones periódicas.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. REVISION/ACTUALIZACION

OTRA PALABRA CLAVE 2. MANUAL DE FUNCIONAMIENTO

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

124

**IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA "CUIDADOS DEL CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO" EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA****2. RESPONSABLE** ..... ELENA PAMPLONA CALEJERO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- SANCHEZ ESTEBAN ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
- SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
- ACIN MIGUEL TERESA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción:**

La mayoría de los pacientes ingresados en un hospital requiere la colocación de algún tipo de dispositivo de acceso venoso, bien sea un catéter venoso periférico (CVP) o central (CVC), cuya principal utilidad es la administración de medicación, infusiones y alimentación parenteral, además de la obtención de muestras de sangre para las determinaciones de laboratorio. Los profesionales de enfermería tenemos, entre otras, la responsabilidad del cuidado y mantenimiento de estos catéteres intravasculares.

La utilización de los catéteres se asocia con diferentes complicaciones tales como flebitis (infecciosa y/o química), bacteriemias o sepsis. Los catéteres venosos periféricos son los dispositivos más utilizados. Aunque la incidencia de infecciones locales o bacteriemias relacionadas con su uso es generalmente baja, las complicaciones infecciosas graves provocan una mortalidad anual considerable debido a la gran utilización de estos dispositivos. Además, estas complicaciones causan importantes molestias al enfermo, prolongan las estancias hospitalarias y aumentan el gasto sanitario.

En España el porcentaje de pacientes ingresados con acceso vascular periférico es aproximadamente del 66,10%, siendo la prevalencia de global de bacteriemia asociada a su uso de un 5,9%, según datos del estudio EPINE 2011.

**Métodos de detección y de priorización empleados:**

El método de priorización utilizado es el "método Hanlon", obteniendo como resultados finales las siguientes oportunidades de mejora:

1. Implementación del protocolo de enfermería: "Cuidados del catéter intravenoso periférico".
2. Revisión y actualización del manual de funcionamiento del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
3. Identificación y evaluación de situaciones de riesgo potencial.
4. Mejora de la comunicación interprofesional.

**Importancia y utilidad del proyecto:**

Debido a la gran variabilidad en el manejo del catéter, las complicaciones asociadas a éstos y la carga que supone tanto para el paciente como para las instituciones, es por lo que nos planteamos elaborar un protocolo, con el fin de favorecer una práctica clínica de enfermería homogénea, disminuir el riesgo de complicaciones y optimizar el uso de los recursos sanitarios, basado en la mejor evidencia disponible sobre el mantenimiento de catéteres de inserción periférica.

**Situación de partida:**

- Variabilidad de los cuidados.
- Falta de un protocolo unificado sobre los cuidados del catéter intravenoso en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

**Causas:**

Las posibles causas que se determinaron según el diagrama de Ishikawa fueron:

- Falta de un protocolo unificado sobre los cuidados del catéter intravenoso periférico.
- Falta de formación del profesional sanitario sobre los cuidados del catéter intravenoso periférico.
- Rotación excesiva de personal sanitario.

**Fuentes de información:**

Las fuentes de información utilizadas para la elaboración de este protocolo han sido el Best Practice «Manejo de dispositivos vasculares periféricos» del Instituto Joanna Briggs y la revisión de Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Unificar criterios de actuación del personal sanitario respecto a los cuidados del catéter intravenoso periférico.

- Reducir el riesgo de infección y flebitis mediante el uso de una técnica aséptica.
- Mantener la permeabilidad de la vía y mejorar la seguridad y confort del paciente.
- Formar al personal.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- Crear un grupo de trabajo.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

124

**IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA "CUIDADOS DEL CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO" EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Actividad 2ª: Análisis de la situación previa a la implantación del protocolo. Revisión de protocolos basados en la evidencia.

Actividad 3ª: Elaboración de un protocolo sobre los cuidados del catéter venoso periférico.

Actividad 4ª: Elaboración y distribución de un póster-resumen con las actividades más relevantes.

Actividad 5ª: Presentación del proyecto al personal sanitario del Hospital. Puesta en marcha del protocolo.

Actividad 6ª: Medición de indicadores tras haber sido aplicado el protocolo.

Actividad 7ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.

Responsables: Todo el grupo de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de existencia del protocolo en las unidades.

- Porcentaje de pacientes con apósito manchado y/ despegado.

- Porcentaje de pacientes con vía intravenosa periférica insertada más de 96 horas.

- Porcentaje de pacientes con signos de flebitis.

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

Fecha de finalización: Octubre 2013.

Calendario:

Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo. Abril 2013.

Actividad 2ª: Análisis de la situación previa a la implantación del protocolo. Revisión de protocolos basados en la evidencia. Abril 2013.

Actividad 3ª: Elaboración de un protocolo sobre los cuidados del catéter venoso periférico. Mayo 2013.

Actividad 4ª: Elaboración y distribución de un póster-resumen con las actividades más relevantes. Mayo 2013.

Actividad 5ª: Presentación del proyecto al personal sanitario del Hospital. Puesta en marcha del protocolo. Junio 2013.

Actividad 6ª: Medición de indicadores tras haber sido aplicado el protocolo. Septiembre 2013.

Actividad 7ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Octubre 2013.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CATETER VENOSO PERIFERICO

OTRA PALABRA CLAVE 2. CUIDADOS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

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

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

214

**UNIFICACION DE LOS CARROS DE PARADAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION Y CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

2. RESPONSABLE ..... SOFIA RODA GONZALVEZ  
• Profesión ..... ENFERMERIA  
• Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
• Localidad ..... ZARAGOZA  
• Servicio/Unidad .. UNIDAD MEDICO QUIRURGICA  
• Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
• ARIÑO GALVE RAMIRO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CORRETORNOS  
• MARTINEZ PLANAS ISABEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA  
• NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA  
• MARIA ANGELES TORRES ANDRES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SUPERVISION DE AREA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Hospital Ntra. Sra. de Gracia las Consultas Externas y cada Unidad de Hospitalización cuenta con un carro de parada y un desfibrilador de características similares. Las supervisoras de las unidades tienen como misión la revisión sistemática y el mantenimiento de los carros de parada, en esta labor se detecta que no están estructurados de la misma manera ni contienen los mismos fármacos y materiales. Por otro lado se observó que los fármacos del carro caducaban con frecuencia. El equipo de supervisión muestra un consenso en que esto es un problema que afecta de forma significativa a la seguridad del paciente por lo que decide priorizarlo como una importante oportunidad de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL

- Aumentar la seguridad y la eficacia en la atención de los casos de parada cardiorespiratoria o urgencia grave, en los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización y que acuden a las consultas, donde se requiera la utilización del carro de parada.

**RESULTADOS ESPECÍFICOS**

- Estandarizar el contenido y la distribución del carro de parada en todas la unidades de hospitalización y consultas externas del Centro.
- Revisar los fármacos que ha de contener el carro de parada, así como elaborar una guía actualizada de presentaciones y pautas de administración de dichos fármacos.
- Que todo el personal sanitario que desempeña su trabajo en diferentes unidades de hospitalización y consultas externas siempre sepa que fármacos y materiales va a encontrar en el carro de parada así como donde buscarlos.
- Evitar caducidades innecesarias de los fármacos y disminuir el gasto farmacéutico.
- Conseguir un registro unificado y sistemático que permita un correcto control del uso y mantenimiento del carro de parada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas y responsables:

- Recogida de datos sobre los fármacos y materiales que contenían los carros de las unidades de : Geriatria, Médico Quirúrgica, Medicina Interna, Cirugía, Psiquiatria y Consultas externas. Descripción de la estructura de dichos carros. Responsable: enfermeras de la Unidad Médico Quirúrgica.
- Revisión de los fármacos que debe haber en los carros de parada de las unidades de hospitalización y en los botiquines de las mismas. Responsable: Comisión de farmacia.
- Elaboración de una guía en la que se indica la vía y el modo de administración de cada uno de los fármacos. Responsable: equipo de supervisión.
- Unificación de los materiales que debe contener el carro de parada. Responsable: Equipo de supervisión
- Estructuración y rotulación de los carros de manera similar y elaboración de un documento donde se describen estos aspectos. Responsable: Equipo de supervisión
- Elaboración una Hoja de Registro de Apertura del carro de parada. Responsable: Equipo de supervisión.
- Elaboración de una Hoja de Registro de Revisión del carro de parada y del desfibrilador. Esta revisión deberán realizarla mensualmente las supervisoras y las enfermeras de las unidades. Responsable: Equipo de supervisión
- Consensuar la localización de los carros dentro de las unidades en un lugar accesible, conocido por todo el personal y con toma de corriente cercana. Responsable: Equipo de supervisión.
- Comunicación a la Comisión de Formación la necesidad de formación continuada en RCP a todo el personal del Hospital. Responsable: Equipo de supervisión.
- Informar al personal sanitario de sus unidades sobre los cambios realizados en los carros de parada.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

214

**UNIFICACION DE LOS CARROS DE PARADAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION Y CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Responsable: Equipo de supervisión.

- Revisión de resultados y elaboración de propuestas de mejora. Responsable: Equipo de supervisión.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1:**

- Índice de cumplimentación de los registros de Revisión y Apertura del carro de parada.
- Descripción del indicador: nº de registros cumplimentados/nº total de registros que deberían haberse cumplimentado expresado en %

**Indicador 2:**

- Índice de carros de parada con una correcta estructura, rotulación y contenidos.
- Descripción del indicador: Nº de carros aptos/ nº total de carros de parada expresado en %. Se considerará un carro de parada como Apto si satisface el 95% o mas de los puntos contemplados en el documento elaborado sobre la estructura, contenido y rotulación del carro de parada.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: enero 2013.  
Fecha de fin: diciembre 2013.****Primer trimestre:**

- Recogida de datos sobre los fármacos y materiales que contenían los carros de las unidades de : Geriátría, Médico Quirúrgica, Medicina Interna, Cirugía, Psiquiatría y Consultas externas. Descripción de la estructura de dichos carros. Responsable: enfermeras de la Unidad Médico Quirúrgica.
- Revisión de los fármacos que debe haber en los carros de parada de las unidades de hospitalización y en los botiquines de las mismas. Responsable: Comisión de farmacia.
- Elaboración de una guía en la que se indica la vía y el modo de administración de cada uno de los fármacos. Responsable: equipo de supervisión.

**Segundo y tercer trimestre:**

- Unificación de los materiales que debe contener el carro de parada. Responsable: Equipo de supervisión
- Estructuración y rotulación de los carros de manera similar y elaboración de un documento donde se describen estos aspectos. Responsable: Equipo de supervisión
- Elaboración una Hoja de Registro de Apertura del carro de parada. Responsable: Equipo de supervisión.
- Elaboración de una Hoja de Registro de Revisión del carro de parada y del desfibrilador. Esta revisión deberán realizarla mensualmente las supervisoras y las enfermeras de las unidades. Responsable: Equipo de supervisión
- Consensuar la localización de los carros dentro de las unidades en un lugar accesible, conocido por todo el personal y con toma de corriente cercana. Responsable: Equipo de supervisión.
- Comunicación a la Comisión de Formación la necesidad de formación continuada en RCP a todo el personal del Hospital. Responsable: Equipo de supervisión.
- Informar al personal sanitario de sus unidades sobre los cambios realizados en los carros de parada. Responsable: Equipo de supervisión.

**Cuarto trimestre:**

- Revisión de resultados y elaboración de propuestas de mejora. Responsable: Equipo de supervisión.

**11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. .****POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

214

UNIFICACION DE LOS CARROS DE PARADAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION Y CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

208

**CREACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO EN LA UNIDAD DE CMA**

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD ROSEL MOUSSET

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- YAGUE LOPEZ ROCIO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ausencia de un documento escrito con la información y recomendaciones ingreso en la unidad de cirugía mayor ambulatoria del HNSG para el paciente y familiares Plantea la necesidad de elaborar un tríptico informativo, que defina la unidad, aporte consejos generales y recomendaciones tanto pre-quirúrgicas como pos-quirúrgicas que ayuden al paciente y sus familiares.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Pacientes y familiares informados sobre su ingreso en la unidad de CMA  
-Aumentar la eficiencia, eficacia y calidad de la asistencia al paciente  
-Aumentar la satisfacción de los pacientes y familiares ingresados en nuestra unidad  
-Disminuir su ansiedad proporcionando información  
-Facilitar la práctica asistencial al personal de nueva incorporación dentro de la unidad  
-aumentar la motivación e implicación de todo el equipo asistencial de la unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones de trabajo para la elaboración del tríptico

- Consultar bibliografía sobre el tema
- Consensuar los criterios con los diferentes responsables médicos de la unidad
- Realización de tríptico

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º/

Nº pacientes a los que se ha entregado el tríptico informativo / Nº pacientes ingresados en la unidad

2º/

Nº pacientes satisfechos con la información recibida en el tríptico / Nº pacientes que han recibido el tríptico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha de inicio enero 2013

- Fecha de elaboración e implementación primer trimestre 2013
- fecha de evaluación de indicadores segundo tercer y cuarto trimestre 2013

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. adolescentes ,jovenes y adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

304

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL RECICLADO DE COBRE EN EL BLOQUE QUIRURGICO**

2. RESPONSABLE ..... ALICIA SIMON FELEZ

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CANO LATORRE ALEJANDRA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
- MARTIN CALVO VIRGINIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
- VAL MORENO YOLANDA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante el desconocimiento y la falta de reciclado del cobre en el bloque quirúrgico hemos detectado la necesidad de realizar una guía para la adecuada recogida y reciclaje del mismo, mediante la elaboración de un protocolo de actuación que nos ayude a establecer un orden de intervención rápido y eficaz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer la sensibilización del personal del bloque quirúrgico ante el reciclado

- Realizar un protocolo de actuación que garantice una recogida y reciclaje del cobre seguro y eficaz
- Implementar el protocolo en todo el bloque quirúrgico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del grupo de trabajo.

