

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 59 (Actualizado el viernes 11 de julio de 2014 a las 08:54:36 horas)

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
ZI	AP	CS ACTUR NORTE	ARNAL ALONSO JOSE MARIA	148	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	NUÑEZ OBON MARIA JESUS	492	EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL C.S. ACTUR NORTE
ZI	AP	CS ACTUR NORTE	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	481	PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA MEDIANTE PEDAGOGIA ACTIVA
ZI	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN	241	MODIFICACIONES DE HABITOS DE VIDA EN PACIENTES OBESOS DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
ZI	AP	CS ACTUR OESTE	BONA OTAL MARTA	321	EVALUACION DE LA COBERTURA VACUNAL ANTI-NEUMOCOCICA EN PACIENTES DIABETICOS
ZI	AP	CS ACTUR OESTE	BRUN MACIPE ANTONIO	256	EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2
ZI	AP	CS ACTUR OESTE	CEBOLLERO BUISAN PAULA	374	PROGRAMA DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. 'DIABETES EN MOVIMIENTO'
ZI	AP	CS ACTUR OESTE	GARUZ BELLIDO ROBERTO	250	MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION Y LA CALIDAD DE LA ATENCION A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DERMATOLOGICOS QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL CS ACTUR-OESTE (ZARAGOZA I)
ZI	AP	CS ACTUR OESTE	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	338	PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE PSICOESTIMULANTES, METILFENIDATO Y ATOMOXETINA, EN ATENCION PRIMARIA EN POBLACIÓN INFANTIL DE 6 A 14 AÑOS
ZI	AP	CS ACTUR OESTE	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	310	OPORTUNIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE PROBIÓTICOS EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
ZI	AP	CS ALFAJARIN	MAINAR LATORRE PILAR	403	ACTUALIZACION EN LAS PATOLOGIAS MAS PREVALENTES EN ATENCION PRIMARIA
ZI	AP	CS ARRABAL	AREVALO DE MIGUEL ELISA	179	PASEOS CARDIOSALUDABLES POR EL ARRABAL
ZI	AP	CS ARRABAL	CHECA DIEZ MARIA ANGELES	196	ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE
ZI	AP	CS ARRABAL	JUAN GERMAN MARIA LUISA	162	LA SALUD FISICA, PSICOLOGICA, SOCIAL, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL
ZI	AP	CS ARRABAL	MAGALLON BOTAYA ROSA	295	SEGUIMIENTO DE UNA CONSULTA DE ATENCION AL POMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA
ZI	AP	CS SANTA ISABEL	VALLES PINTO MARIA DOLORES	136	MEJORAR LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL
ZI	AP	CS VILLAMAYOR	IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE	433	ACTUALIZACION DEL VIDEO PRESENTACION DEL E.A.P. VILLAMAYOR Y SU INCLUSIÓN EN NUESTRO WEBLOG
ZI	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GRACIA MOLINA MARIA JOSE	434	MEJORA DE LA ATENCION FARMACOTERAPEUTICA EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN CS PICARRAL CON UNA CORRECTA APLICACION DEL 'PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO' ELABORADO POR EL SALUD 2012
ZI	AT AMB	CME GRANDE COVIAN	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	341	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DEL TRATAMIENTO CON INFUSOR SUBCUTANEO CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN EL SECTOR I
ZI	AT AMB	CME GRANDE COVIAN	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	114	HACIA LA CERTIFICACION DEL SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS DE C.MARIAE. GRANDE COVIAN
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CAMPOS SANZ ASUNCION	405	ABORDAJE Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DURANTE LA HOSPITALIZACION
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CANOVAS PAREJA CARMEN	195	FORMACIÓN AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CASTELLOTE ARMERO AMPARO	277	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ACUFENOS E HIPERACUSIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	214	CONSOLIDACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	128	HOSPITAL DE DIA GERIATRICO: PARA QUIEN Y COMO
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	292	PROLACTINA: ¿ES UN MARCADOR DE FRAGILIDAD EN NUESTROS ANCIANOS HOSPITALIZADOS?
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	384	PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR INGRESADO CON ACV. PLANIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	IRIARTE RAMOS SONIA	117	INTRODUCCION DE MEJORAS PARA ASEGURAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI (CONTINUACION DEL PROYECTO DE 2013)
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	451	PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 59 (Actualizado el viernes 11 de julio de 2014 a las 08:54:36 horas)

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	83	CONSOLIDACION DE LA 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	LOZANO ORTIZ ROBERTO	24	MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL MEDIANTE LA ACTUACION DE UN EQUIPO MIULTIDISCIPLINAR
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	RIOS GOMEZ CONSUELO	216	IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	SECO DE GUZMAN CARLOS	454	IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO EN HOSPITALIZACION DE GERIATRIA: MEJORANDO NUESTROS INFORMES DE ALTA ANTES DE LANZARLOS A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	TOLON HERRERA MARIA JOSE	269	PLAN DE FORMACION TEORICA E INSTRUMENTAL EN CUIDADOS DEL PACIENTE CRITICO CARDIOLOGICO DIRIGIDO A PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UCI DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZI	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	YAGÜE LOPEZ ROCIO	440	CREACION DE PROTOCOLOS EN LA UNIDAD DE CMA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ANDRES NILSSON JOSE MARIA	351	AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE VMNI EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: CREACIÓN DE UNA UNIDAD VIRTUAL DE VENTILACIÓN NO INVASIVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ANGULO PALACIN ANA CRISTINA	441	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE AUDIOLOGÍA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	BLANCO BAIGES EDUARDO	479	INSTAURACIÓN DE NUEVOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECÍFICOS PARA PROCESOS QUIRÚRGICOS CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CAMPELLO MORER ISABEL	232	MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON ICTUS MEDIANTE IMPLANTACION DE UN INFORME DE INGRESO EN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA	325	INFORME DE ALTA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN PACIENTES INSULINIZADOS EN EL HOSPITAL.
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CANO LAZARO RAQUEL	326	ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS, COMO NUEVO PROCEDIMIENTO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA.
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CHARRO CALVILLO MARA	352	PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INFLIXIMAB EN HOSPITAL DE DÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CONDON GRACIA ELENA	187	DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE	278	PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA EN ORL PARA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ESCRICHE ROS ROCIO	358	IMPLEMENTACION DE UN NUEVO BIOMARCADOR CARDIACO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SCA MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	EZPELETA ASCASO IGNACIO	413	RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRABAJADORES. SECTOR ZARAGOZA I
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	FERNÁNDEZ LIESA RAFAEL	280	ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCION PRIMARIA A OTORRINOLARINGOLOGIA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	FERRERAS AMEZ JOSE MARIA	19	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COAGULACION URGENTE
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	GARCÍA GOMARA MARIA JOSE	248	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE EPILEPTICO
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	GIMENEZ MUÑOZ ALVARO	17	PROYECTO DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE PATOLOGIA NEUROMUSCULAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	LAMBAN MASCARAY NOEMI	477	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO, PARA GONALGIA EN MAYORES DE 65 AÑOS, PREVIO A LA DERIVACION A ATENCION ESPECIALIZADA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	NAYA GALVEZ MARIA JOSE	266	CONSULTA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DURANTE EL SUEÑO. CONSULTA DE ORL SECTOR ZARAGOZA I
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	PARDO DIEZ MARIA JESUS	349	IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO MEDIANTE CODIFICACION Y REGISTRO INFORMATIZADO-INTRANET
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	107	INFORMACION MEDICA PARA LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA WEB
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	RAMOS D'ANGELO FERNANDO	318	IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP). EVALUACION DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR	311	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA EVITAR LA CONTAMINACION DE MUESTRAS Y OPTIMIZAR RESULTADOS EN LA TECNICA DE EXTRACCION DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	SARRAT TORRES MARCO ANTONIO	290	MEJORA SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE TEP. VALORAR IMPLANTACIÓN DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 59 (Actualizado el viernes 11 de julio de 2014 a las 08:54:36 horas)