- Revisión bibliográfica
- Realización de una encuesta al personal sanitario (enfermeras y auxiliares) del bloque quirúrgico sobre el reciclado. La encuesta consta de 11 preguntas con 2 ó 3 respuestas tipo test.
- Asesoramiento por parte de profesionales expertos
- Elaboración del protocolo
- Puesta en marcha del proyecto piloto:
  - ? Recogida de todo el material eléctrico desechable que contenga cobre
  - ? Almacenamiento en contenedores desechables habilitados en la zona sucia de cada quirófano
  - ? Transporte a empresas especializadas en su reciclaje
  - ? Revisión y consenso de las normas y actividades del protocolo
  - Presentación y difusión a todos los profesionales del bloque quirúrgico
  - Implementación del protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Los resultados más relevantes obtenidos de la encuesta son:

- 100% del personal manifiesta su colaboración activa en el proyecto
- 94 % cree que el reciclaje en el bloque quirúrgico tendría un disminución del impacto ambiental importante y el 6 % restante no lo comparte
- Se han recogido 40 Kg de material eléctrico desechable que contiene cobre.
- Eficacia del protocolo:

Costes:

Tangibles: contenedores, bolsas, báscula, hojas de encuestas y ordenador.

Intangibles: tiempo dedicado por el personal del bloque quirúrgico para recoger y almacenar todo el material eléctrico desechable que contenga cobre.

Beneficios:

Tangibles: 1,8 Euros por cada kg de material reciclado (empresa Teral)

Intangibles: disminución del impacto ambiental

- Evaluación:

La proporción coste /beneficio no es relevante en términos económicos pero si en términos ambientales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2012 : formación del grupo de trabajo

Julio/ Agosto 2012: revisión bibliográfica

Septiembre 2012: realización de las encuestas

Septiembre- Diciembre 2012: puesta en marcha del proyecto piloto

Enero 2013: obtención de resultados y diseño y elaboración del protocolo de actuación

Febrero 2013: sesiones de información y formación al personal del bloque quirúrgico

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

304

**PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL RECICLADO DE COBRE EN EL BLOQUE QUIRURGICO**

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

236

**IMPLANTACION DEL PLAN DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES TORRES ANDRES

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. SUPERVISORA DE AREA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ PLANAS ISABEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- MORENO GONZALEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- ARIÑO GALVE RAMIRO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA CORETURNOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Queda demostrado en psicología de organizaciones, la importancia que tiene, en el rendimiento y la satisfacción de los trabajadores, el proveerlos de los conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para favorecer la integración en los equipos humanos, aumentar la satisfacción en el desempeño diario y como objetivo principal aumentar la calidad en la atención al paciente.

La información obtenida en el último año a través de los supervisores de las unidades de enfermería, los profesionales que componen los equipos y los trabajadores que se han incorporado a nuestro Centro, refleja las dificultades que se originan en los procesos de nuevas incorporaciones de personal.

Desde la Dirección de enfermería se valora la necesidad de implantar un plan de acogida que facilite integrar al profesional al puesto de trabajo y permita otorgar un nivel de calidad y seguridad en los cuidados enfermeros.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Facilitar la integración del nuevo profesional al puesto de trabajo

- Proporcionar los conocimientos y habilidades que contribuyan a la continuidad del funcionamiento de los equipos de trabajo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Diseño y elaboración del Plan de Acogida General

- Elaborar una Guía de Acogida
- Diseñar de una presentación general de la misma.
- Difundir a los trabajadores que se incorporan al Centro.

2. Diseño y elaboración de los Manuales de Acogida específicos de cada Unidad de enfermería.

- Elaborar los Manuales de Acogida de cada una de las unidades, en los que se incluirá unos apartados comunes y otros específicos de cada unidad.

3. Elaboración de una encuesta dirigida al personal que se incorpora al Centro, para evaluar el índice de eficacia de nuestra intervención.

Los responsables del diseño del Plan de Acogida General y de los Manuales de acogida de las unidades son: El equipo de Dirección de Enfermería y los supervisores de Unidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores que utilizaremos serán indicadores de resultados.

Indicador 1:

Número de manuales elaborados al final del segundo trimestre de 2013

- Descripción del indicador: nº de manuales elaborados /nº total de manuales que deberían haberse elaborado expresado en %

Indicador 2:

Número de trabajadores a los que se les hace el plan de acogida general

- Descripción del indicador: nº de trabajadores a los que se realiza el plan de acogida general en un periodo de tiempo determinado /nº total de trabajadores que se incorporan en el centro en ese periodo de tiempo expresado en %

Indicador 3

Número de trabajadores a los que se les hace el plan de acogida específico

- Descripción del indicador: nº de trabajadores a los que se realiza el plan de acogida específico en un periodo de tiempo determinado /nº total de trabajadores que se incorporan en el centro en ese periodo de tiempo expresado en %

Indicador 4

Nivel de satisfacción del trabajador tras la implantación del plan de acogida.

La valoración del nivel de satisfacción los obtendremos a través de los resultados obtenidos en las encuestas.

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

Fecha fin: marzo 2014

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

236

**IMPLANTACION DEL PLAN DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO**

CRONOGRAMA :

- Segundo trimestres 2013:  
Elaboración de los manuales general y específicos. Elaborar encuesta de satisfacción para el trabajador.
- Tercer trimestre 2013:  
Implantación del plan de acogida general y específicos
- Primer trimestre 2014  
Evaluación del proceso.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

217

**CREACION DE PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**

2. RESPONSABLE ..... ROCIO YAGUE LOPEZ

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROSEL MOUSSET FELICIDAD. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
- CRUZ LARRAHONA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
- ALFARO GARATE PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ausencia de protocolos de actuación de Enfermería y TCAE esta unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA)

Plantea la necesidad de elaborar unos protocolos de actuación basados en la evidencia científica para los diferentes procedimientos quirúrgicos que se realizan en esta CMA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disminuir la variabilidad en la actuación por parte de los profesionales implicados en la atención a estos pacientes.

- Aumentar la eficiencia, eficacia y calidad asistencia al paciente
- Proporcionar cuidados de calidad y aumentar la satisfacción de los pacientes ingresados en la unidad.
- Unificar criterios en la preparación del paciente que va a ser intervenido
- Facilitar la práctica asistencia al personal de nueva incorporación
- Aumentar la motivación e implicación de todo el equipo asistencias de la unidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones de trabajo para la elaboración de protocolos

- Consultar bibliografía sobre los protocolos a elaborar
- Consensuar los criterios con los responsables médicos de cada especialidad
- Realización de una guía que recoge las preparaciones quirúrgicas y pautas de actuación tanto de enfermería como de TACE en los diferentes procesos de la unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º/

Nº de pacientes con los que se actúa según protocolos / Nº de pacientes atendidos en la unidad

2º/

Nº protocolos elaborados /Nº protocolos a realizar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha inicio enero 2013

- Fecha elaboración primer trimestre 2013
- fecha de implementación segundo trimestre 2013
- fecha de evaluación de indicadores cuarto trimestre 2013

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. adolescentes,jovenes y adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

## 1. TÍTULO

**AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

## 2. RESPONSABLE ..... ELISA ALDEA MOLINA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALBISTUR LESMES IRUNE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- PARDO VINTANEL TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- AZNAR COSTA JOAQUIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- LEGAZCUE GOÑI ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida de mayor prevalencia en los servicios

de urgencias (SHU), que presentan una incidencia y prevalencia elevada elevada y creciente en España.

Se ha demostrado en multitud de estudios, que al permanecer en fibrilación auricular se produce un remodelado anatómico auricular que tiende a perpetuar la arritmia, de ahí la importancia de intentar devolver al corazón a su conducción sinusal, lo antes posible

La cardioversión tanto eléctrica como farmacológica se plantea si la duración de la arritmia es de menos de 48 horas, está correctamente anticoagulado durante al menos 3 semanas o tiene un ECO transesofágico normal.

En cuanto a la profilaxis tromboembólica, en las últimas guías se recomienda iniciar anticoagulación a aquellos pacientes con un riesgo medido a través de la escala CHADS2VASC mayor o igual a 2.

Se detectan dos problemas en el servicio de urgencias en relación con la diversidad en el manejo de aquellas FA de menos de 48 horas quedando muchas ellas sin cardiovertir, derivando a estos pacientes a su domicilio anticoagulados y pendientes de cardioversión eléctrica diferida cuando se les podría resolver el problema durante su estancia en urgencias.

Un segundo problema es que muchos pacientes a pesar de tener unos factores de riesgo que indicarían anticoagulación sin gran riesgo de sangrado, no se anticoagulan con el riesgo que esto supone para el paciente. Además no se emplean tan apenas los nuevos anticoagulantes

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumento del número de cardioversiones en urgencias en aquellos pacientes con Fa de menos de 48 horas. En especial aumentar el número de cardioversiones eléctricas (técnica de elección en Fa de menos de 48 horas) en el servicio de urgencias.

Disminuir las horas de estancia en el servicio de urgencias y en su sala de observación ya que si está indicado la cardioversión eléctrica y se puede realizar, posteriormente tan solo se observará al paciente 3 o 4 horas.

Aumentar el número de pacientes anticoagulados (con antiivitamina K o con los nuevos anticoagulantes) que presentan en la escala CHADS2VASC una puntuación mayor o igual a 2

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de un protocolo que tras su aprobación por la Comisión de Tecnología se realizará su difusión mediante una reunión conjunta de todos los servicios implicados.

Revisión retrospectiva de las historias clínicas para comprobar el grado de cumplimiento del protocolo.

Realización de sesiones clínicas periódicas teóricas, basadas en casos clínicos reales.

Adecuación y modificación en función de resultados obtenidos.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. (Número de cardioversiones realizadas/número de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas )por 100

(Número de cardioversiones eléctricas realizadas/ numero de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas) por 100

(Pacientes correctamente anticoagulados/pacientes con CHADS2VASC mayor o igual a 2) por 100.

( Número de pacientes con nuevos anticoagulantes/ pacientes anticoagulados) por 100

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Abril 2013 Fin: Junio 2014

Aprobación y difusión del protocolo FA Abril-Mayo 2.013

Retrospección de las historias clínicas junio de 2012-diciembre de 2012

Realización audit a los 6 meses Septiembre-octubre 2.013

Análisis estadístico y gráfico a los 6 meses Octubre-noviembre 2.013

Presentación de resultados de los 6 meses iniciales al Servicio de Urgencias y recordatorio del protocolo: Noviembre 2.013

Introducción variable en la base de datos (Marzo 2.014)

Realización audit a los 12 meses. Marzo-Abril 2.014

Presentación de resultados de los 12 meses del estudio al Servicio de Urgencias (Abril 2014).

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

**AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS  
TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

109

**IMPACTO DE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS****2. RESPONSABLE** ..... IGNACIO ANDRES BERGARECHE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- VICENTE MOLINERO ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- MARTIN ALGORA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- SARRAT TORRES MARCO ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- GONZALEZ CABALLERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hiperglucemia en los pacientes hospitalizados causa un incremento significativo de la morbilidad y del coste asociado de la hospitalización. Por ello, recientes documentos de consenso recomiendan tener en las áreas de urgencias de pacientes no críticos, unos niveles de glucemia preprandial entre 90 y 130 mg/dl y niveles de glucemia posprandial < 180mg/dl. Hasta ahora se han utilizado mayoritariamente escalas móviles de administración de insulina. Los inconvenientes de este régimen es que trata la hiperglucemia una vez que esta ya se ha presentado en vez de prevenirla. Por todo ello, en fechas recientes se ha propuesto como modificación a lo anterior, para alcanzar los objetivos de glucemia anteriormente señalados, tratar con pautas de insulina subcutánea, basal, prandial y correctora (terapia BOLO-BASAL). Nuestro servicio ha identificado como una importante oportunidad de mejora el desarrollo de un protocolo y un posterior programa educativo para el control de la hiperglucemia en urgencias.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Mejora del manejo de la hiperglucemia en urgencias.  
2- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica en urgencias.  
3- Facilitar al ingreso una continuidad asistencial en el tratamiento de la hiperglucemia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Presentación del protocolo a los integrantes del servicio (Facultativos, enfermería y residentes). Dr. Andrés, Dra. Pascual, Dra. Bandrés, María Jesús González.

- 2- Confección de una hoja de recogida de datos. Dr. Vicente, Dra. Martín.  
3- Introducción de variables en la base de datos. Dr. Vicente, Dra. Martín.  
4- Intervención educativa a los 6 meses del comienzo. Dr. Ferreras, Dr. Sarrat.  
5- Análisis Estadístico y gráfico. Dra. Pascual, Dr. Vicente.  
6- Presentación final de resultados a los integrantes del servicio a los 12 meses del estudio. Dr. Andrés, Dra. Bandrés, María Jesús González.  
7- Presentación de resultados del estudio a congresos, jornadas y publicaciones científicas. Dr. Ferreras, Dr. Sarrat.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Tasa de pacientes con glucemia > a 180 mg/dl a su llegada a urgencias que reciban terapia insulínica BOLO-BASAL: (Número de pacientes con glucemia > 180 mg/dl a su llegada a urgencias a los que se aplique terapia insulínica BOLO-BASAL / Número total de pacientes con glucemia > a 180 mg/dl a su llegada a urgencias) x 100. Estandar: 50%. Monitorización a los 6 y a los 12 meses. Historia clínica de urgencias, médica y de enfermería.

2- Tasa de complicaciones metabólicas (hipoglucemia, estado hiperglucémico hiperosmolar o ceatoacidosis diabética) en pacientes con glucemia > a 180 mg/dl a su llegada a urgencias y que reciban terapia insulínica BOLO-BASAL: (Número de pacientes con glucemia > 180 mg/dl a su llegada a urgencias que presenten complicaciones metabólicas durante su estancia en urgencias (que estén recibiendo terapia insulínica BOLO-BASAL) / Número total de pacientes con glucemias > 180 mg/dl a su llegada a urgencias que presenten complicaciones metabólicas durante su estancia en urgencias) x 100. Estandar: 50%. Monitorización a los 6 y a los 12 meses. Historia clínica de urgencias, médica y de enfermería.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Realización del protocolo. Mayo 2012-Febrero 2013. Dr. Andrés, Dra. Pascual, Dra. Bandrés.

- 2- Presentación del protocolo a los integrantes del servicio (Facultativos, enfermería y residentes). Febrero 2013. Dr. Andrés, Dra. Pascual, Dra. Bandrés, María Jesús González  
3- Confección de una hoja de recogida de datos. Marzo 2013. Dr. Vicente, Dra. Martín.  
4- Introducción variables en base de datos. Marzo-septiembre 2013. Dr. Vicente, Dra. Martín.  
5- Resultados a los 6 meses del estudio. Octubre 2013. Dr. Ferreras, Dr. Sarrat.  
6- Análisis estadístico y gráfico. Octubre 2013. Dra. Pascual, Dr. Vicente.  
7- Presentación final de resultado. Marzo 2014. Dr. Andrés, Dra. Bandrés, María Jesús González.  
8- Presentación de resultados a congresos y publicaciones en revistas científicas. Marzo-Mayo 2014. Dr. Ferreras, Dr. Sarrat.

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

- EDAD. Adultos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

109

**IMPACTO DE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hiperglucemia

OTRA PALABRA CLAVE 2. Urgencias

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

057

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) COMO RECURSO TERAPEUTICO EN BRONCOPATIA CRONICA REAGUDIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

## 2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA ANDRES NILSSON

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- ESCRICHE ROS ROCIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- SARASA CLAVER PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- GIL DE BERNABE LOPEZ JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- MORENO MIRALLAS MARIA JESUS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- RANGIL GIL ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- BERGUA GOMEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Departamento de Salud y Consumo desarrolla programas para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia, y con gran carga social y económica sobre la población. Es el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y otras broncopatías crónicas, y para ello el Sistema de Salud de Aragón plantea la iniciativa de un programa específico de atención a estos pacientes para definir el conjunto de actuaciones que el sistema de salud público debe abordar para prevenir, controlar y tratar la enfermedad.

El principal objetivo del programa es mejorar la atención a lo largo del proceso asistencial a los pacientes con EPOC en el Sistema de Salud de Aragón para disminuir incidencia, morbimortalidad y mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectadas.

En nuestro ámbito de actuación, en el servicio de urgencias hospitalarias, se tratan los casos de agudización grave de EPOC, así como del resto de broncopatías crónicas y causas de insuficiencia respiratoria, que en muchas ocasiones pueden llevar al fracaso ventilatorio con hipercapnia y acidosis respiratoria. En esta situación, la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), ha demostrado ser, practicada por personal adecuado y con medios apropiados, una herramienta terapéutica que reduce la mortalidad, estancia hospitalaria, número de hospitalizaciones, ingresos en UCI y necesidad de intubación orotraqueal.

La VMNI está indicada cuando, a pesar del tratamiento farmacológico y de la oxigenoterapia, el enfermo sigue presentando un pH <7.35 (evidencia A). Los criterios de aplicación engloban a pacientes con deterioro ventilatorio que condiciona taquipnea (frecuencia respiratoria >25 rpm), uso de musculatura accesoria, respiración paradójica abdominal, acidosis respiratoria (pH<7.35, pCO<sub>2</sub> > 45 mmHg) y cociente PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200.

La VMNI debe ser realizada por personal sanitario bien adiestrado y requiere una adecuada monitorización del paciente. Dado que el balance coste/eficacia de la VMNI está plenamente demostrado, en nuestro servicio de urgencias se ha evidenciado una falta de criterios unificados en cuanto al uso reglado de este recurso terapéutico en pacientes con broncopatía crónica reagudizados con indicación de la misma, por lo que se ha propuesto el desarrollo de esta línea de mejora de calidad para implementar el uso de la VMNI en todos los casos de dicha patología con indicación, mediante la elaboración de un protocolo reglado de actuación en urgencias, que permita una adecuada ubicación y supervisión del paciente en nuestro servicio, así como una aplicación precoz de la VMNI en los pacientes candidatos a beneficiarse de este tratamiento.

Para ello se propone una intervención entre personal facultativo para seleccionar y aplicar adecuadamente este proceso en los pacientes que cumplan los criterios requeridos, así como la elaboración y difusión de un protocolo reglado, y un seguimiento de los pacientes tratados con VMNI para medición de la optimización del recurso terapéutico, aprovechando la organización desde el propio Servicio de Urgencias, de un curso monográfico de VMNI en el que participarán un elevado número de facultativos del mismo. Así mismo, se implicará al personal de enfermería para su formación en los cuidados enfermeros específicos de esos pacientes.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implementar el uso de la VMNI como medida terapéutica de primera línea en pacientes con indicación en casos de EPOC u otras broncopatías crónicas reagudizadas en situación de fracaso ventilatorio hipercápnico agudo o agudizado.

- Desarrollar un protocolo de actuación para VMNI en reagudización de broncopatías crónicas en el servicio de urgencias.

- Crear una unidad "virtual" de VMNI en el área de observación del servicio de urgencias.

- Evaluar el curso favorable o desfavorable de los pacientes con aplicación de VMNI.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de los casos de broncopatía crónica agudizada con utilización de la VMNI en los 6 meses previos a la intervención sobre el personal facultativo.

- Seleccionar a pacientes con EPOC u otras broncopatías crónicas reagudizadas con indicación de VMNI que acuden al servicio de urgencias y ubicarlos en la unidad "virtual" de VMNI.

- Realización de sesiones clínicas y cursos de formación en VMNI al personal facultativo del servicio de urgencias para promover la aplicación de VMNI en los casos de broncopatía crónica reagudizada con indicación.

- Medición de la aplicación de la VMNI antes y después de la intervención entre el personal facultativo.

- Seguimiento durante el ingreso hospitalario de los pacientes con aplicación de VMNI en los casos de EPOC y

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

057

**OPTIMIZACIÓN DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) COMO RECURSO TERAPEUTICO EN BRONCOPATIA CRONICA REAGUDIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

broncopatía crónica reagudizados.

- Evaluación del curso clínico favorable/desfavorable de los pacientes con aplicación de VMNI.
- Elaboración de protocolo de VMNI en el servicio de urgencias.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** - Indicador de medición de uso de VMNI pre-intervención:

- o  $(N^{\circ} \text{ de pacientes con agudización de broncopatía crónica tratados con VMNI} / \text{total de número de pacientes con agudización de broncopatía crónica e indicación de VMNI}) \times 100$
- o Período de observación: octubre 2012 a marzo 2013
- o Nivel deseado de cumplimiento: 10%
- o Fuente de datos: PCH
- o Medición de datos: mayo 2013
- Indicador de medición de uso de VMNI post-intervención:
  - o  $(N^{\circ} \text{ de pacientes con agudización de broncopatía crónica tratados con VMNI} / \text{total de número de pacientes con agudización de broncopatía crónica e indicación de VMNI}) \times 100$
  - o Período de observación: mayo 2013 a marzo 2014
  - o Nivel deseado de cumplimiento: 100%
  - o Fuente de datos: PCH
  - o Medición de datos: primera en octubre 2013, segunda en febrero 2014
- Indicador de curso clínico favorable tras aplicación de VMNI:
  - o  $(N^{\circ} \text{ de pacientes tratados con VMNI con curso clínico favorable} / \text{total de número de pacientes tratados con VMNI}) \times 100$
  - o Período de observación: mayo 2013 a marzo 2014
  - o Nivel deseado de cumplimiento: 80%
  - o Fuente de datos: PCH - HP DOCTOR
  - o Medición de datos: primera en octubre 2013, segunda en febrero 2014
- Indicador de curso clínico desfavorable tras aplicación de VMNI:
  - o  $(N^{\circ} \text{ de pacientes tratados con VMNI con curso clínico desfavorable} / \text{total de número de pacientes tratados con VMNI}) \times 100$
  - o Período de observación: mayo 2013 a marzo 2014
  - o Nivel deseado de cumplimiento: 20%
  - o Fuente de datos: PCH - HP DOCTOR
  - o Medición de datos: primera en octubre 2013, segunda en febrero 2014

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Fecha de inicio: Mayo 2013

Fecha de finalización: Marzo 2014

Calendario de Actividades:

- Selección de pacientes: de mayo 2013 a febrero 2014
- Curso VMNI y sesiones clínicas: mayo 2013 (curso y sesión) y octubre 2013 (sesión).
- Medición pre-intervención: mayo 2013 (con base de datos de oct 2012 a marzo 2013)
- Medición post-intervención: octubre 2013 y febrero 2014
- Seguimiento de pacientes: de mayo 2013 a febrero 2014
- Evaluación de curso clínico: octubre 2013 y febrero 2014
- Elaboración de protocolo: octubre-noviembre 2013
- Evaluación global de datos y análisis de resultados: marzo 2014

11. OBSERVACIONES. El análisis de datos y la medición del indicador preintervención se realizará de los pacientes con diagnósticos relacionados con la VMNI durante seis meses previos a la primera intervención en mayo 2013, por lo que se acuerda la evaluación para este indicador de los casos obtenidos desde octubre de 2012 a marzo de 2013, para su evaluación a lo largo de mayo de 2013.

El resto de mediciones se realizará a partir del análisis de datos derivados de la primera intervención sobre el personal facultativo. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

## 1. TÍTULO

**COLABORACION INTERSECTORIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MICROBIOLOGIA. REPERCUSION EN LA PRESCRIPCION DE ANTIMICROBIANOS Y EN LA SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS**

## 2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASPIROZ SANCHO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ENCISO CIRIANO LOURDES. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- MARTIN SACO GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- RUIZ ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA
- REVILLO PINILLA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- MARTINEZ ALVAREZ ROSA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
- TOYAS MIAZZA CARLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
- FERNANDEZ FALCON CAMINO. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- MARNE TRAPERO CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- ISASI DE ISASMENDI SOLEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RESIDENTE 2 DE MEDICINA INTERNA
- LOPEZ PEREZ LOURDES. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- ROY PEREZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los antibióticos tienen una enorme importancia tanto por sus beneficios terapéuticos y clínicos, como por el impacto social y económico de su empleo. Es conocido que el uso inadecuado de estos fármacos supone un riesgo no solo para el paciente, sino para la comunidad, debido a la relación entre el consumo de antimicrobianos y la aparición de resistencias bacterianas. La resistencia a los antibióticos depende no solo de su consumo global, sino también del perfil de utilización. Además de los problemas de resistencia, muchos profesionales sanitarios están de acuerdo en la existencia de una sobreprescripción de antibióticos, asociada a una mayor frecuentación al médico, y a una mayor expectativa de los pacientes a recibir antibióticos. La utilización de antibióticos en España es una de las más elevadas de Europa, y en cuanto a la comunidad de Aragón, hace unos años, presentaba unas cifras de consumo de antibióticos superiores a las de la media española. La asignación, en los últimos años, de importantes recursos educativos para la promoción del uso prudente de los antibióticos muestra que hay una preocupación generalizada por el riesgo de que éstos pierdan su eficacia. Como la mayor parte de las prescripciones de antibióticos se realizan en el medio extrahospitalario, es en este ámbito donde debe priorizarse el uso racional de estos fármacos. En este medio no existe información exhaustiva que nos permita conocer las indicaciones concretas en las que se están utilizando los antibióticos, o los factores que determinan la diferencia de uso de estos.

El incremento de resistencias tiene relevancia en la morbilidad, mortalidad y costes, de ahí que la identificación de patógenos y su susceptibilidad a los antimicrobianos sean esenciales para implementar adecuadas guías de actuación. Esto, unido a la preocupante escasez de nuevos antibióticos en desarrollo y a la falta de efectividad de aquellos con los que los médicos están más familiarizados, acentúa la necesidad de una colaboración próxima y activa entre el médico que diagnostica y prescribe y los microbiólogos que diagnostican y orientan hacia la mejor terapia antimicrobiana posible. La complejidad actual motivada por los avances en el conocimiento del manejo de las enfermedades infecciosas y del aumento de las resistencias hace imprescindible el establecimiento de programas de uso racional de antimicrobianos. Diferentes trabajos confirman que la consulta a un infectólogo mejora el pronóstico de los pacientes con bacteriemia<sup>15</sup>. La participación activa del médico internista especialista en enfermedades infecciosas, en colaboración estrecha con el servicio de Microbiología de cada hospital, tiene especial relevancia ya que favorece el logro del principal objetivo de la praxis médica del siglo XXI: una máxima eficacia al menor coste económico posible.

El diagnóstico de los procesos infecciosos es básico en AP, ya que éstos constituyen uno de los motivos más frecuentes de visita. Es por ello necesario conocer el patrón local de los microorganismos aislados y conocer las herramientas diagnósticas que el laboratorio de Microbiología pone a disposición de los médicos y pediatras de AP. La información rápida y fiable de un modo bidireccional entre ambos estamentos debería repercutir de un modo positivo en la mejora del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con infecciones. Además, la terapia tanto empírica -ajustada a guías- como dirigida, basada en los resultados microbiológicos, debe reflejarse en la mejora de los parámetros de calidad de prescripción recogidos en los contratos de gestión de los sistemas sanitarios con la Atención Primaria Y Pediatría.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Consensuar entre Atención Primaria y Microbiología criterios de petición e interpretación de muestras (urocultivos, exudados, frotis de diferentes localizaciones, muestras cutáneas, etc ).

2. Vigilancia periódica de patrones de sensibilidad local y de la seguridad de los antimicrobianos, y su difusión en AP.

3. Puesta en común de las Guías de uso clínico más consultadas en Atención Primaria y en Microbiología clínica (p.ej guías y protocolos de la Sociedad Española de Enfermedades infecciosas y microbiología Clínica). Se

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

**COLABORACION INTERSECTORIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MICROBIOLOGIA. REPERCUSION EN LA PRESCRIPCION DE ANTIMICROBIANOS Y EN LA SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS**

comenzará por las infecciones más frecuentes en AP.

4. En el área sanitaria y con la población adscrita al CS La Jota:
  - a. Disminución en la prescripción total de antimicrobianos.
  - b. Disminución en la prescripción total de antimicrobianos de amplio espectro.
  - c. Adecuación de las pruebas microbiológicas.
  - d. Mejora de indicadores presentes en el contrato de gestión que conciernen a la prescripción de antimicrobianos y a otros relacionados con la infección y su manejo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reuniones periódicas con participación de médicos, pediatras y personal de enfermería del CS La Lota y de microbiólogos del área I (Royo Villanova) y II (Miguel Servet) .  
• Lugar: CS La Jota. Horario: de 14 a 15 horas, con una periodicidad aproximada de un miércoles de cada 6.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Informes periódicos (cuatrimestrales o semestrales, según lo aconsejen las circunstancias) de sensibilidad antibiótica local

- Indicadores de gestión presentes en el contrato de 2012 (ver a continuación los ítems que se pueden medir y que están reflejados en los citados contratos uscritos entre el SALUD, Atención Primaria y Pediatría )

Capítulo 2.2 Formación continuada.