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE	13	PROYECTO DE COORDINACION PRIMARIA-ESPECIALIZADA PARA DEFINIR LOS CRITERIOS DE DERIVACION ADECUADA DE PACIENTES CON PATOLOGIA DIGESTIVA DESDE ATENCION PRIMARIA A LAS CONSULTAS DE DIGESTIVO
ZI	HOSP	H ROYO VILLANOVA	VIDAL PERACHO CONCEPCION	317	IMPLEMENTACION DE LA DIETA Y DE LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LA NUTRICION ENTERAL EN RESIDENCIAS DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

148

**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 MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA LATASA 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. En el último año se realizaron 19 consultas. Media de respuesta de 5 días, moda de un día, y tiempo de espera máximo de 31 días (periodo vacacional del dermatólogo). Gran variedad de diagnósticos. Derivados a la consulta un caso de psoriasis complicada y otro de diagnóstico abierto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Continuar con el envío de imágenes digitales de aquellos pacientes pediátricos susceptibles de la misma, e incorporación durante este año 2014 de la remisión de imágenes realizadas con el dermatoscopio, así como su almacenamiento, para comparar la evolución de las lesiones.

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 respuesta.

Concordancia de la impresión diagnóstica.

Tasa de derivación de los pacientes consultados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Continuar a lo largo del año 2014, con este proyecto de mejora, y evaluación anual del mismo.

11. OBSERVACIONES. Se han presentado las conclusiones y la evaluación, en forma de comunicaciones orales, en las jornadas de calidad 2013, y en la reunión de la Sociedad de Pediatría de Aragón la Rioja y Soria.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. 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

492

**EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL C.S. ACTUR NORTE**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS NUÑEZ OBON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
- ABAD HERNANDEZ DAVID. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BENITO JIMENO ALFREDO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
- GRASA LAMBEA INMACULADA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
- DE PEDRO PICAZO BELEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde 2011 se están realizando en el C.S. Actur Norte una serie de actividades de mejora de la calidad asistencial, en este caso dirigidas a la adecuación del uso de tiras reactivas de autoanálisis de glucemia capilar en los pacientes diabéticos del centro. Entre otros resultados, se ha conseguido mejorar el autocuidado de estos pacientes. El nuevo proyecto pretende avanzar en el aspecto de mejora del autocuidado del paciente diabético, como principal agente en el manejo y control de su enfermedad. Problema detectado: Altibajos en la participación del EAP en el proyecto, motivado por disparidad de indicaciones provenientes de atención especializada respecto al consejo de frecuencia de autoanálisis consensuadas en el proyecto inicial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1- Consejo de frecuencia de autoanálisis a los pacientes diabéticos más uniforme entre el EAP y en base a criterios consensuados.

2- Uso más adecuado del autoanálisis de glucemia con disminución del gasto en tiras reactivas.

3- Aumento de conocimiento y habilidades de los pacientes diabéticos que acuden a seguimiento, con aumento de fiabilidad del autoanálisis.

4- Mayor implicación de los pacientes diabéticos en el control de su patología.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Aumentar la capacitación del paciente diabético en su autocuidado, favoreciendo que el paciente se pueda sentir el principal colaborador en la consecución de objetivos de control.

2- Favorecer un uso racional de los recursos de control y tratamiento de la diabetes.

3- Optimizar las visitas de seguimiento del paciente diabético.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A las actividades que ya se están realizando: Reuniones del EAP, seguimiento de los registros en la Hª Clínica referentes a tratamiento actualizado del paciente diabético, recomendación de frecuencia de autoanálisis, número de tiras entregadas acorde al tratamiento y situación del paciente, determinación al menos anual de HbA1C y seguimiento del gasto referido al coste en tiras reactivas, se propone añadir una intervención con el contenido: "Aprender a comer por raciones".

Se plantea una reunión del equipo de trabajo (personal médico y de enfermería) en junio 2014, para estructurar unas sesiones informativas en forma de taller práctico para pacientes diabéticos. Una primera sesión con pacientes en noviembre de 2014, en forma de charla-taller de 60-90 min. de duración y con el contenido: "Alimentos de invierno". Una segunda sesión con pacientes en mayo-junio 2015, con el contenido: "Alimentos de verano".

Sesiones con el EAP para conseguir la máxima participación en el proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Revisión del Hª Clínicas.

2- Seguimiento de número de tiras entregadas y datos de HbA1C.

3-Valoración de información y habilidades del paciente en las consultas de seguimiento de enfermería.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Continuidad del proyecto previo.

Revisiones semestrales de actividades.

Nueva intervención con tres sesiones programadas hasta junio 2015 y encuesta de valoración de los pacientes al final de cada taller.

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

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. .... 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

492

**EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL C.S. ACTUR NORTE**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

481

**PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA MEDIANTE PEDAGOGIA ACTIVA**

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA SOLER ABADIAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SORO LORENTE CYNTIA. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- SAN JUAN RARALEGUI MARIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA MARIN SARA. ENFERMERO/A. . ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La salud es un valor y un derecho de las personas. Son muchos los agentes educativos que afectan al aprendizaje de hábitos y actitudes con respecto a la promoción de la salud. Debido al papel de la enfermera comunitaria y los nuevos modelos de aprendizaje, vemos la necesidad de iniciar un proyecto basado en la pedagogía activa, que a diferencia del modelo tradicional ayuda a desarrollar estrategias personales para resolver situaciones de salud y cómo enfrentarse a ellas. Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario preparar a nuestra población diana para enfrentarse a situaciones urgentes que pueden presentarse en la vida cotidiana, y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que capaciten para el cuidado de la propia salud y la de la colectividad.
- Reconocer situaciones de riesgo.
  - Adquirir conocimientos básicos para poder actuar correctamente ante situaciones urgentes.
  - Desarrollar la conciencia y el sentido de la responsabilidad en materia de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del grupo de mejora. (Cintia Soro, María San Juan y Rosa Mª Soler).

- Selección del IES, donde se va a llevar a cabo la intervención. (Cintia, María y Rosa)
- Elaboración de material informativo dirigido a padres, explicando la intervención, y solicitando la autorización para el desarrollo de la misma. (Cintia, María y Rosa)
- Elaboración y difusión de una encuesta previa, dirigida a los escolares, para valorar el nivel previo de conocimientos sobre primeros auxilios. (Cintia, María y Rosa)
- Elaboración de material didáctico, para el desarrollo de las tres áreas de aprendizaje: cognitiva (conocimientos), emocional (actitudes) y psicomotriz (aptitudes). Basado en: detección-actuación-resolución. (Cintia, María y Rosa).
- Desarrollo de simulacros de actuación, juegos de rol. (Cintia, María y Rosa)
- Difusión de cuestionario posterior, referente al grado de conocimientos adquiridos. (Cintia, María y Rosa)
- Elaboración y difusión de una encuesta de valoración de la intervención realizada. (Cintia, María y Rosa)
- Análisis de resultados. (Cintia, María y Rosa).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de niños que conocen el teléfono de emergencias. Objetivo: 100%.