2.2.1 Equipos de AP que programan y llevan a cabo sesiones formativas organizadas por el propio equipo en el centro de salud.

Objetivos específicos de farmacia. Productividad individual en uso racional del medicamento en atención primaria. Se cita textualmente:

"El acuerdo de gestión, además de los objetivos dirigidos a los equipos de atención primaria de forma conjunta, incorpora una serie de objetivos de prescripción farmacéutica dirigidos de forma específica a los médicos. Estos objetivos van orientados a mejorar la eficiencia en la utilización de los medicamentos, adecuándose a las políticas de uso racional, de forma que el esfuerzo individual que supone su consecución y por el que se incentiva al profesional, suponga un ahorro para el sistema.  
Se plantean así tanto indicadores de selección eficiente (DDD, dosis diaria definida) como de consumo (DHD, dosis por mil habitantes y día) en las patologías más prevalentes. Con los indicadores de consumo se pretende fomentar la reflexión sobre la instauración o indicación de los tratamientos considerando en primer lugar, y si es posible la instauración de tratamientos no farmacológicos, para evitar, la polimedicación y sobreutilización de fármacos, y los problemas asociados. Con los indicadores de selección el profesional debe valorar la alternativa más eficiente para cada paciente, conociendo la repercusión económica que supone para el sistema el uso de moléculas ineficientes, especialmente en tratamientos crónicos que se prolongan durante años.  
Todos estos indicadores se recogen en un índice sintético que se evalúa cuatrimestralmente y puede influir en la obtención de incentivos para los profesionales sanitarios de la AP y Pediatría.

Se extraen los siguientes puntos en los que el presente proyecto puede incidir:

1 Medicina de familia.

1.1 Indicadores de consumo (DHD).

1.1.4 Consumo ajustado de antibióticos (%).

1.2 Indicadores de selección eficiente. 1.2.6 Prescripción de antibióticos orales sistémicos: penicilinas más cefalosporinas de 1ª y 2ª generación respecto al total de antibióticos (% DDD).

2 Pediatría.

2.1 Indicadores de consumo.

2.1.1 Consumo de antibióticos en pediatría (%).

2.2 Indicadores de selección eficiente.

2.2.1 Prescripción de antibióticos: cefalosporinas orales de tercera generación frente al total de antibióticos para uso sistémico (%DDD).

2.2.3 Prescripción de antibióticos: penicilinas respecto al total de antibióticos sistémicos (%DDD).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades: reuniones periódicas con actas y programación consensuada entre Primaria y Microbiología.

Diciembre 2012. Dra. Carmen Aspiroz. HRV. Aproximación AP-Microbiología. Conveniencia de la puesta en común de

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

**COLABORACION INTERSECTORIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MICROBIOLOGIA. REPERCUSION EN LA PRESCRIPCION DE ANTIMICROBIANOS Y EN LA SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS**

ambos colectivos.

Contenido de la sesión (14:00-15: 00 h)

6 febrero 2013. Dra. C. Aspiroz. HRV. Comentarios de los informes de Microbiología. Antibiogramas. Varios.

Contenido de la sesión (14:00-15: 00 h)

- CMI ¿qué es? ¿por qué informarla? Dudas "masivas" de los médicos de AP acerca de la significación de la CMI en el informe del antibiograma.
- Monodosis o ttos cortos en faringoamigdalitis por *S. pyogenes*?
- Dosis de penicilina en la FA (cada 12 horas?)
- Fosfomicina oral (convencional, cada 8-12 horas ) en ttos de ITU
- Augmentine plus en ITU (indicación solo en respiratorio??)
- BLEEs ; ¿qué quieren decir? "controversias " del AMC y de la Pipe-tazo
- Ttos en ITU de varones ¿ttos largos? Muchos fracasos??. Resistencia a quinolonas. Mapas de R. Diferenciar pacientes de AP y especializada (HRV)
- Macrólidos y tto empírico en neumonías ¿es correcto o ponemos levo?...revisión NAC
- *Blastocystis hominis*.. .cómo interpretarlo?
- Vaginosis bacteriana ¿cómo interpretar?
- Úlceras cutáneas: toma de muestras, indicación y examen microbiológico
- ¿Cuáles son las resistencias en *E.coli*- ITU, *S. pyogenes* FA y neumococo?. Deberíamos conocer las resistencias locales de los procesos más atendidos en AP.
- ¿Qué diferencias hay entre los macrólidos? Macrólidos de 14, 15 y 16 átomos. Mapa de resistencias. Papel de roxitromicina y midecamicina.
- ¿Se pueden utilizar las formulaciones óticas de ciprofloxacino para tratar las úlceras colonizadas por *Pseudomonas aeruginosa*?
- ¿Cuál es la conservación óptima de los frotis recogidos en AP?. Diferenciación entre ITS, etc. Diferencia entre lunes-jueves y viernes-domingo.
- Papel de *Citrobacter koseri* y *Klebsiella* en ITU
- Manuales de toma de muestras y disponibilidad para AP
- Tomas de piel y uñas en el HMS.

6 de Marzo 2013.

Contenido de la sesión (14:00-15: 00 h)

- CMI: definición e importancia teórica y práctica (antibiograma)
- Ppt con clasificación de antibióticos por familias y espectro.
- Aclaración de algunas dudas de la sesión anterior. En este punto, plantearemos temas específicos, intentando combinar dudas con resistencias locales y tto empírico mediante guías en las siguientes sesiones.
- Manuales de toma y transporte de muestras. ¿Los hay? ¿dónde se pueden consultar?

17 de abril 2013.

Contenido de la sesión (14:00-15: 00 h)

- Presentación de resultados de ITU del CME Grande Covián (2005 y 2007). Datos cedidos por el Dr. V. Peg.
- Presentación de resultados del HMS (2013). Etiología y resistencias.
- Guías de Infecciones de Tracto Urinario. Presentación por médicos de AP y por microbiólogas y comparación con datos locales.

Siguiete reuniones previstas: junio, septiembre, diciembre.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Optimización en la utilización de antimicrobianos y pruebas diagnósticas microbiológicas

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora

OTRA PALABRA CLAVE 2. Selección eficiente

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

325

## 1. TÍTULO

**IMPORTANCIA DE ADOPTAR DE FORMA ADECUADA MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA EXPOSICION ACCIDENTAL A AGENTES BIOLÓGICOS EN ALUMNOS DE PRACTICAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA BERNAD USON

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- EZPELETA ASCASO IGNACIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El riesgo biológico en el medio hospitalario es el que aparece con mayor frecuencia.

El adquirir hábitos desde el inicio de nuestra experiencia profesional e incorporarlos en nuestra forma de trabajo como una rutina, nos asegura en nuestra trayectoria profesional una protección frente a exposiciones accidentales. Si se aplican adecuadamente las medidas de protección: precauciones estándar, los elementos barrera, material de bioseguridad; puede reducirse la exposición accidental con riesgo biológico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No hay datos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la incidencia de exposición accidental a material biológico durante las prácticas clínicas y los motivos que lo han ocasionado.

Conocer el tipo de exposición accidental con riesgo biológico más frecuente.

Detectar la práctica incorrecta en la manipulación de materiales contaminados.

Difundir las medidas que debemos adoptar ante un accidente biológico.

Reforzar conocimientos sobre medidas estándar, de protección individual, de bioseguridad.

Mejorar la adherencia a adoptar precauciones estándar y uso de equipos de protección individual.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Recogida inicial de conocimientos que tiene el alumno en prácticas.

Sesiones docentes a personal de nueva incorporación de prácticas clínicas al Hospital Royo Villanova.

Registro del personal que ha tenido una exposición accidental con material biológico.

Recogida mediante una encuesta de las características de las exposiciones accidentales con material biológico.

Registro en una base de datos.

Elaboración de un informe de los servicios con mayor riesgo y de las prácticas inadecuadas.

Propuestas de mejora según el análisis realizado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de alumnos que conocen las precauciones a seguir.

Porcentaje de alumnos con exposición accidental a agentes biológicos en el HRV.

Porcentaje de accidentes según el motivo que lo ha ocasionado.

Porcentaje de alumnos accidentados que usan elementos barrera.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización de un cronograma en cada grupo de prácticas (encuesta, sesiones formativas, base de datos) con inicio en abril 2013 y finalización en abril 2014.

Estudio de los resultados obtenido en el curso escolar: Febrero - abril 2014

Propuestas de mejora según el análisis realizado: Febrero - abril 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

277

**DIETA DE TEXTURA INTERMEDIA: OPORTUNIDAD PARA EL PACIENTE CON DISFAGIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA INMACULADA BOLINAGA MORAL

- . Profesión ..... OTROS
- . Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
- . Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . ALFONSO CORTES ISABEL. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. ENFERMERA ENLACE SECTOR I
- . PARDO DIEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENFERMERA DE VALORACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el HRV, la disfagia supone entre un 9-6% del total de dietas que se sirven en el hospital (4702 pensiones en el año 2012)

Actualmente todos los grados de disfagia reciben el mismo tratamiento dietético/nutricional, es decir, existe una única dieta (puré) para el tratamiento de la disfagia en el HRV.

La intervención nutricional debe plantearse de forma personalizada..

Los cambios pueden ser temporales o permanentes en función de la causa de la disfagia y de su grado de rehabilitación. Nutr Clin Med Disfagia orofaringea

Las principales Guías Dietéticas (ADA y BDA) y la Resolución sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales aconsejan que se disponga de menús con textura modificada para el tratamiento de la disfagia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Pendiente de implementar

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implementar dieta de textura intermedia para pacientes con disfagia
- Mejorar la información de los profesionales que asignan las dietas
- Formar al personal que prepara las dietas (cocina)
- Adaptar la textura de la dieta a la capacidad de deglución del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración y diseño de la dieta de textura intermedia (Dietista-Nutricionista)

- Elaboración y Diseño de Díptico/Folleto explicativo de la dieta y sus indicaciones (Enfermera de Enlace, Enfermera de Valoración y Dietista-Nutricionista)

- Sesión Clínica para personal sanitario: auxiliares, enfermería, medicina y residentes (Enfermera de Enlace, Enfermera de Valoración y Dietista-Nutricionista)

- Información a través de difusión del díptico/folleto a las direcciones y diferentes unidades de hospitalización

- Talleres de Formación en el servicio de Cocina:

o Taller de Disfagia, 2 talleres de 2-3 horas (Enfermera de Enlace, Enfermera de Valoración y Dietista-Nutricionista)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° sesiones clínicas

- N° asistentes a las sesiones clínicas
- N° talleres realizados
- N° asistentes a los talleres
- Porcentaje de dietas de textura intermedia sobre el total de dietas servidas

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

Junio- Septiembre 2013:

Elaboración dieta de textura intermedia

Díptico/folleto informativo de dietas

Preparación de sesiones clínicas y talleres

Septiembre - Noviembre 2013:

Realización de sesiones clínicas y talleres

Diciembre-Enero 2013:

Evaluación de la formación

Febrero-Abril 2014

Seguimiento del desarrollo de la implementación de la dieta durante un trimestre

Mayo 2014

Evaluación y memoria del proyecto

Fecha de finalización: junio 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TEXTURA INTERMEDIA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

277

**DIETA DE TEXTURA INTERMEDIA: OPORTUNIDAD PARA EL PACIENTE CON DISFAGIA**

OTRA PALABRA CLAVE 2. DISFAGIA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

114

**PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA GRAFICA DE ENFERMERIA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS BORDONADA HERRERO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RELLO ECHAZARRETA MARIMAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
- ANADON GOMEZ DAVID. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
- GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
- BURRIEL MESEGUER ANA LUISA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto tiene como objetivo implantar la nueva gráfica de enfermería en la UCI del Hospital Royo Villanova (HRV), adecuándola a las nuevas técnicas y procedimientos que se realizan para el cuidado y tratamiento del paciente crítico, incorporando además una lista de verificación de seguridad del paciente. Con esta nueva gráfica se pretende facilitar el cumplimiento y registro de todas las actividades de enfermería dirigidas al paciente ingresado en UCI.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto es continuación de otro iniciado en 2010, durante el cual se diseñó la gráfica y una guía de cumplimentación. No se pudo poner en marcha la impresión de la gráfica hasta que se terminase el stock existente de gráficas. En el año 2011 se presentó otro proyecto, continuación del anterior para incluir en dicha gráfica los cuidados de enfermería destinados a prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica, dentro del proyecto nacional Neumonía Zero. Este proyecto se llevó a cabo diseñando una pegatina que se colocó en la parte posterior de la gráfica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera facilitar el registro de actividades de enfermería que se realizan para el cuidado del paciente crítico, dado que muchas veces no se registraban todas ya que la gráfica carecía de espacio suficiente para ello.

Se espera que este año se pueda imprimir para poder ser implantada en la unidad.

Además, se incluirá en la gráfica una lista de verificación sobre seguridad de paciente en UCI, para facilitar el cumplimiento de medidas destinadas a disminuir riesgos en estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a seguir con el mismo grupo de trabajo que inició el proyecto de mejora en 2010. Se va a terminar la maquetación de la nueva gráfica. Las actividades previstas incluyen una reunión explicativa para presentar la nueva gráfica y su forma de cumplimentarla. Además se medirá la cumplimentación por parte del personal de enfermería de la gráfica, y se comparará con la cumplimentación de la gráfica antigua.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de cuidados registrados en la gráfica /paciente/día (previo a la modificación)

Número de controles registrados en la gráfica/paciente/día (previo a la modificación)

Número de cuidados registrados en la gráfica /paciente/día (posterior a la modificación)

Número de controles registrados en la gráfica/paciente/día (posterior a la modificación)

Para obtener estos datos, se realizará una revisión de las gráficas de enfermería de pacientes ingresados previa a la modificación de la gráfica y otra revisión posterior a su modificación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actualmente se está trabajando en la maquetación y se espera que la impresión sea en el primer semestre del año.