- Nº alumnos que participen activamente en la resolución de casos (juegos de rol). Objetivo: 90%.
- % de alumnos que muestran satisfacción con la intervención, entendido como: Nº alumnos satisfecho/ alumnos participantes. Objetivo: 90% satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: El desarrollo de la intervención pedagógica se va a desarrollar a lo largo del año 2014, con inicio en Abril y finalización en Diciembre.

- Creación grupo mejora: Abril 2014
- Selección IES: Abril-Mayo 2014
- Elaboración de cuestionarios y material didáctico: Mayo, Junio y Julio 2014
- Implementación y difusión: Octubre-Noviembre 2014
- Encuesta posterior y cuestionario de satisfacción: Diciembre 2014
- Análisis de indicadores: Diciembre 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. niños matriculados en 1ºESO año 2014-2015

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

481

**PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA MEDIANTE PEDAGOGIA ACTIVA**

- 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

241

## 1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN VIÑAS VIAMONTE

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- 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. ATENCION PRIMARIA
- NEVADO CASTEJON JORGE. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida: Pacientes diagnosticados como obesos (o sobrepeso con IMC >29), 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).

Al inicio de 2014 el porcentaje de obesos detectados en el centro alcanza el 7,9%. (Población adulta).

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

Oportunidad de mejora:

1.- Conseguir que los pacientes que han perdido peso se encuentren satisfechos con los cambios que experimentan en su estado físico, psíquico y social.

2.- Actualmente se estima que la obesidad en la población adulta española oscila alrededor del 11%. Queremos valorar si los resultados positivos sobre los pacientes en control sirven de "Efecto Llamamiento" para otros usuarios y se aprecia en OMI-AP un incremento de captación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1.-En general, la percepción de los pacientes es satisfactoria y se esfuerzan en mantener los cambios que han realizado en sus hábitos de vida:

" Un mayor control sobre la ingesta de alimentos. Se incide principalmente en el ajuste de cantidades.

" Incorporación del ejercicio (pasear, caminar rápido, subir y bajar escaleras, correr, natación,...) como una actividad más dentro de la rutina diaria.

2.-A los 6 meses de seguimiento, al menos el 50% de los pacientes han experimentado un descenso de al menos 2 puntos en el IMC inicial.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Reducción de peso y como consecuencia enfermedades concomitantes como HTA, alteraciones en glucemia,etc. en los paciente seguidos en las consultas de enfermería.

- Cumplir con Cartera de Servicios en cuanto intervención en el paciente crónico-obeso respecto a modificaciones en hábitos nutricionales y actividad física.

- Ampliar captación de pacientes obesos (>14 años)en OMI-AP.

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 por parte 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 personalizado.

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. Aumento progresivo de actividad física.

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 trimestrales, 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 4 puntos a los 12 meses al menos en el 50% de los pacientes controlados en la consulta.

3.- Si el IMC < 30, mantener la pérdida de peso alcanzado.

4.- Si IMC > 30, disminuir 1 punto más a los 18 meses, al menos en el 50% de los pacientes controlados en la consulta.

5.- Valorar si en los pacientes con diagnósticos de obesidad+diabetes mellitus II, se observa disminución de los valores de HbA1C.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diciembre 2013: Revisión de cambios de hábitos de vida y disminución IMC en 2 puntos al menos en el 50% de los pacientes captados.

Julio 2014: -Disminuir el IMC en 4 puntos en al menos en el 50% de los pacientes controlados en la consulta.

-En los pacientes con diagnósticos de obesidad+DMII con más de 12 meses de seguimiento, disminución de HbA1C respecto a 2013.

Diciembre 2014: -Si el IMC < 30, mantener la pérdida de peso alcanzado.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

241

## 1. TÍTULO

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

- Si IMC > 30, disminuir 1 punto más a los 18 meses, al menos en el 50% de los pacientes controlados en la consulta.
- En los pacientes con diagnóstico de obesidad+DMII con más de 12 meses de seguimiento, disminución de HbA1C respecto a 2013.
- Ampliar captación de pacientes obesos (>14 años) en OMI-AP. Alcanzar cobertura > 8%.

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

## 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. 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). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 Bastante |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

321

## 1. TÍTULO

**EVALUACION DE LA COBERTURA VACUNAL ANTI-NEUMOCOCICA EN PACIENTES DIABETICOS**

2. RESPONSABLE ..... MARTA BONA OTAL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARIÑO PELLICER SARA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- SORIA SANCHEZ MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- MORALES GREGORIO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- MATEO CASTEJON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad neumocócica invasiva es una importante causa de morbilidad y mortalidad. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes subyacentes aumentan el riesgo de enfermedad neumocócica invasiva y su evolución. Probablemente, la medida más costo-efectiva para prevenir la morbilidad y mortalidad asociada a este proceso sea la que se obtiene de manera indirecta vacunando a los niños. En ausencia de una vacunación sistemática de la población infantil, la vacunación en adultos parece estar justificada en sujetos con inmunodeficiencias y en otras patologías de base. Según el consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto (Rev Esp Quimioter 2013;26(3):232-252), entre los grupos de riesgo se consideró susceptibles de vacunación los pacientes con asplenia, fístulas de LCR, implantes cocleares e inmunodeprimidos. También se consideraron los pacientes inmunocompetentes con otras patologías de base o factores de riesgo como EPOC, asma grave, patología intersticial difusa pulmonar, enfermedad hepática crónica, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, tabaquismo y enolismo. Se deduce, por tanto, la importancia de recomendar la vacunación a los adultos afectados de las patologías anteriormente expuestas, así como de fomentar la vacunación en población infantil. Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población general, y su frecuente asociación a otros factores de riesgo (HTA, obesidad, dislipemia) es necesario desarrollar mejoras en la asistencia a este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.

Nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de la detección de los pacientes de riesgo para ofertar la vacuna anti-neumocócica, ya que a pesar de las medidas terapéuticas actuales, la incidencia y mortalidad de la enfermedad neumocócica en adultos con patología de base se mantienen elevadas. Para algunas de las patologías de base que se recomienda vacunación, no existe financiación pública, por lo que habrán de ser prescritas indicando a los pacientes que deberán abonarlas íntegramente.

Fuente bibliográfica: Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013;26(3):232-252

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto es mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la prevención de enfermedad neumocócica invasiva y mejorar la cobertura vacunal anti-neumocócica en el niño y adulto con diabetes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los responsables del proyecto realizarán sesiones clínicas formativas al resto de profesionales del centro de salud (Médicos de familia, Pediatras, Enfermería) durante el programa de sesiones propio de cada especialidad, sobre prevención de la enfermedad neumocócica invasiva en el adulto y en el niño, que incluirá la detección del paciente de riesgo y exposición del consenso sobre vacunación anti-neumocócica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se medirá el grado de cobertura vacunal en población diabética tanto infantil como adulta en una muestra representativa de la población total de nuestro centro de salud. La medición se hará previamente al inicio del programa formativo y tras su finalización

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En Mayo 2014 se realizará una selección aleatoria de una muestra representativa de la población diabética de nuestro centro de salud incluyendo población en edad pediátrica. Se medirá la cobertura vacunal de la muestra obtenida.