Una vez que se implante, se revisarán 50 gráficas antiguas y otras 50 nuevas para comparar el registro de los cuidados del paciente. Así se podrá valorar si al estar incluidos en la gráfica hay un mayor registro de dichos cuidados. Se espera que a final de año se haya implantado de forma definitiva la gráfica y se haya podido hacer la medición de los indicadores.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente de UCI

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

377

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I****2. RESPONSABLE** ..... MARA CHARRO CALVILLO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
- JIMENEZ SANZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
- PABLOS AMADO MANUELA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presenta actualmente un paulatino y franco aumento de incidencia en nuestro medio. Su curso crónico, la evolución en forma de brotes de presentación impredecible, junto con la creciente complejidad de los tratamientos; hace que precisen una forma de acceso al sistema sanitario complementaria a la habitual en forma de consultas a demanda o atención en urgencias.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Mejorar la accesibilidad del paciente con EII a la consulta especializada en su patología.

Optimizar la resolutiveidad de nuestra consulta monográfica de una enfermedad crónica y con un curso evolutivo complejo, evitando otras consultas a los servicios de urgencias y atención primaria.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** • Elaboración de un documento informativo, en el que se especifican las vías de contacto telefónico a la consulta, telefónico directo y por medio de correo electrónico.

- Divulgación de dicho documento al mayor número posible de pacientes de nuestra consulta.
- Atención de las llamadas telefónicas durante el horario de la consulta, en primer lugar por parte de la enfermera y si precisa, del médico especialista.
- Habilitar una dirección de correo electrónico al que el usuario pueda dirigir sus correos de consulta.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Seguimiento del número de consultas telefónicas efectuadas, análisis de la temática de las mismas y evaluar si con su resolución, se ahorra ingresos, visitas a urgencias o a atención primaria.

Seguimiento del número de consultas por correo electrónico, el contenido de las mismas y su potencial de ahorro de otras consultas y de consumo de otros recursos sanitarios.

Analizar el perfil de pacientes que utilizan estas vías de comunicación, detectando aquellos hipefrecuentadores así como pacientes que no les den uso.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Abril-Mayo 2013 ...Elaboración del documento informativo con las vías de comunicaciones optativas complementan la atención de los pacientes desde la consulta de EII.

Mayo-Septiembre 2013...Distribución de dicho documento al mayor número posible de pacientes desde la consulta.

Mayo-Diciembre 2013...Utilización de las vías telefónica y de correo electrónico en el funcionamiento habitual de la consulta, llevando un registro de las mismas.

Diciembre 2013.....Análisis del registro de las consultas realizadas y extracción de conclusiones sobre su posible efecto positivo en el manejo de los pacientes con EII.

**11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort****POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

179

**IMPLEMENTACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE UN SISTEMA DE ALARMAS INFORMATICO PARA LA DETECCION PRECOZ DE PACIENTES CON SEPSIS****2. RESPONSABLE** ..... JOSE MARIA FERRERAS AMEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- TIRADO ANGLÉS GABRIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
- HERRANZ ANDRÉS CLARA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO URGENCIAS
- DORADO REGIL MARIA DE LA PALOMA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
- EZPELETA GALINDO ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
- MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. SERVICIO DE URGENCIAS
- ASPIROZ SANCHO CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- GARGALLO PLANAS BEGOÑA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Las infecciones constituyen aproximadamente el 10% de las urgencias hospitalarias, y de éstas entre el 5 y el 10% cumplen criterios diagnósticos de sepsis. En nuestro país se estima que se presentan unos 50.000- 100.000 casos de sepsis/año, de los que un 30% evolucionarán a cuadros de sepsis grave (SG) o shock séptico (SS), con una mortalidad en el primer caso en torno al 20-25% y del 45% en el caso de SS.

Socialmente no hay conciencia de la misma, como lo pone de manifiesto un reciente estudio internacional sobre 6.000 personas encuestadas, donde tan sólo el 4% en Francia, el 13% en España o el 19% en USA de los entrevistados habían oído alguna vez el término "sepsis". A esta escasa visibilidad se une la complejidad en su diagnóstico, ya que es una patología difícil de identificar. Ante una infección grave, el organismo, presenta una respuesta sistémica inespecífica, con unos signos y síntomas muy generales y que con facilidad conducen a confusión y a error diagnóstico.

De esta forma, la sepsis constituye un verdadero reto diagnóstico, donde la rapidez de instaurar un paquete (bundle) de tratamiento precoz acorde a las guías influye en la evolución del enfermo. Por tanto, podemos hablar de la sepsis como una enfermedad tiempo dependiente donde el aplicar de forma precoz estos bundles y sobre todo el antibiótico (en menos de 1 hora) influye en el pronóstico y supervivencia del enfermo (tal y como apunta el metaanálisis de Barochia et al). Así, los servicios de urgencias pasan a tener un papel crucial tanto en la detección precoz, como en el inicio del tratamiento de la SG/SS.

Dada la magnitud del problema y la importancia de la detección precoz de estos pacientes, se decidió elaborar un sistema de alarmas que se integraran en el programa informático de urgencias (Puesto Clínico Hospitalario (PCH). La activación de estas alarmas se basa en parámetros clínicos que se obtienen desde la llegada del paciente a urgencias, en el triaje y previamente a su asistencia. De esta manera, de forma automática se alerta al personal sanitario -personal facultativo y de enfermería - de los posibles casos de sepsis grave y se insta a la atención precoz de ese paciente para pautar un tratamiento acorde a las guías.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Un sistema de alarmas integrado informáticamente mejorará la atención de los pacientes con Sepsis. Este sistema será capaz de alertar sobre esta patología, de modo que se apliquen precozmente las medidas recomendadas para su tratamiento

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se establecen las alarmas que debe mostrar el programa informático teniendo en cuenta los criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico (SRIS) en el momento de triaje, de la siguiente manera:

- Sospecha de infección + hipotensión: alarma GRAVE
- Alteración de dos constantes vitales y uno de ellos es hipotensión: alarma GRAVE
- Alteración de tres o más constantes vitales: alarma GRAVE
- Hipotensión único parámetro: ALERTA.
- Alteración de dos constantes vitales cualquiera que no sean hipotensión: ALERTA

Estas alarmas permanecerán en el PCH en una localización visible una vez cerrado por enfermería de triaje. Estos enfermos resaltan en la pantalla del ordenador con una coloración verde específicamente destinada a tal efecto. La identificación definitiva de un paciente con sospecha de sepsis tras la alerta corresponderá al médico responsable del paciente. La valoración por tanto de si las alarmas se corresponden con un "caso" pertenece al médico asistencial.

Los pacientes detectados por este sistema de alarmas en el servicio de Urgencias, activan, de manera automática, una base de datos desarrollada al efecto para el registro de las variables dependientes de la evolución del paciente hospitalizado.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Comprobar si los pacientes con sospecha de SG detectados por este sistema de alertas cumplen efectivamente criterios de sepsis, sepsis grave o shock séptico tras el estudio posterior. Comprobar si el nº de pacientes con diagnóstico de sepsis es mayor que el nº de pacientes registrados en Urgencias con ese diagnóstico previamente a la implantación del sistema de alertas. Comprobar si en estos pacientes se han obtenido hemocultivos y otras muestras microbiológicas según foco. Comprobar los pacientes a los que se les ha administrado antibioterapia precoz tras el diagnóstico de SG (a la

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

179

**IMPLEMENTACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE UN SISTEMA DE ALARMAS INFORMATICO PARA LA DETECCION PRECOZ DE PACIENTES CON SEPSIS**

primera y a la tercera hora).

Comprobar la aplicación del paquete de medidas de tratamiento a las tres primeras horas y a las 6 primeras horas.

Determinar el grado de sensibilidad y especificidad de las alarmas en el momento de triaje (VPP y VPN).

Comprobar la validez del sistema de alertas por parte de los facultativos de Urgencias.

Comprobar si en los pacientes detectados en Urgencias se confirmó este diagnóstico y cuantos paciente no fueron detectados por este sistema.

Medir mortalidad y estancia hospitalaria en los pacientes con SG/SS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio-Diciembre 2012: Desarrollo de la herramienta informática para incorporar al programa PCH las alarmas para la detección precoz de la sepsis grave en el S. de Urgencias. Esta fase ha finalizado.

Febrero-Junio 2013: Recogida de pacientes tras la aplicación del programa (grupo intervención). Paralelamente se realizará una búsqueda retrospectiva de los mismos meses del año previo al estudio designado como grupo control.

Septiembre-Noviembre 2013: Depuración y análisis de datos, obtención de resultados.

Enero-Marzo 2014: Comunicación de resultados y elaboración de manuscritos.

11. OBSERVACIONES. Tras objetivar la aplicabilidad del proyecto se prevé su expansión a todos los hospitales de Aragón que comparten PCH, comenzando por los de nivel II, de perfil similar al HRV, y dejando los de nivel III para una última fase. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

072

**VIVIR LA MUERTE EN LA UCI. DETECCIÓN DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRITICOS QUE FALLECEN EN CUIDADOS INTENSIVOS**

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GARCIA GARCIA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PELAY BARCELONA MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la falta de un protocolo o guía específicos sobre la atención de los familiares con pacientes que fallecen en nuestra unidad, se planteó la posibilidad de realizar una encuesta que nos diera información de como se han sentido tratados y como han vivido los últimos momentos de la vida de su familiar.

Tras realizar una revisión bibliográfica no se encontró ninguna encuesta que se adaptara a las necesidades del proyecto, por lo que se diseñó un cuestionario con 17 preguntas cerradas y una abierta. Se sometió el cuestionario a pilotaje (personal médico y de enfermería de la Unidad, así como la Comisión de Calidad de la Unidad). Se redactó una carta dirigida a los familiares, solicitando su colaboración, que se adjuntará al cuestionario.

La encuesta se enviará a las familias tres meses después del fallecimiento del paciente, a fin de dar tiempo a interiorizar la pérdida. Se encuestará a los familiares de fallecidos a lo largo del año 2013 (01-01-2013 hasta 31-12-2013). Los criterios de inclusión en el estudio son:

- Pacientes mayores de edad.
- Fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hosp. Royo Villanova.
- Estancia superior a 48h.
- No haber sido ingresados como consecuencia de un intento autolítico.

En este momento, están dispuestas para su envío las encuestas correspondientes a pacientes fallecidos durante el mes de Enero de 2013.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consideramos que la detección de necesidades de los familiares de pacientes fallecidos en la Unidad contribuirá a mejorar las condiciones ambientales que rodean al fallecimiento, así como la colaboración entre el personal de la unidad y los familiares, asistencia espiritual, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Una vez terminada la fase de recogida de datos mediante los cuestionarios, se pretende elaborar un protocolo de actuación que indique las actuaciones más adecuadas para cubrir las necesidades de los familiares y del moribundo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se elaborará un cuestionario de satisfacción destinado a recoger el impacto de las medidas protocolizadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 de Enero de 2013: inicio de recogida de datos de pacientes fallecidos.

1 de Abril de 2013: inicio de envío de cuestionarios a familiares.

31 de Diciembre de 2013: fin de recogida de datos de pacientes fallecidos.

31 de Marzo de 2014: fin de envío de cuestionarios a familiares.

1 de Abril de 2014: inicio del análisis de los datos obtenidos.

Junio de 2014: fin de análisis de datos obtenidos.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

429

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UNA NUEVA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I**

2. RESPONSABLE ..... NURIA LERIS LOPEZ  
• Profesión ..... ENFERMERIA  
• Centro ..... H ROYO VILLANOVA  
• Localidad ..... ZARAGOZA  
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
• Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
• PABLOS AMADO MANUELA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO  
• PALMERO PEREZ MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO  
• SANZ JIMENEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las endoscopias digestivas son exploraciones invasivas que comportan una serie de riesgos; unos, implícitos a la propia técnica y otros, añadidos, si se realizan bajo sedación, ya sea superficial o profunda. El número creciente de exploraciones que se realizan diariamente, y la generalización de la sedación, hacen que se precise de herramientas prácticas que agilicen el desarrollo del trabajo diario, mejoren el control de los pacientes y minimicen el riesgo de complicaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Desarrollar una hoja de recogida de los datos clínicos más relevantes, previamente a la realización de una endoscopia digestiva.  
• Facilitar la elección de la mejor opción para realizar la exploración, entre la abstención de sedación o la elección de los distintos tipos de ésta.  
• Prevenir la aparición de complicaciones derivadas de la endoscopia y/o de la sedación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Elaboración de un documento de recogida y registro de datos del paciente. Partiendo de la entrevista que se realizaba antes y aportando datos que antes no quedaban registrados.  
• Formación del personal de enfermería que cumplimenta dicho documento, para hacerlo de forma correcta.  
• Implantación de la nueva sistemática de recogida de datos, previa a cualquier procedimiento endoscópico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. .- Evaluación del grado de cumplimentación de los formularios, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se les ha realizado una endoscopia digestiva.  
.- Análisis de la información recogida, en cuanto al tipo de sedación utilizada, tolerancia del paciente a la exploración, número y tipo de intervenciones terapéuticas realizadas y complicaciones acaecidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-Mayo 2013: Elaboración del documento de recogida de datos

Mayo-septiembre 2013: Dar a conocer el nuevo documento dentro de la propia Unidad de Endoscopia Digestiva, en sesiones clínicas conjuntas de personal médico y de enfermería.

Implantar su cumplimentación, previo a la realización de las exploraciones.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora del registro en la historia clínica

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

046

**ELABORACION DE UNA GUIA DE LA PRACTICA MEDICA DEL TRATAMIENTO MEDIANTE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA PARA SECTOR I ZARAGOZA (SALUD)****2. RESPONSABLE** ..... RUTH ELISA LUMBRERAS VIRGOS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA
- AVILA VICIOSO ARTURO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La Artroplastia Total de Cadera (ATC) es una modalidad de tratamiento quirúrgico cuya finalidad es el alivio del dolor, el restablecimiento de la función y la mejora de la calidad de vida de los pacientes que presentan clínica dolorosa e impotencia funcional en la cadera por múltiples etiologías.

La principal indicación de la artroplastia de cadera es, en los países desarrollados, la coxartrosis.

La artrosis es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en nuestro medio y una de las más discapacitantes. Afecta, aproximadamente, a dos tercios de la población mayor de 65 años y su prevalencia aumenta, siguiendo el aumento de la supervivencia, a partir de los 70 años de edad. (Felson y cols. 1987).

La coxartrosis produce un grado de discapacidad similar al ocasionado por las enfermedades cardiovasculares y muy superior a la asociada al resto de patologías características del anciano. (Felson y cols 2000). Es una patología degenerativa, por ello se ve íntimamente ligada al proceso de envejecimiento. Como consecuencia de la explosión demográfica del siglo XX, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida, la población mayor de 65 años se ha multiplicado por cuatro (Iturburu y cols. 1997; Arbelo y cols 1989), produciéndose también un aumento importante de los mayores de 85 años, especialmente en los países desarrollados. En 1994 se censaron en España aproximadamente 3,5 millones de pacientes afectados de artrosis (Latorre y cols 1994). La población mayor de 65 años en ese año era de 5 millones de personas.

Este envejecimiento hace que las enfermedades crónicas, como la coxartrosis, cobren una relevancia especial a la hora de evaluar la salud global de la población, su calidad de vida, el gasto sanitario generado y las consecuencias que las mismas provocan: dependencia del entorno, incapacidad funcional, sedentarismo y sus comorbilidades (obesidad, HTA, etc.). El consumo sanitario aumenta de manera proporcional al envejecimiento de la población (Felts y cols 1989). La coxartrosis está presente en el 2% al 4% de la población comprendida entre los 40 y 70 años. Su prevalencia aumenta con la edad, situándose cercana al 10% de la población a la edad de 70 años.

La artroplastia de sustitución de cadera es un tratamiento de eficacia demostrada y su realización debe analizarse tras una evaluación previa del balance riesgo-beneficio en cada paciente.

Resulta imprescindible disponer de una guía de la práctica médica adaptada a nuestro sector que unifique criterios en cuanto a indicación, implantes y manejo de dicha patología y su tratamiento mediante artroplastia, para ayudar al profesional a la hora de efectuar su asistencia y tomar las decisiones terapéuticas oportunas.

**FUENTES DE INFORMACION:**

1. Arbelo A., Hernández G., Arbelo López de Letona A. Demografía Sanitaria de la Ancianidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1989.
2. Felson DJ , Naimark A, Anderson J. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. Arthritis Rheum 1987; 30: 914-918
3. Felson DT, Lawrence RA, Dieppe PA. Osteoarthritis : New insights . Part 1 : The disease and its risk factors , Ann Intern Med 2000 ; 133 : 635-646
4. Felts WW, Yelin E. The economic impact of the rheumatic diseases in the United States . J Rheumatol 1989 ; 16: 867- 884
5. Iturburu IM, Emparan C, Ortiz J, Apechechea A , Taibo M , Méndez JJ. La profilaxis antibiótica en pacientes de edad avanzada sometidos a cirugía por hernia de la pared abdominal. Cirugía Española 1998 ; 63 (5) : 361 - 364
6. Latorre J. Aprenda a vivir con su artrosis: guía práctica de la artrosis. Editorial Glosa 1994: 7-11

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

046

**ELABORACION DE UNA GUIA DE LA PRACTICA MEDICA DEL TRATAMIENTO MEDIANTE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA PARA SECTOR I ZARAGOZA (SALUD)**

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Field MJ y Lohrn KN, en 1992, definen una Guía Clínica como "un informe desarrollado sistemáticamente para apoyar tanto las decisiones clínicas como la de los pacientes, en circunstancias específicas". Así, éstas pueden mejorar el conocimiento de los profesionales, entregando información y recomendaciones acerca de prestaciones apropiadas en todos los aspectos de la gestión de la atención de pacientes: selección y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención del enfermo (Lohr KN 2004).

• La guía clínica pretende dar recomendaciones a los profesionales sanitarios implicados en el proceso de tratamiento mediante artroplastia de cadera en un intento de unificar criterios (disminuir la variabilidad de la práctica clínica) y crear pautas para el manejo sistemático del paciente sometido a dicha intervención, siempre con un margen de flexibilidad para adaptar dicho tratamiento a pacientes en circunstancias especiales.

• Se incluye un sistema de evaluación clínica, funcional y de calidad de vida para que nuestros resultados sirvan como base para un plan de mejora constante del proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Revisión de las guías clínicas disponibles tanto en el ámbito nacional como internacional.

- Estudio sobre las características demográficas y epidemiológicas de nuestra población cubierta correspondiente al sector I Zaragoza de Salud.
- Revisión de la variabilidad de la práctica clínica en el tratamiento mediante artroplastia de cadera actual en nuestro sector y su comparación con el resto del territorio nacional.
- Elaboración de la guía clínica provisional
- Presentación al resto de integrantes de nuestra plantilla en el Servicio de Traumatología
- Incorporación de sugerencias de valor aportadas y correcciones consensuadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:

- Proporción de adecuación de las indicaciones de artroplastia total de cadera en relación al tipo de implante y edad en base a los criterios de esta guía (SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA EL CARÁCTER FLEXIBLE DE LAS PROPUESTAS DE ESTA GUÍA)
- Comparación de la variabilidad del tratamiento mediante artroplastia de cadera entre nuestro sector y el resto de la geografía nacional.
- Encuesta de Satisfacción a los facultativos usuarios de esta guía

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El primer año se procederán a realizar las siguientes actividades:

- Estudio de la población del Sector I de Salud en los aspectos demográficos y epidemiológicos.
- Revisión y comparación de nuestra variabilidad en la práctica médica en lo referente al tratamiento mediante artroplastia de cadera con respecto al territorio nacional
- Elaboración de la guía clínica.
- Presentación de la guía clínica al Servicio de Traumatología y consenso de las modificaciones.
- Una vez aceptada introducción como patrón de práctica en nuestro Servicio.

A finales del segundo año, después de un plazo razonable de utilización, se procederá a la evaluación de resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES ARTRÓSICOS MAYORITARIAMENTE CANDIDATOS A TRATAMIENTO MEDIANTE ARTROPLASTIA DE CADERA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ARTROPLASTIA CADERA

OTRA PALABRA CLAVE 2. COXARTROSIS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

320

**PROTOCOLO PARA LA AUTO-REHABILITACION PRECOZ TRAS CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOMBRO****2. RESPONSABLE** ..... EVELIO JOSE NAVARRO GARCIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- FEKETE ANDRAS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El problema a solucionar es mejorar la información que le da a un paciente tras una cirugía artroscópica de hombro en función de la patología de la que ha sido intervenido (descompresión subacromial, lesión del manguito rotador, inestabilidad glenohumeral o rigidez articular). Informar con términos comprensibles de lo importante que es para el éxito en la cirugía a la que ha sido sometido la importancia de una rehabilitación precoz y activa por su parte la cual debe iniciar desde el mismo momento del alta hospitalaria a su domicilio.  
Los pacientes salen del hospital sin una clara idea de lo que pueden y no deben hacer con la extremidad recién operada.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Facilitar una información precisa y clara al paciente para que pueda iniciar el proceso rehabilitador precoz de forma activa en su domicilio.  
Minimizar el numero de pacientes que acuden a la primera revisión por el traumatólogo que les ha intervenido mediante cirugía artroscópica y no han iniciado la movilidad de la extremidad por miedo o desconocimiento.  
Minimizar en lo posible el tiempo y sesiones necesarias de rehabilitación y fisioterapia hasta conseguir el alta por mejoría del paciente.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se realizarán protocolos de auto-rehabilitación precoz domiciliaria para los pacientes por partes de los cirujanos ortopédicos que realizan estos procesos de cirugía artroscópica de hombro. A cada paciente se le adjuntará con el informe de alta un documento donde se explicará con lenguaje claro y sencillo la técnica quirúrgica utilizada en función de su patología (síndrome subacromial, lesión tendinosa o inestabilidad glenohumeral).  
En función de la patología intervenida se le entregará una tabla específica de ejercicios a realizar de manera precoz en su domicilio así como recomendaciones y movimientos que debe evitar con la extremidad operada. Estos ejercicios estarán explicados de forma sencilla y con imágenes.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Los indicadores serán:

- Numero de pacientes que reciben el documento con la información junto con el informe de alta.
- Evaluación subjetiva del grado de mejora que perciben los pacientes con la información dada.
- Evaluar el numero de pacientes que han iniciado la auto-rehabilitación precoz gracias a la información proporcionada
- Comparar las mejoras en el balance articular precoz en los pacientes que han recibido la información y realizado la auto-rehabilitación precoz frente a los que no la recibieron (histórico)

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Los protocolos de auto-rehabilitación se elaborarán a lo largo de los meses de mayo y junio de 2012.  
Se evaluarán los indicadores seleccionados durante el segundo semestre del año 2012 por los traumatólogos incluidos en el proyecto.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

113

**PROYECTO DE MEJORA DEL ACCESO A LA INFORMACION PERSONAL Y LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA DE INTERNET****2. RESPONSABLE** ..... JOSE MARIA PEREZ TRULLEN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- ARENAS MENA FERNANDO. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. NEUROLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Aportar información completa, objetiva y actualizada a los familiares y pacientes neurológicos sobre diversas enfermedades de modo que puedan consultar. Facilitar medidas terapéuticas accesorias (estimulación cognoscitiva, ejercicios de relajación, etc.) y dar una mayor continuidad y dinamismo a la asistencia sanitaria neurológica

La neurología es una especialidad que está avanzando muy deprisa y que supone un porcentaje significativo de urgencias y consultas. Una adecuada asistencia neurológica conlleva no sólo el aspecto propiamente médico sino que también debe incluir una adecuada, sencilla y veraz información sobre el proceso de modo que el paciente sepa en todo momento y desde nuestra unidad de que proceso se le ha diagnosticado y cuales son las características del mismo.

Hemos detectado que en ocasiones la información que damos al paciente no cumple el objetivo para el cual se la damos que es proporcionarle una explicación sencilla, completa y asequible de las características de su enfermedad. Esto se debe a la brevedad del tiempo disponible, a la falta de comprensión del paciente y que no solicita aclaración y sobre todo a la situación de los pacientes en la consulta que creen comprender el proceso pero tan pronto llegan a casa descubren un mar de dudas en las cuales no habían pensado o lo que es peor, que todo que aparentemente habían comprendido con nuestras explicaciones ya no se acuerdan o ya no lo comprenden tan bien. Esta falta de información genera ansiedad y repercute en la atención al paciente tanto por parte de la familia como del propio especialista a la vez que aumenta la demanda de consulta o buscan la información a través de Internet en páginas con información no contrastada, contradictoria, difícil de comprender o no fiable. Esto último agrava más la cuestión planteada. Otra cuestión es la dificultad de acceso a información de la Sección de Neurología del Sector I.

Para resolver todas estas cuestiones hemos comenzado a elaborar una página de la Sección de Neurología que complementa a la actividad asistencial y sirva tanto para los profesionales como para los pacientes y familiares a los que proporcione, en un lenguaje claro y adecuado, una información sencilla, contrastada, objetiva, veraz, actualizada y de calidad sobre diversas enfermedades neurológicas en relación a nuestra Cartera de Servicios. Pretendemos resolver todos, o casi todos, los principales problemas neurológicos que puedan plantearse desde la perspectiva del paciente a la vez que evitar la duda e incertidumbre en la puedan estar hasta que llegue la siguiente revisión neurológica. En la elaboración de esta información nos gustaría contar con la visión y orientación de las asociaciones familiares ya existentes.

Por otro lado, y desde la perspectiva del profesional, el Sector I de Zaragoza se caracteriza por la dispersión de los centros (2 Hospitales y un CME) en los que la Sección de Neurología ofrece sus servicios de atención especializada. Para coordinar la asistencia es preciso disponer de los mismos documentos especializados en todos los centros donde se presta la atención neurológica. Por lo que se pensó que se podía aprovechar la creación de una página web o blog para tener en ella siempre disponible y actualizada dicha información neurológica. Otra medida que se está intentado implementar y para la que ya se dispone de herramientas, aunque no de tiempo ni de personal es la creación de un servicio de consulta de dudas por medio de correo electrónico para los profesionales de atención primaria que evite el envío de pacientes a la consulta especializada con el volante de consulta.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** Llevamos dos años con este Proyecto y está siendo muy bien acogido por los familiares y pacientes de nuestra consulta, incluso de otros sectores a juzgar por las entradas registradas

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Esperamos conseguir un mejor acceso a la información y la documentación que pueda necesitar el profesional y el usuario de la Sección de Neurología del Sector I de Zaragoza.

- Facilitar el conocimiento y comprensión de las diferentes entidades neurológicas, tanto por los diversos pacientes con estas alteraciones como por sus familiares.

- Recibir información por parte del paciente, que tras conocer las características de su enfermedad, nos pueda expresar de forma mas concreta y precisa determinados síntomas en los que con anterioridad no hubiese reparado y distinguir los cambios que puedan aparecer en la evolución de estos pacientes y que puedan complicar el cuadro clínico.

- Intentar acercarnos al otro lado de la enfermedad, el más personal y humano así como al problema familiar y social.

- Proporcionar a la familia y al paciente unos conocimientos mínimos necesarios para un mejor cumplimiento terapéutico y asistencial al paciente en el contexto familiar, facilitando la formación del cuidador.

- Garantizar el derecho del paciente y de su familia a una información eficaz, veraz, actualizada, comprensiva y adecuada sobre el proceso.

- Simplificar y homogeneizar la documentación de la Sección de Neurología.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Para la creación y mantenimiento del blog, creemos que una cuenta de google es la herramienta más adecuada para el servicio que se pretende implementar por el amplio abanico de

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

113

**PROYECTO DE MEJORA DEL ACCESO A LA INFORMACION PERSONAL Y LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA DE INTERNET**

herramientas y facilidad de manejo que ofrece y que permiten trabajar la información que se expone en el blog con total independencia, seguridad y coste cero, si no contamos con el tiempo que dedica el responsable de su mantenimiento y que la mayor parte del cual se realiza fuera del horario de trabajo debido a varios factores condicionantes como es la falta de tiempo, la baja calidad del ancho de banda de que dispone en el CME para poder realizar de forma eficaz dicha actividad, la carencia de permisos de las cuentas de usuario en el puesto de trabajo y el escaso y precario estado del hardware del puesto de trabajo.