A lo largo de Septiembre y Octubre de 2014 se realizarán las sesiones formativas para los profesionales sanitarios del centro de salud.

En Mayo de 2015 se analizará una nueva muestra aleatoria de pacientes diabéticos para determinar si se ha producido una mejora de la cobertura vacunal.

Se realizará una última sesión formativa donde se expondrán los resultados del análisis a los profesionales sanitarios del centro.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

321

**EVALUACION DE LA COBERTURA VACUNAL ANTI-NEUMOCOCICA EN PACIENTES DIABETICOS**

OTRA PALABRA CLAVE 1. diabetes

OTRA PALABRA CLAVE 2. vacunación

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |   |          |
|--|---|----------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 | Mucho    |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 1 | Nada     |
| 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

256

## 1. TÍTULO

**EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2**

## 2. RESPONSABLE ..... ANTONIO BRUN MACIPE

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BONA OTAL MARTA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- CALLEJAS GIL INMACULADA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- ARIÑO PELLICER SARA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- MELUS PALAZON ELENA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ RAMIREZ ISABEL. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica muy prevalente y de creciente incidencia en España, (según recientes estudios, afecta al 13'8 % de la población adulta española, aumentando la prevalencia con la edad y en el sexo masculino) .Tiene un elevado coste social tanto por el gasto sanitario derivado de su atención como por el de sus complicaciones. En las personas con DM 2 visitadas en atención primaria, el coste directo medio estimado en el estudio CODE-2 fue de 1.305 euros por paciente y año. De este cómputo total, el 42% corresponde a gastos de farmacia, el 32% a costes de hospitalización y el 26% a gastos de atención ambulatoria

La presencia de complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía, nefropatía) y macrovasculares (ACV, IAM, amputaciones) depende, en gran parte, del grado de control metabólico y de otros factores de riesgo cardiovascular que con tanta frecuencia se asocian a esta enfermedad, y son responsables del deterioro en la calidad de vida del paciente diabético y de la disminución de su esperanza de vida; hasta un 75 % de los pacientes con DM2 mueren por eventos cardiovasculares.

Para evaluar la atención que ofrecemos al paciente diabético vamos a tomar como base una serie de indicadores de calidad: (propuestos por la RedGEDAPS y que a su vez se basan en los propuestos por la Declaración de Saint Vincent (DSV) (ver anexo) y que se adaptaron a la atención primaria en nuestro país).

A partir del listado de pacientes diabéticos de nuestra Zona de Salud, extraído de OMI-AP, hemos realizado un muestreo aleatorio de 200 pacientes para recoger la información correspondiente a los indicadores de calidad asistencial seleccionados durante el periodo de tiempo correspondiente al año natural de 2012

Hemos considerado los siguientes criterios de exclusión aplicables a los pacientes para realizar la selección de las historias clínicas:

- pacientes diagnosticados de DM tipo 1.
- pacientes con período de control en el centro de salud inferior a 1 año.
- diabéticos controlados exclusivamente por otros equipos asistenciales (atención especializada o red privada).
- pacientes en situación terminal.
- pacientes en tratamiento prolongado con corticoides.

## INDICADORES DE CALIDAD SELECCIONADOS:

indicadores de proceso

Pruebas de Laboratorio

Colesterol total

Colesterol LDL

Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

Microalbuminuria (MAU)

Filtrado glomerular (FG)

Exploraciones:

Peso y talla: IMC

Retinografía

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

256

**EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2**

exploración pies

ECG

Indicadores de resultados

resultados intermedios

HB Alc anual

1. aceptable &lt; 7% (según características del paciente)

2. muy deficiente si &gt; 10 %

colesterol total &lt; 200

LDL &lt; 100

TG &lt; 150

IMC menos de 30 kg/m<sup>2</sup>

PA menos de 140/80

tabaquismo activo

porcentaje de diabéticos

1. sin ningún FRCV añadido

2. 1 FRCV

3. 2 FRCV

4. &gt;2 FRCV

TTO DM: porcentajes de diabéticos tratados :

1. solo con dieta,

2. Solo con ADO,

3. solo con insulina,

4. con ADO e insulina.

Estos resultados intermedios se adaptan de los objetivos de control de la DM2 (ADA, 2011), siendo más flexibles en control de la HTA y en el sobrepeso

resultados finales

retinopatía diabética.

lesiones y úlceras pie diabético.

amputaciones EEII

proteinuria e IRC

aparición de evento cardiovascular( ACV/CI

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo:

Conocer la calidad de la asistencia tanto médica como de enfermería que ofrecemos a los pacientes diabéticos tipo 2 en nuestro centro de salud y en base a los resultados obtenidos en este primer estudio, proponer medidas de mejora para lograr una atención óptima al paciente diabético que cumplan los criterios de las guías clínicas de nuestro medio.

Analizaremos:

Prevalencia e incidencia (nuevos diagnósticos) de la DM2 en nuestra zona de salud

Edad media, porcentaje de mayores de 65 años, sexo, y años de evolución de enfermedad de los pacientes diabéticos

Análisis de las peticiones analíticas registradas en pacientes diagnosticados de DM2:

Parámetros estudiados

Periodicidad de las peticiones

Motivo de la petición: demanda asistencial de procesos relacionados con la DM o por seguimiento estructurado

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

256

**EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2**

Registro de los autocontroles de glucemia capilar del paciente diabético  
Desarrollo del plan de cuidados específico de la DM tipo 2 en el programa OMI-AP.  
Control de otros FRCV: HTA, dislipemia, tabaquismo, obesidad  
Solicitud de pruebas y realización de exploraciones complementarias al paciente diabético: fondo de ojo, ECG, exploración de pies y cálculo IMC.  
Registro de complicaciones asociadas a la DM  
Tratamiento de la DM2: dieta sola, ADO solos, insulina sola, ADO e insulina.

Nos proponemos:

Formalizar un consenso del EAP Amparo Poch sobre medidas de mejora en la atención y asistencia al enfermo diabético tipo II de nuestra zona de Salud.

Nos proponemos

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

Comprobada la viabilidad de la extracción de datos de la Historia Clínica proponemos la siguiente secuencia de tareas:

1. Selección de una muestra representativa de cada cupo de pacientes (selección aleatoria de las historias clínicas auditadas),
2. Revisión de las historias clínicas a través de OMI-AP, extrayendo los datos anteriormente enumerados cumplimentando un formulario utilizando tabla formato Excel con los indicadores de calidad seleccionados que describiremos a continuación.
3. Análisis de los datos recogidos correspondientes a los indicadores de calidad seleccionados mediante el programa SPSS
4. Comparar nuestros resultados con estudios similares de centros de salud en España, que hayan sido publicados.
5. Se entregaran los resultados obtenidos del muestreo, su elaboración estadística y un borrador de propuestas provisional para su debate.
6. Formulación de propuestas de mejora.

**MÉTODO DE REGISTRO:**

La propuesta de extracción de datos será realizada por pares de modo que cada profesional trabaje sobre las historias de un cupo de pacientes distinto al propio.

El tamaño de la muestra y el tiempo necesario para realizar la extracción puede ser muy variable (en la experiencia del muestreo oscila de 5 a 10 minutos por paciente) por lo que proponemos la participación activa de los profesionales de enfermería con la colaboración puntual de los residentes para completar la tarea de extracción de datos.