Para el servicio de consultas por e-mail, se dispone de una cuenta de correo del Salud y se está pendiente de poder iniciar los ensayos a nivel experimental con dos Centro de Atención Primaria del Sector I.

Nuestra página deberá ser actual, útil y completa, reuniendo toda la información que precise el paciente y el cuidador sobre:

- Los procesos neurológicos.
- Los recursos sociales disponibles.
- Pautas de actuación y prevención ante determinados problemas.
- Información complementaria útil.

Responsables de las distintas tareas:

Dirección del proyecto: José María Pérez Trullén

Creación y mantenimiento del blog: Fernando Arenas

Colaboradores y creadores de documentación. Todos los miembros de la Sección de Neurología.

Comunicación con Atención Primaria. Todo el personal médico de la Sección.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Grado de aceptación por parte de los pacientes neurológicos del Sector I. Grado de elaboración y actualización de los diversos procesos neurológicos.

Grado de consenso y elaboración de documentos de la Sección de Neurología del Sector I.

Material solicitado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. No tiene duración concreta sino que queremos que sea un servicio más de la Sección de Neurología del Sector I a los familiares, pacientes y personal facultativo interesado

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

232

**MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES**

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO RAMOS D'ANGELO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOMEQUE SAN VICENTE CRISTOBAL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SUPERVISOR MEDICINA INTERNA
- DORADO REGIL PALOMA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. JEFE SECCION MEDICINA INTENSIVA
- FERRANDO VELA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. JEFE SERVICIO MEDICINA INTERNA
- GARGALLO PLANAS BEGOÑA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FEA URGENCIAS
- GONZALEZ CABALLERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SUPERVISORA URGENCIAS
- GONZALEZ CABALLERO MARTA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SUPERVISORA CUIDADOS INTENSIVOS
- SANCHEZ BARTOLOME ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SUPERVISORA CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante un único episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y personal de enfermería en múltiples entornos, incluyendo la atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de urgencias y emergencias, atención de hospitalización, atención quirúrgica, cuidados intensivos, etc.

Además, los pacientes se mueven entre áreas de diagnóstico, tratamiento, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, fines de semana y días festivos, periodos vacacionales, etc., suponiendo todo esto un riesgo para la seguridad del paciente en cada paso del proceso.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso puede no incluir toda la información esencial, o podría darse una interpretación incorrecta de la información.

Estas deficiencias en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

En un informe oficial publicado en Australia en 1995, el 11% de los eventos adversos con repercusión negativa en el paciente fueron debidos a problemas de comunicación (Zinn C. 14000 preventable deaths in Australian hospitals. BMJ 1995;310:1487.1)

Organizaciones como Joint Commission han incluido desde 2005 el objetivo de mejora de la comunicación entre los prestadores de cuidados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es una acción nueva incluida en el Programa de Seguridad del Paciente del Hospital Royo Villanova, aún no desarrollada.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificar las diferentes situaciones de transferencia del paciente entre profesionales con mayor riesgo implícito para la seguridad del mismo.

- Desarrollar una metodología de consenso entre los profesionales implicados con el objetivo de lograr una atención más segura.

- Disponer de unos procedimientos normalizados de trabajo (PNT) que garanticen los requisitos de información para que el prestador de atención responsable tenga información actualizada respecto al estado del paciente, sus tratamientos, sus planes de cuidados, instrucciones previas, en su caso, y cualquier cambio relevante en su estado desde la evaluación anterior.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los participantes en el proyecto seleccionarán la metodología de consenso a utilizar en el desarrollo del trabajo. Dadas las diferentes responsabilidades de las personas participantes, se procurará utilizar el correo electrónico como herramienta de comunicación entre ellas.

Se hará una revisión bibliográfica de la "Transferencia de Pacientes" o "Handoffs". La documentación de compartirá entre las personas del proyecto.

Se identificarán los procesos de transferencia de responsabilidad clínica más relevantes y se desarrollará, para cada uno de ellos, un procedimiento normalizado de trabajo.

El documento resultante se presentará a los profesionales implicados en su ejecución, incorporando aquellas mejoras que se propongan. Se valorará la posibilidad de realizar un proceso de prueba o monitorización previa que se evaluará.

Se diseñará una estrategia de difusión de los documentos y un plan específico de implementación para cada uno de ellos.

El resultado final, previa revisión, si procede, por la Comisión o Comisiones Clínicas competentes, se presentará a la Dirección del Centro para su aprobación y entrada en vigor con carácter general.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

232

**MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se elaborarán actas de todas las reuniones del grupo que se celebren. Se realizará un informe final de las comunicaciones por correo electrónico.

Se considerará indicador principal el número de procedimientos normalizados elaborados (PNT).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Hasta el 15/06/2013; Búsquedas bibliográficas iniciales de documentación relacionada.

- Hasta el 30/06/2013; Definición del método de consenso y de la dinámica de trabajo. Identificación de los procesos de transferencia a normalizar.

- Hasta el 30/10/2013; Elaboración de los primeros PNT y diseño de la metodología de monitorización.

- Hasta el 31/12/2013; Elaboración del resto de los PNT.

- Hasta el 15/02/2014; Presentación a los profesionales y remisión a las Comisiones Clínicas.

- Hasta el 31/03/2014; Propuesta a la Dirección del Centro y posterior entrada en vigor.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

OTRA PALABRA CLAVE 2. COMUNICACIÓN

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

465

**PLAN CONJUNTO DE ACTUACION DESTINADO A DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCION DE PROTESIS ARTICULARES****2. RESPONSABLE** ..... LUIS RODRIGUEZ CHACON

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- MARTIN RUIZ GLORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
- SANZ GREGORIO PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
- ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA
- MARTINEZ ALVAREZ ROSA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. INTERNA-INFECCIOSAS
- STODUTO GARCIA MARIA PIEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PREVENTIVA
- VARONA LOPEZ WENCESLAO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PREVENTIVA
- MARCO MARTIN ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección protésica, aunque infrecuente, es la complicación más importante de la cirugía de sustitución articular y tiene una gran repercusión social, ya que supone un grave efecto adverso para el paciente y origina un gran problema económico y asistencial para el sistema sanitario. Así, por ejemplo, se estima que el coste de una revisión de rodilla por infección es de tres a cuatro veces superior al de la Prótesis Total de Rodilla (PTR) primaria (estancias muy prolongadas, antibioticoterapia de amplio espectro, necesidad de 2 intervenciones quirúrgicas...).

En España, la tasa de infección global se sitúa en torno al 2,5% y la población con factores de riesgo asociados a la indicación de PTC o PTR sigue aumentando, en parte por el envejecimiento poblacional.

En el periodo 2012-2013 se implantaron en nuestro hospital 96 Prótesis Totales de Rodilla (PTR) y 77 Prótesis Totales de Cadera (PTC).

Si contamos también los recambios de PTR ó PTC obtenemos unas cifras respectivamente de 14 y 13.

Se registraron 6 casos de infección protésica, 1 superficial o de la herida quirúrgica y 5 infecciones profundas; la tasa global de infección de las mismas fue del 2,5% , ligeramente superior al año previo.

Por todo lo anteriormente expuesto, desde el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital y en colaboración con los Servicios de Medicina Preventiva, Microbiología y la enfermería de la 2º planta proponemos un proyecto de calidad destinado a disminuir la incidencia de infección en los pacientes intervenidos de PTR o PTC.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con las medidas propuestas se espera conseguir una reducción significativa en la tasa de infección global de prótesis articulares, así como un descenso en el porcentaje de infecciones causadas por SARM, que tiene un gran número de resistencias a los antibióticos habituales.

El segundo objetivo es la identificación en la población de referencia del hospital de otros factores considerados "modificables" y que podrían ser objeto de nuevos programas de prevención en un futuro cercano.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Vamos a actuar en dos posibles orígenes de contaminación bacteriana que producen infección protésica frecuentemente, como son la colonización por S. Aureus y las infecciones del tracto urinario.

Uno de los microorganismos más frecuentemente hallado en las infecciones protésicas es el S. Aureus y ha sido demostrado que los portadores de S. Aureus tienen de 2 a 9 veces más probabilidad de adquirir infecciones quirúrgicas locales que los no portadores ( Wenzel RP. The significance of nasal carriage of Staphylococcus Aureus and the incidence of postoperative wound infection. J Hosp Infect 1995;31:13-24.)

Por parte del Servicio de Medicina Preventiva, se van a identificar a los pacientes portadores de SARM (Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina) mediante la realización de frotis en faringe y fosas nasales; los cultivos positivos se tratarán con mupirocina nasal y se valorará en cada caso en particular la necesidad de añadir vancomicina a la antibioterapia profiláctica previa a la intervención.

Para el diagnóstico de infecciones urinarias subclínicas de tracto urinario inferior (relativamente frecuentes en mujeres mayores) se realizarán sedimentos de orina y/o urocultivos, 1 semana antes de la intervención.

Al igual que en el caso anterior, se tratarán mediante antibióticos aquellos casos en los que el resultado sea positivo.

Asimismo, y con vistas a poder ampliar el proyecto de mejora en años sucesivos, se realizará una recogida de datos en todos los pacientes a los que se va a intervenir en los que se consignarán otros factores locales o sistémicos del paciente que pueden ser también modificables;

- Artritis Reumatoide.
- Diabetes e hiperglucemia.
- Malnutrición.
- Tabaquismo.
- Obesidad.
- Salud bucal deficiente.
- Anemia preoperatoria.
- Procedimientos invasivos o quirúrgicos recientes.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

465

**PLAN CONJUNTO DE ACTUACION DESTINADO A DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCION DE PROTESIS ARTICULARES**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores para valorar la eficacia del proyecto, se estudiarán cuando se cumpla un año del comienzo del mismo, los siguientes:

- Porcentaje de pacientes portadores de SARM en fosas nasales.
- Número de pacientes colonizados por SARM tratados.
- Porcentaje de pacientes con urocultivo positivo.
- Número de pacientes tratados por infección urinaria silente.
- Incidencia de infecciones en el servicio y su relación con los factores de riesgo valorados en el proyecto (si los hubiere) y asociación con otros factores de riesgo modificables.
- Reducción del número de infecciones, si se produjera.

Las fuentes de información consistirán en los resultados de los estudios de microbiología pedidos por los miembros del Servicio de Medicina Preventiva y la historia clínica del paciente, donde se consignarán posibles factores de riesgo (locales o sistémicos) así como el cumplimiento de los protocolos de preparación quirúrgica, la evolución clínica del paciente y la presencia de infección.

Para una mayor facilidad y rapidez en el manejo de los datos, estos se introducirán en una base de datos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En cuanto se reciba la confirmación de aceptación del proyecto, se comunicará a los miembros del servicio la metodología a emplear para que sean conscientes de la importancia del mismo y de la posibilidad de tener que introducir cambios puntuales en la profilaxis antibiótica y/o en la fecha de programación de la cirugía de pacientes en riesgo.

Asimismo, se pondrá en conocimiento de la supervisora de enfermería de nuestra planta, para que informe al personal de la metodología de toma de muestras de los pacientes y del Servicio de Medicina Preventiva.

Tenemos prevista la realización de una reunión que incluya a todos los miembros del proyecto y en el que se fijen los plazos de comienzo del mismo, que estimamos pueda ser en 1 mes desde la confirmación del proyecto.

La duración prevista es de un año, para poder establecer comparaciones de los periodos de tiempo y de unos tamaños de muestra similares.

11. OBSERVACIONES. En cuanto se reciba la confirmación de aceptación del proyecto, se comunicará a los miembros del servicio la metodología a emplear para que sean conscientes de la importancia del mismo y de la posibilidad de tener que introducir cambios puntuales en la profilaxis antibiótica y/o en la fecha de programación de la cirugía de pacientes en riesgo.

Asimismo, se pondrá en conocimiento de la supervisora de enfermería de nuestra planta, para que informe al personal de la metodología de toma de muestras de los pacientes y del Servicio de Medicina Preventiva.

Tenemos prevista la realización de una reunión que incluya a todos los miembros del proyecto y en el que se fijen los plazos de comienzo del mismo, que estimamos pueda ser en 1 mes desde la confirmación del proyecto.

La duración prevista es de un año, para poder establecer comparaciones de los periodos de tiempo y de unos tamaños de muestra similares.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos-Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Intervenidos de prótesis de rodilla o cadera

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

097

**CODIFICACION DE LA DESNUTRICION Y OTROS ASPECTOS NUTRICIONALES EN EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE RUIZ BUDRIA  
· Profesión ..... OTROS  
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BOLINAGA MORAL MARIA INMACULADA. DIETISTA-NUTRICIONISTA. H ROYO VILLANOVA. DIETETICA  
· VARONA LOPEZ WENCESLAO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA  
· SAURA HERNANDEZ SONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CODIFICACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La desnutrición relacionada con la enfermedad constituye un problema sanitario de elevada prevalencia y altos costes. La prevalencia en España de desnutrición de los pacientes hospitalizados se estima entre el 30 y 50%, sin embargo los niveles de codificación de la desnutrición en el informe de alta hospitalaria es mucho más escasa.

Según el Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España, "El diagnóstico de desnutrición, así como la intervención dietética (incluida la nutrición enteral y parenteral), deben constar en el informe de alta para su codificación" (Grado de recomendación: D)

En igual sentido se pronuncia el National Collaborating Centre for Acute Care (Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedi/pdf/cg032fullguideline.pdf>)

Hemos evaluado en nuestro hospital la presencia de datos nutricionales codificados en los informes de alta hospitalaria en 2012 y las cifras son manifiestamente mejorables (desnutrición codificada en el 0,8% de los informes de alta emitidos entre enero y septiembre de 2012).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el conocimiento de la codificación de datos nutricionales entre los elaboradores de informes de alta de nuestro hospital.

Mejorar la adhesión efectiva a la recogida en el informe de alta de datos nutricionales.

Mejorar la recogida de datos nutricionales en los informes de alta hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un documento de recomendación de la inclusión de los aspectos nutricionales del paciente primero en la historia clínica y finalmente en el informe de alta.

Difusión del referido documento a todos los elaboradores de informes de alta.