Tras la extracción parece adecuado que cada profesional realice una primera revisión de los datos extraídos de las historias de su cupo realizando aportaciones o subsanando errores o lagunas que pudieran haberse detectado.

En una tabla formato Excel se recogerán los siguientes datos correspondientes al periodo de un año:

NHC.  
SEXO.  
EDAD.  
HbA1c, colesterol total, colesterol LDL, TG, MAU, FG, TAS, TAD, IMC (últimos valores registrados durante el período a estudio)  
TABAQUISMO ACTIVO  
ÚLTIMO TRATAMIENTO PARA DM  
EVENTO CV MAYOR (AIT, ICTUS, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA) recogido en la historia clínica:  
RETINOGRAFÍA: realización y resultado  
LESIÓN PIE DIABÉTICO.  
ECG: si se ha realizado ECG durante el periodo de estudio  
EXPLORACIÓN PIE DIABÉTICO: si se ha realizado al menos una vez a lo largo del período de estudio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Prevalencia de pacientes con Diabetes Tipo II en nuestra zona básica de salud  
2. Proporción de pacientes con DM Tipo II de menos de 80 años con Hb Glicosilada < 7%  
3. Proporción de pacientes con DM Tipo II con retinografía de cribaje practicada en los últimos dos años

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario estimado:**

Noviembre 2013: Reunión de equipo con presentación proyecto redacción final.

Diciembre 2013: Entrega a cada profesional listado muestra seleccionada y plantilla recogida de datos de periodo de tiempo que abarca desde 1 Enero de 2013 hasta 31 Diciembre de 2013. Distribución por pares.

Enero 2014: Recogida de plantilla

## 1. TÍTULO

**EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2**

Febrero y Marzo 2014 :trabajo estadístico y revisión resultados.

Abril 2014: Presentación resultados y borrador propuestas de mejora.

Mayo 2014 : Aprobación documento final propuestas de mejora.

## 11. OBSERVACIONES. ANEXO:

## DECLARACION DE SAINT VINCENT

En octubre de 1989 se reunieron en Saint Vicent (Italia) los representantes de veintinueve países europeos, bajo los auspicios de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la IDF (International Diabetes Federation), con la finalidad de analizar la situación de la diabetes mellitus en Europa.

De esta conferencia, titulada "Diabetes mellitus: un problema de salud en todos los países, a todas las edades", surgió la Declaración de Saint Vincent que contiene los siguientes objetivos específicos:

Objetivos generales para las personas (niños y adultos) con diabetes:

1. Mejoría sostenida en la experiencia de salud, así como la aproximación hacia una expectativa de vida normal tanto en calidad como en cantidad.
2. Prevención y cura de la diabetes y de sus complicaciones, mediante la intensificación de todos los esfuerzos en la investigación.

\* Objetivos específicos, que serían revisados a los cinco años:

1. Elaborar e implantar programas para la detección y el control de la diabetes y de sus complicaciones, basados en el autocuidado del diabético y el soporte comunitario.
2. Concienciar a la población y a los profesionales de la salud en la necesidad de prevenir la diabetes y sus complicaciones.
3. Organizar la enseñanza y entrenamiento en el cuidado y manejo de la diabetes a las personas con la enfermedad y al personal sanitario.
4. Reforzar los centros existentes para el cuidado y la investigación de la diabetes y crear nuevos centros donde se necesiten.
5. Promover la independencia física, psicológica y social de las personas diabéticas.
6. Hacer desaparecer las restricciones que impiden la integración del ciudadano diabético en la sociedad.
7. Implantar medidas efectivas para la prevención de la complicaciones de la diabetes que posibiliten:
  - Reducir en un tercio los nuevos casos de ceguera.
  - Disminuir en un tercio los nuevos casos de insuficiencia renal terminal.
  - Reducir a la mitad el número de amputaciones.
  - Frenar la morbilidad coronaria mediante el control de los factores de riesgo
  - equiparar los resultados del embarazo en mujeres diabéticas a las de las mujeres no diabéticas.

Los participantes se comprometieron a difundir el documento en sus respectivos países y a poner en marcha las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

## POBLACIÓN DIANA

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

## 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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. .... 2 Poco

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

374

**PROGRAMA DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. 'DIABETES EN MOVIMIENTO'**

2. RESPONSABLE ..... PAULA CEBOLLERO BUISAN  
· Profesión ..... EIR  
· Centro ..... CS ACTUR OESTE  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ARNAL PEREZ ELBA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA  
· OLIETE HERRERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA  
· CABALLERO ALEMANY CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de la diabetes tipo 2 en España (Estudio di@betes) es del 13,8% de la población. El factor de riesgo que más se relaciona con la diabetes tipo 2 es la obesidad (1). Además de esto, la diabetes se asocia con otras comorbilidades relacionadas con factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

Según publica la OMS, se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal del 27% de los casos de diabetes y el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. (2)

En los países desarrollados, más de la mitad de los adultos tienen una actividad insuficiente. En las grandes ciudades de crecimiento rápido del mundo en desarrollo la inactividad es un problema aún mayor. La urbanización ha creado varios factores ambientales que no provocan la actividad física. Por consiguiente, las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física son el mayor problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo. Se necesitan con urgencia medidas de salud pública eficaces para mejorar la actividad física de todas las poblaciones. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. (2)

Es evidente que fomentar la actividad física en toda la población es lo deseable, pero es difícil abarcarla como tal, por tanto, se ha considerado realizar la intervención en una determinada población, y dado que el ejercicio físico es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus, se ha decidido realizar esta intervención en los pacientes diabéticos tipo 2, no insulinizados y comprendidos entre los 40 y 69 años independientemente de su índice de masa corporal (IMC).

Consideramos adecuado el abordaje en nuestros pacientes diabéticos de la actividad física. Ya que con ello se pretende conseguir:

- ? Mejorar el control de la glucemia.
- ? Disminuir el riesgo cardiovascular(RCV)
- ? Retrasar la aparición de complicaciones.

Para la realización de este proyecto se realiza una búsqueda bibliográfica basada en la evidencia disponible hasta la actualidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aumentar el conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre su enfermedad.

2. Mejora de los niveles de HbA1c en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

3. Aumento del número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que realizan actividad física como hábito saludable.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la puesta en marcha de este programa no sólo se dará educación al paciente diabético, sino también a los enfermeros/médicos encargados de prescribir la actividad física, para ello a cada profesional le haremos llegar un Anexo extraído del Libro "Actividad Física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable" (Anexo 1), en el cual se explica cómo se debe prescribir actividad física y las consideraciones a tener en cuenta. Se completará la información con otra serie de anexos:

- Guía de la dosis del ejercicio cardiosaludable en la práctica clínica (Anexo 2)
- Recursos para realizar la prescripción en actividad física (kit necesario para tener en la consulta, incluye: tabla con el cálculo de la FC máxima según edad e intensidad (Anexo 3), receta/cuadernillo de prescripción act. Física para dar a cada paciente (Anexo 4).

Es necesario que todo profesional que lleve a cabo este programa se lea atentamente el Anexo 1.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

374

**PROGRAMA DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. 'DIABETES EN MOVIMIENTO'**

A los pacientes, la educación en la realización de actividad física, se les hará llegar en forma de sesión grupal, estos grupos serán de 10-12 pacientes como máximo. En la sesión se explicarán conceptos globales de cómo va a ser el programa de actividad física que van a llevar, como realizarlo de manera adecuada y consideraciones para realizarlo de forma correcta.

El programa de actividad física en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 comienza con la captación del paciente en la consulta de Enfermería de Atención Primaria o en la consulta de Medicina de Atención Primaria.

Una vez llega el paciente con diabetes mellitus tipo 2 a la consulta del profesional correspondiente, la enfermera o médico valorará si cumple los criterios de inclusión para entrar a formar parte del programa. Si los cumple se le ofrecerá al paciente participar, explicándole brevemente en lo que consiste este programa.

- En el supuesto, de que nos responda con una negación, continuaremos haciendo las visitas habituales que requiere cada paciente.

- En el supuesto, de una respuesta afirmativa, pasaremos a revisar su historia clínica, buscando un electrocardiograma (ECG) y un fondo de ojo de menos de un año de antigüedad y además revisaremos si tiene realizada una Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) en los últimos 3 meses.

En el caso de no tener realizadas ninguna de estas pruebas, el profesional correspondiente deberá solicitarlas. Una vez estén todas las pruebas realizadas y no haya conflicto con los criterios de exclusión se comenzará con las visitas programadas en la consulta de Enfermería de Atención Primaria (que será el profesional que lleve el seguimiento del programa). Se ha decidido que la información que le daremos al paciente durante las visitas, será breve y sencilla, para evitar que por excesiva información no sea efectiva.

La primera visita programada en la consulta de Enfermería se estima con una duración de 20 minutos. Esta primera visita sólo es de recogida de datos, no se va a dar ninguna educación, aunque, si el paciente tiene cualquier duda acerca del programa, obviamente será resuelta. En esta visita se realizarán las siguientes actividades:

-Recogida de los datos antropométricos necesarios (Peso, Talla, Perímetro abdominal, Tensión arterial).

-Realización de encuesta motivacional. (Anexo 5). Si el paciente no está suficientemente motivado y se sospecha un abandono precoz del programa, no será incluido, se continuará con las consultas habituales de control y si en un futuro el paciente está preparado se comenzará de nuevo con el programa de actividad física.

-Realización cuestionario IPAQ. (Anexo 6) Para valorar la actividad física que el paciente está realizando actualmente.

En el supuesto que conteste a la pregunta nº 1(Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?). -> 3 ó más.

Y además conteste a la pregunta nº 2(Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?) -> 30 minutos ó más.

Se le explicará al paciente que este programa está pensado para personas que no realizan ningún tipo de actividad física, y que para él, que ya hace una actividad moderada/alta, este programa no va a servirle, por lo tanto, consideramos que sería mejor que no participe, pero que desde la consulta individual de enfermería se le puede guiar en su progreso de la actividad de manera individual. Si pese a explicarle que es un programa muy básico la persona quiere participar no habrá ninguna oposición.

-Realización cuestionario adherencia dieta mediterránea (Anexo 7)

Al finalizar programaremos la próxima visita que debe ser en un plazo máximo de 7 días.

La 2ª visita programada de enfermería, se estima con una duración de 15 minutos. En ella se realizarán las siguientes actividades:

- Realización del Cuestionario del nivel de conocimientos que tienen los pacientes acerca de su enfermedad. (Traducido de Dunn S. et al. (15))(Anexo 8)

- Se comienza con la Educación individual. Se utilizará para ello el (Anexo 9). En él se explica: Concepto de Diabetes mellitus tipo 2, Objetivos de control del paciente con diabetes mellitus tipo 2, Definición HbA1c y para qué sirve, Complicaciones de la diabetes mellitus.

Se programará la próxima visita para dentro de dos semanas.

La 3ª visita programada de enfermería se estima con una duración de 15 minutos. En ella se realizarán las siguientes actividades:

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

374

**PROGRAMA DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. 'DIABETES EN MOVIMIENTO'**

- Recuerdo y refuerzo información explicada en la visita anterior.
- Educación individual. Se utilizará el (Anexo 10). En él se explica los pilares del tratamiento de la diabetes, el beneficio de actuar sobre ellos.
- Resolución de dudas surgidas por el paciente.
- Recordarle que la próxima información que recibirá será en grupo. Le entregaremos el díptico de horarios (Anexo 11). Lo repasaremos con él, informándole de la importancia de venir con los pies aseados.

Comienza la intervención grupal. Se realizarán 3 sesiones de 1 hora de duración cada una, con un espacio de tiempo entre ellas de una semana.

Puesto que es difícil hacer coincidir a un grupo de 10-12 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que se encuentren, en esta fase del programa, se plantea la posibilidad de dejar como espacio de tiempo entre la 3ª intervención individual hasta la 1ª grupal un máximo de 2 meses. Si se prevé que el paciente va a pasar más de 1 mes desde la 3ª visita individual hasta el comienzo de la intervención grupal sin seguimiento, la enfermera debe programar una 4ª visita, para valorar seguimiento, evolución y disminuir las posibilidades de que la persona abandone el programa.

La 1ª sesión grupal se estima de 1 hora de duración. Se realiza la educación con el Anexo 12 (Preparación para la actividad). En esta sesión se explicará: como elegir el calzado adecuado para la realización de actividad física; Qué es una hipoglucemia, cómo prevenirla al realizar actividad física, cómo resolverla en el caso de padecerla; Explicación cuidados del pie en relación a la práctica de la actividad física; Taller de autoexploración del pie; Precauciones a tener en cuenta cuando se realiza actividad física.

La 2ª sesión grupal se estima de 1 hora de duración. Se realiza la educación con el Anexo 13 (Programa actividad física). Se comenzará la sesión con un recuerdo y refuerzo de la sesión anterior. Se realizará una introducción sobre los beneficios de la actividad física, posteriormente se les explicará el "programa de actividad de 24 semanas", incidiendo en que antes de realizar la caminata, deben hacer ejercicios de calentamiento (son explicados durante la sesión) y tras la finalización de la caminata deben realizar los ejercicios de vuelta a la cama/estiramientos (serán explicados durante la sesión); como el programa de 24 semanas se realiza en base a las frecuencias cardíacas máximas se explicará cómo debe medirse el pulso periférico; se terminará la sesión con la entrega de la cartilla de actividad física a cada paciente (Anexo 4), desde ese momento comienza para cada uno de ellos el programa de actividad física, comienza su primera semana de caminata.

La 3ª sesión grupal se estima de 1 hora de duración. Se realiza la educación con el Anexo 14 (Dieta saludable). Se comenzará la sesión con un recuerdo y refuerzo de la sesión anterior. Y a continuación se explicarán los beneficios de la alimentación saludable, los grupos de alimentos, los Hidratos de Carbono recomendados y los que se deben evitar, se les explicará la dieta mediterránea y para finalizar realizaremos un taller de cómo preparar una dieta saludable para una semana.

Una semana después de la Intervención grupal, se citará al paciente en consulta programada de Enfermería. Si el paciente ha seguido las indicaciones estará al final de su segunda semana realizando actividad física. Se reforzará positivamente los cambios realizados. En caso de pocas modificaciones en sus hábitos de vida no saludables se motivará al paciente para que lleve a cabo este programa de la forma correcta, explicándole de nuevo los beneficios de la actividad física y de la alimentación saludable. Se resolverán dudas del paciente y se continuará con el programa de actividad física establecido individualizándolo según el paciente. Se citará al paciente de nuevo, para otra consulta programada dentro de dos semanas.