Desarrollo de una sesión clínica general sobre la gestión del proceso nutricional en la historia clínica del paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Proporción de informes de alta en los que consten datos nutricionales ANTES de llevar a cabo las intervenciones descritas.

Proporción de informes de alta en los que consten datos nutricionales DESPUÉS de llevar a cabo las intervenciones descritas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Medición previa (informes de alta de octubre 2012 a marzo 2013): junio-julio 2013 (dependiendo de la demora en la codificación de los informes de alta).

Elaboración de documento: junio 2013

Difusión del documento: junio-septiembre 2013

Sesión general: septiembre 2013

Mediciones posteriores (informes de alta de octubre 2013 a marzo 2014): junio-julio 2014.

Elaboración del informe final: septiembre 2014.

11. OBSERVACIONES. Los plazos de las mediciones están inevitablemente dependientes de la demora en la codificación de informes de alta por parte de la unidad de codificación del hospital. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

097

**CODIFICACION DE LA DESNUTRICION Y OTROS ASPECTOS NUTRICIONALES EN EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Desnutrición

OTRA PALABRA CLAVE 2. Codificación

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

158

**DETECCION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE UN SISTEMA DE BRIEFINGS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

2. RESPONSABLE ..... PILAR SARASA CLAVER
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H ROYO VILLANOVA
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BALLESTIN SOROLLA SONIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - GIL DE BERNABE LOPEZ JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - MARIN FLORIA ANA BELEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - ANDRES NILSSON JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - RUIZ OLIVARES ELISA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - ESCRICHE ROS ROCIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro Servicio de Urgencias existe desde hace algo mas de un año, un buzón instalado para notificación de incidentes y eventos adversos. En los últimos meses hemos detectado un descenso en el número de notificaciones realizadas. Pensamos que es necesario un sistema de registro de eventos adversos que complemente a este sistema existente. Para ello vamos a poner en marcha los briefings de seguridad, además de continuar con dicho buzón de notificaciones. Daremos también un nuevo impulso a la cultura de seguridad en el servicio, mediante la creación de un grupo de seguridad y realizando cursos de formación. Además pretendemos la realización de sesiones clínicas para exponer los resultados de estos sistemas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general  
Conocer los eventos adversos acaecidos en nuestro servicio para con ello mejorar la seguridad. Pretendemos identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema antes de que se produzca daño al paciente y de esa forma aprender de los fallos detectados.

Objetivos específicos

- 1.-Potenciar la notificación de eventos adversos al buzón instalado para tal fin en nuestro Servicio.
  - 2.- Poner en marcha un sistema de briefings como complemento del buzón de notificaciones, tanto en el cambio de guardia de los médicos como en, al menos, uno de los cambios de turno de enfermería
  - 3.- Aprender y formar a los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de múltiples casos. Detección de fallos recurrentes para poder actuar sobre ellos
  - 4.- Potenciar la cultura de seguridad en nuestro servicio
  - 5.- Mejorar el feed-back sobre los errores como instrumento para estimular la participación de los profesionales en la mejora de la seguridad
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Nuestro grupo de trabajo pretende potenciar, dentro de nuestro Servicio, la notificación de los efectos adversos, así como, la puesta en marcha de un sistema de detección de incidentes mediante un formulario de briefings de seguridad.

Consideramos como población diana a todos aquellos pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, así como aquellos pacientes que ingresados a cargo de otro Servicio permanecen en Urgencias por falta de camas hospitalarias (Área de Observación).

En primer lugar pretendemos detectar las incidencias no notificadas con anterioridad, ocurridas en nuestro Servicio, mediante un formulario con diferentes ítems, que valoran información relativa a la seguridad de los pacientes. Los briefings de seguridad se realizarán de manera rutinaria en todas las sesiones clínicas de los cambios de guardia, en principio dentro del colectivo médico, para, en una fase posterior, hacerlo extensivo también a los cambios de turno de enfermería.

Formulario de briefings que vamos a utilizar:

- Ha habido pacientes que han precisado atención inmediata por una complicación no prevista?
- Se han presentado caídas accidentales o lesiones durante la estancia en urgencias?
- Se ha presentado alguna reacción aguda medicamentosa?
- Se ha presentado alguna infección o sepsis nosocomial?
- Se ha presentado alguna hipoglucemia no prevista?
- Se ha presentado alguna PCR no prevista?
- Algún problema con equipos?
- Algún problema con material/fármacos del box vital?
- Algún error en las órdenes médicas/enfermería?
- Algún problema en la realización de pruebas de imagen?
- Algún problema con las pruebas de laboratorio?
- Valorar, si es que las hay, las reclamaciones interpuestas durante la guardia
- Algún problema en la comunicación, entre personal del servicio, con otros servicios, con familiares o con

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

158

**DETECCION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE UN SISTEMA DE BRIEFINGS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

pacientes?

Este cuestionario será realizado al final de cada cambio de guardia durante las guardias realizadas en días laborables y en los festivos en los que se encuentre presente algún miembro del equipo de seguridad. Se pretende que el tiempo para la realización del cuestionario sea inferior a 10 minutos.

Se creará un equipo de Seguridad en el Servicio, compuesto por cuatro facultativos, dos enfermeras, dos auxiliares de enfermería y dos celadores.

Los datos serán incorporados a una base de datos a la que sólo tenga acceso el Equipo de Seguridad del Servicio de Urgencias.

En dicha base de datos se registrará:

- Notificante: Médico/enfermero/ auxiliar
- Fecha y hora del incidente
- Tipo de incidente: fallo en la medicación: alergias, conciliación de la medicación, tratamientos domiciliarios; fallo en la identificación de pacientes; caídas o lesiones; fallo en la comunicación: entre profesionales, profesional/paciente o profesional/familiar; problema con las transferencias de pacientes; error en el procedimiento; problemas en el box vital;
- Gravedad del error: No alcanzó al paciente; alcanzó al paciente pero no produjo ningún daño; alcanzó al paciente produciéndole un daño leve; le alcanzó con un daño grave; o le produjo la muerte.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores serán:  
Número de incidentes y eventos adversos registrados por este sistema  
Acciones de mejora derivadas de la detección de dichos incidentes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Creación del Equipo de Seguridad del Servicio de Urgencias durante el mes de mayo 2013 y primera reunión.
- Realización de cursos de formación a lo largo del año, al menos en una ocasión, para los miembros del servicio de urgencias interesados
  - Puesta en marcha del buzón de notificaciones: Ya funcionando
  - Puesta en marcha de la realización del formulario de briefings en los cambios de guardia de los facultativos: a lo largo del mes de junio
  - Análisis de resultados: semanalmente, dos miembros del equipo de seguridad, de forma rotatoria, introducirán los datos en la base de datos confeccionada para tal finalidad
  - Reunión bimensual del equipo para exponer resultados y proponer acciones de mejora
  - Sesión Clínica en el Servicio con el resumen anual de resultados en junio 2014

\* Los briefings de seguridad, se realizarán en el Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova durante un periodo inicial de 1 año, con fecha comprendida entre junio 2013- junio 2014. Si se obtienen los resultados esperados, se instaurará como método de detección de eventos adversos en nuestro servicio

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. seguridad

OTRA PALABRA CLAVE 2. notificación incidentes

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

098

**AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA****2. RESPONSABLE** ..... MARCO ANTONIO SARRAT TORRES

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- FERRERAS AMEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
- ALDEA MOLINA ELISA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
- MARTIN ALGORA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
- ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
- VICENTE MOLINERO ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
- CARRASCO BARAJA VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
- SORIANO GODES JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE RADIOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La incidencia anual estimada de trombosis venosa profunda (TVP) en la población general es 1-2/1000 habitantes. La importancia radica en la prevención de complicaciones, incluso cuando se trata correctamente, el 1-8% de los pacientes desarrollan un embolismo pulmonar (TEP), hasta un 40% de los casos desarrollan un síndrome postrombótico, y el 4% hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. La importancia de la existencia de un protocolo, es unificar los criterios de actuación para cumplir los estándares internacionales, que se apoyan en la mayor evidencia científica demostrada. Nuestro servicio también cree importante, revisar el nuevo papel de los nuevos ACO, y supervisar su correcta aplicación.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Reducción del número de ingresos de TVP, respecto a los meses previos a la implantación del protocolo.

Valorar el cumplimiento de los indicadores de calidad propuestos, en cuanto a anticoagulación con antagonistas de vitamina K (AVK), y solicitud de ECO-Doppler. Revisar si se están utilizando los nuevos anticoagulantes orales, y si se cumplen las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo respecto a su prescripción.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Tras la aprobación del protocolo por la Comisión de Tecnología, realización de la difusión mediante una reunión conjunta de todos los servicios implicados.

Revisión retrospectiva de las historias clínicas, para comprobar el grado de cumplimiento del protocolo. Realización de sesiones clínicas periódicas teóricas, basadas en casos clínicos reales. Adecuación y modificación en función de resultados obtenidos.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** (Número de ingresos por TVP / Número total de pacientes diagnosticados de TVP) \* 100

(Número pacientes con nuevos ACO / Número total de pacientes diagnosticados de TVP) \* 100  
(Número de pacientes con eco doppler realizado / Número total de pacientes diagnosticados de TVP) \* 100  
(Número de pacientes con hoja de AVK al alta / Número total de pacientes diagnosticados de TVP) \* 100  
Número de pacientes con inicio de AVK primer día / N° de pacientes tratados con AVK \* 100

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Inicio: Abril 2013 Fin: Junio 2014

Aprobación y difusión del protocolo TVP Abril 2.013

Retrospección de las historias clínicas Abril 2.012- Febrero 2.013

Realización audit a los 6 meses Septiembre 2.013

Análisis estadístico y gráfico a los 6 meses Octubre 2.013

Presentación de resultados de los 6 meses iniciales al Servicio de Urgencias y recordatorio del protocolo: Noviembre 2.013

Introducción variable en la base de datos (Marzo 2.014)

Realización audit a los 12 meses. Marzo-Abril 2.014

Presentación de resultados de los 12 meses del estudio al Servicio de Urgencias (Abril 2014).

**11. OBSERVACIONES.** 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

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

1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. .... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. .... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 098

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

187

**TALLER DE INICIACION EN CRIBADO NUTRICIONAL Y DETECCION PRECOZ DE LA DESNUTRICION**

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION VIDAL PERACHO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H ROYO VILLANOVA
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. RINOLOGIA Y NUTRICION
- BANDRES NIVELA MARIA OROSIA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. RINOLOGIA Y NUTRICION
- CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- CAVERNI MUÑOZ ALBERTO. DIETISTA. RESIDENCIAS DE MAYORES MARGEN IZQUIERDA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- CASABONA CABELLO EUGENIA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La desnutrición es una situación clínica provocada por un déficit de nutrientes por ingesta inadecuada, aumento de las pérdidas o incremento de los requerimientos, cuyas causas más frecuentes son la disminución de la ingesta por anorexia, problemas de masticación, disfagia, alteraciones en la absorción o estrés metabólico. La prevalencia de desnutrición en ancianos independientes es del 5-10%, de un 30-60% en pacientes institucionalizados y en 35-65 % de los pacientes hospitalizados (1). Del estudio Predyces (2) se sabe 23% de los hospitalizados, 37% de los mayores de 70 años y 47% de los mayores de 85 años, están en riesgo de desnutrición, en nuestros hospitales. La importancia de esta situación clínica se debe a que incrementa la fragilidad del paciente, síndrome clínico que aumenta el riesgo de mala evolución clínica, incluyendo caídas, discapacidad, hospitalización y muerte. La pérdida de peso aparece hasta en un 35%, en el anciano frágil (3). La desnutrición contribuye a empeorar la evolución clínica y aumentar el riesgo de infecciones oportunistas. Debe detectarse mediante screening nutricional, dado su impacto sobre la salud y los costes sanitarios. Los cuestionarios utilizados para evaluar el riesgo nutricional son sencillos de aplicar y reproducibles, con entrenamiento previo y permiten identificar a los pacientes con problemas nutricionales o con riesgo de presentarlos. Tanto el MNA como el MUST en el ámbito extrahospitalario, son de gran utilidad. Además en la población, y en particular en la de edad, el diagnóstico de disfagia es esencial para conseguir evitar la desnutrición que conlleva asociada. En la exploración de la disfagia el método MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad), permite seleccionar el volumen y la viscosidad de los alimentos más seguros para el paciente.

La realización de este tipo de encuentro entre Atención primaria y Atención especializada puede incrementar la motivación en la detección del problema, mediante una visión más global del abordaje de esta patología.

(1) Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria e España (2011). SENPE

(2) Planas Vila M. Estudio Predyces. Nutr Hosp 2010 25 (6): 1020-24

(3) Varela-Pinedal Rev Soc Peru Med Interna 2008,21: 11-15

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Iniciar un proceso educativo que permita al profesional de Atención Primaria estar más capacitado y concienciado sobre la importancia que la desnutrición tiene en la evaluación y evolución clínica de nuestros pacientes y en las herramientas para su diagnóstico. Posibilidad de desarrollar nuevos proyectos clínico-formativos que mejoren a medio plazo el tratamiento de nuestros pacientes

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desarrollo del taller:

20 minutos--Que es la desnutrición. Consenso sobre la desnutrición Repercusión sobre la morbi-mortalidad y el coste sanitario. Concepto de anciano frágil. Recomendaciones de las Sociedades nacionales e Internacionales) para su tratamiento.

20 minutos-Métodos de Cribado Nutricional MNA y MUST.Casos clínicos

20 minutos-Educación Nutricional en la Disfagia

30 minutos-Test de disfagia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta satisfacción del profesional con la actividad Evaluación clínica en la Unidad de Nutrición del HRV sobre el cribado de desnutrición en el sector I.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DESARROLLO DEL TALLER:

Realización en Centros de Salud de Atención Primaria el sector 1, dirigidos a Médicos y DUES de cada centro

Duración del taller 90 minutos

Coordinar en cada centro las fechas más apropiadas

Realización de 4 a 6 talleres/año, tanto en centros de salud urbanos como rurales.

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

## POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

187

**TALLER DE INICIACION EN CRIBADO NUTRICIONAL Y DETECCION PRECOZ DE LA DESNUTRICION**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cribado nutricional

OTRA PALABRA CLAVE 2. disfagia y desnutrición

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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