En esta visita programada el paciente llevará realizando actividad física 4 semanas, todavía no tienen por qué objetivarse cambios, pero se recogerán de nuevo datos antropométricos y se realizará de nuevo el cuestionario de actividad física (Anexo 6) para poder evaluar si la intervención educativa está siendo efectiva.

Se seguirán haciendo visitas programadas cada dos semanas (con la finalidad de resolver dudas y llevar un seguimiento de la actividad física del paciente) hasta que el paciente complete el programa de 24 semanas propuesto en el libro "Actividad Física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable".

Al finalizar la semana 24 el paciente ya es capaz de realizar una actividad física de intensidad media/alta, y estará preparado para continuar con la misma actividad sin la necesidad de ser citado en la consulta de enfermería cada dos semanas. Por tanto, se programarán de nuevo las visitas correspondientes según plantea nuestra cartera de servicios y siempre con la posibilidad de que el paciente pueda pedir cualquier cita a demanda.

Al año de haber comenzado el programa se realizará una reevaluación del estado del paciente, valorando: Peso, Talla, Perímetro abdominal, Tensión arterial, HbA1c, cuestionario IPAQ y test de adherencia a la dieta mediterránea, para valorar si este programa ha sido efectivo, es decir, para valorar si el paciente con diabetes mellitus tipo 2 ha seguido realizando actividad física como hábito de vida saludable una vez finalizado el programa de 24 semanas.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

374

**PROGRAMA DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. 'DIABETES EN MOVIMIENTO'**

Para comprender mejor el circuito del programa de calidad se ha elaborado un diagrama de flujo (Anexo 0).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Conseguir la captación en los grupos (12 diabéticos)  
nº de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 captados/ nº de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 totales con  
criterios de inclusión \*100  
Objetivo 80%

Respuestas acertadas tras intervención/ nº total de respuestas\*100 (Anexo 8)  
Objetivo aumento del 20%

Mejorar la cifra de HbA<sub>1c</sub> en la población con diabetes mellitus tipo 2:  
HbA<sub>1c</sub> media de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tras el grupo/ HbA<sub>1c</sub> media de los pacientes con diabetes  
mellitus tipo 2 antes del comienzo del grupo de EpS.  
Objetivo: 20%

nº de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que realizan actividad física tras el  
grupo EpS / nº de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 captados \* 100 (Anexo  
6)  
Objetivo: 60%

Se medirán los indicadores anteriores con una periodicidad anual en relación a la realización de los grupos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Septiembre-Octubre-Noviembre: (2012): Búsqueda bibliográfica.

Diciembre-Enero (2012-2013): Síntesis de datos recogidos.

Febrero-Marzo-Abril-Mayo-Junio-Julio:(2013): Redacción proyecto calidad.

Septiembre-Octubre (2013): Revisión conjunta de todos los componentes del proyecto de la redacción y realización de  
modificaciones.

Noviembre (2013): Presentación proyecto al Equipo de Atención Primaria.

Febrero (2014): Puesta en marcha del programa.

Marzo-Abril (2014): Pilotaje proyecto con un pequeño grupo de 6 participantes.

Mayo-Junio (2014): Evaluación pilotaje. Si evaluación positiva en Septiembre comenzar proyecto a nivel de todo el  
Centro de Salud.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. 40 a 69 años
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

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

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 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. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

250

## 1. TÍTULO

**MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION Y LA CALIDAD DE LA ATENCION A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DERMATOLOGICOS QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL CS ACTUR-OESTE (ZARAGOZA I)**

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GARUZ BELLIDO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ACTUR OESTE  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CALLEJAS GIL INMACULADA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA  
· GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. DERMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es habitual encontrar, en la derivación a los especialistas, cierta variabilidad por parte de los distintos médicos que componen los equipos de atención primaria, mas allá del tamaño de los cupos, distribución por edad de la población atendida, morbilidad, etc. En muchos casos, se trata de derivaciones que se podrían evitar, garantizando e incluso mejorando la calidad de la atención recibida a través de favorecer la accesibilidad, evitando retrasos en la atención recibida por parte del especialista, y con costes menores. Esto se podría conseguir, en algunos casos, incorporando la novedosa tele-tecnología médica de carácter ambulatorio y en otros, mejorando el conocimiento o la destreza clínica de los médicos de familia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto ha comenzado en febrero del presente año y está en desarrollo

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la derivación a la consulta de dermatología por parte de los médicos de familia, aumentando la capacidad resolutoria de los médicos en este área, mejorando la atención médica de algunas enfermedades dermatológicas y adaptando la práctica médica a las indicaciones sugeridas en guías de práctica médica elaboradas con criterios de MBE.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los médicos de atención primaria del equipo, podrán semanalmente, enviar uno o varios correos electrónicos con el/los caso/s (incorporando la imagen/es de las lesiones dermatológicas) que quieran consultar con el especialista en dermatología (solicitando consejo y respuesta sobre dudas de diagnóstico, tratamiento o derivación), todo ello garantizando la confidencialidad necesaria. Para ello disponemos de todos los elementos tecnológicos necesarios (lente y cámara fotográfica digital: Marca CANON CAMARA POWERSHOT G12+SD46GB) ordenadores y la tecnología de comunicación obligada para la transmisión de las imágenes. La cámara y sus complementos se solicitarán a los responsables del proyecto que controlará la entrega y devolución del material. Las fotos se realizarán por el propio facultativo que solicite la interconsulta telemática y/o en su defecto por el residente/es responsables del proyecto y presentes en el centro de salud, el lugar donde se realizarán las fotos será la propia consulta o en su defecto la sala de cirugía menor, las imágenes realizadas se numerarán con un código NHC que permita la identificación del paciente y mantener la confidencialidad, las imágenes se volcarán por parte del responsable de admisión en una carpeta de la U: desde donde se podrán recuperar para su envío al dermatólogo. La transmisión se realizará vía e-mail, en cada caso, por el médico que realice la consulta y evitando en el correo electrónico cualquier dato que permita la identificación del paciente salvo el código de identificación NHC utilizado para las imágenes. Semanalmente el especialista contestará a los correos enviados. La carpeta de archivo de las imágenes en al U: servirá de base de datos para obtener todos los indicadores precisos. Las derivaciones realizadas a dermatología anualmente se pueden obtener directamente de la aplicación de OMI-AP. Todos los pacientes que intervengan en este proyecto deberían contestar un cuestionario de calidad (Anexo I) que se incorporará, scaneado en el episodio dermatológico motivo de la interconsulta, a la historia clínica del paciente en OMI-AP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Número total de pacientes / año derivado en 2013 > Número total de pacientes / año derivado en 2014.

2) Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida medida a través de una encuesta de satisfacción.

3) Análisis de concordancia entre los diagnósticos establecidos por los Médicos de Familia y el Especialista en Dermatología y/o en su caso los resultados de la anatomía patológica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2013: Entrega del proyecto con las normas de protocolo fotográfico y/o de derivación claramente establecidos. Así como, del modelo de encuesta de satisfacción y las fuentes de obtención de los indicadores.

Febrero-2014: Desarrollo del proyecto con el comienzo de las derivaciones durante todo el año 2014 y Enero de 2015.

Febrero-Marzo 2015: Obtención de los indicadores y establecimiento del informe con las mejoras recomendadas.

11. OBSERVACIONES. También han participado en el proyecto:

BRUN MACIPE ANTONIO (MF)  
CABALLERO ALEMANY CARMEN (MF)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

250

## 1. TÍTULO

**MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION Y LA CALIDAD DE LA ATENCION A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DERMATOLOGICOS QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL CS ACTUR-OESTE (ZARAGOZA I)**

MELUS PALAZON ELENA (MF)

PEREZ RAMIREZ ISABEL (MF11. 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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |   |          |
|--|---|----------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 2 | Poco     |
| 2. Dirminuir 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

338

**PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE PSICOESTIMULANTES, METILFENIDATO Y ATOMOXETINA, EN ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN INFANTIL DE 6 A 14 AÑOS.****2. RESPONSABLE** ..... MARIA ISABEL LOSTAL GRACIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS ACTUR OESTE
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 1. SECTOR I
- LOPEZ PISON FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROPEDIATRIA
- PEÑA SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROPEDIATRIA
- LORENA MONGE GALINDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROPEDIATRIA
- LOPEZ LAFUENTE AMPARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROPEDIATRIA
- PERALTA RUFAS ESTHER MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- MARTINEZ REDONDO INES. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) presenta una prevalencia alta en la población afectando a un 5% de niños en edad escolar (informe PANDAH 2013), pudiendo considerarse un problema de salud pública que conlleva un gasto alto no sólo en recursos humanos, sino también farmacológicos.

A pesar de la importancia del diagnóstico precoz, se ha observado una detección tardía o, incluso, la no detección, debido, entre otros factores, a diferencias en la formación específica en TDAH por parte de los profesionales educativos y sanitarios y, a la ausencia de una línea de actuación conjunta sanitaria-educativa.

Esta situación provoca que existan diferencias importantes en relación con el diagnóstico, control evolutivo y tratamiento de estos pacientes, entre los diferentes profesionales sanitarios que atienden a la población afectada de TDAH.

Las GPC recomiendan la combinación del tratamiento farmacológico con terapia psicológica y apoyo escolar, siendo el tratamiento de elección los psicoestimulantes (hasta ahora metilfenidato y atomoxetina).

La disponibilidad de la Historia Clínica Electrónica, base de datos OMI-AP, y la implantación de la receta electrónica, permite obtener información sobre el número de pacientes diagnosticados de TDAH (códigos CIAP: P 20 - déficit de atención- y P 21- hiperactividad-), el perfil de prescripción de estos fármacos y comparar los datos de los diferentes Centros de Salud del Sector I.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** La realización de una sesión conjunta entre los especialistas en Pediatría de Atención Primaria y los Especialistas en Neuropediatría de referencia, analizando los resultados obtenidos y exponiendo la problemática que en Primaria plantea el diagnóstico, manejo y tratamiento de estos pacientes, permitiría una línea de actuación más uniforme y una mejora de la calidad asistencial.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Realización de una sesión conjunta entre los especialistas de Pediatría del Sector I y los neuropediatras, con los siguientes objetivos:

- 1 Revisión de los resultados obtenidos en cuanto al consumo de fármacos en dicho Sector.
- 2 Puesta en común de problemática en relación con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estos pacientes.
- 3 Encuesta de satisfacción a los pediatras asistentes a la charla, sobre la utilidad de dicha sesión.

**Responsables de las distintas áreas:**

- 1 Extracción de datos sobre prescripción de fármacos. Farmacéutica Carmen Labarta
- 2 Obtención de datos de códigos CIAP de OMI: Técnico de Salud.
- 3 Análisis de los resultados obtenidos: Dra. Isabel Lostal Gracia, Dra. Esther Peralta, Dra. Inés Martínez Redondo, Dr. Javier Lopez Pisón, Dr. José Luis Peña, Dra. Lorena Monge Galindo, Dra. Amparo López Lafuente.
- 4 Sesión conjunta Atención Primaria y Neuropediatría: Dr. Javier López Pisón, Dr. José Luis Peña, Dra. Lorena Monge Galindo, Dra. Amparo López Lafuente, Dra. Isabel Lostal.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1 Número total de niños con código diagnóstico CIAP P 20 o P 21 en relación al total de niños incluidos en la población infantil de 6-14 años del Sector I.

2 Este mismo dato pero referido a cada CS de dicho Sector.

3 Perfil de prescripción del año 2013 del subgrupo terapéutico de simpaticomiméticos de acción central (N06BA), analizando de forma separada los principios activos: (metilfenidato y atomoxetina), así como sus diferentes especialidades farmacéuticas, en el Sector I y desglosado por EAP. Se analizará Gasto total, % gasto en relación al total, nº DDD y DHD.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Fecha de inicio Mayo 2014, fecha final Abril 2015.

**Cronograma:**

1. Recogida información Mayo - Octubre 2014 y Enero- Marzo 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

338

1. TÍTULO

**PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE PSICOESTIMULANTES, METILFENIDATO Y ATOMOXETINA, EN ATENCION PRIMARIA EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 14 AÑOS.**

2. Sesión informativa Octubre 2014
3. Evaluación de indicadores Noviembre 2014- Abril 2015
4. Conclusiones Mayo 2015

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. Atención primaria 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. .... 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

310

## 1. TÍTULO

**OPORTUNIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE PROBIÓTICOS EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

## 2. RESPONSABLE ..... ESTHER MARIA PERALTA RUFAS

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... CS ACTUR OESTE
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA
- MARTINEZ REDONDO INES. MIR. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA
- MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA
- GARCIA ROMERO RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA-UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGI
- LOPEZ CAMPOS MONICA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La microbiota del tracto gastrointestinal del ser humano desempeña un papel fundamental en la nutrición y la salud, completando la digestión mediante un proceso fermentativo, protegiéndolo frente a bacterias patógenas y estimulando el desarrollo del sistema inmune. Cada vez son más los estudios que implican a la variabilidad de la microbiota intestinal en las diversas enfermedades gastrointestinales, considerándose la modificación de esta microbiota como una posibilidad terapéutica que influya en la respuesta inmune. El uso de probióticos supone un novedoso avance en el campo de las patologías gastrointestinales, ya que pueden ser útiles en la prevención y tratamiento de muchas de estas patologías, constituyendo un elemento más en nuestro arsenal terapéutico.

Las gastroenteritis infecciosas y las consultas de las que se deriva la prescripción de antibioterapia suponen un porcentaje elevado del total de consultas de demanda que se realizan en pediatría en un centro de salud urbano. A pesar de que las cepas de probióticos *Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus rhamnosus GG* y *Saccharomyces boulardii* han demostrado un nivel de evidencia y grado de recomendación altos (IA) tanto en su uso en el tratamiento de las gastroenteritis víricas como en la prevención de la diarrea asociada a antibioterapia, y de que son avaladas por la SEGHP (sociedad española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica); todavía no se realiza una recomendación sistemática de éstos en las consultas de demanda de pediatría de atención primaria; nuestra propuesta podría servir para dar a conocer la mejora que esto puede suponer en la consulta y sensibilizar a los profesionales implicados en la atención a niños y adolescentes de sus beneficios, conllevando esto una mejora en la calidad asistencial al paciente.

Las cepas arriba nombradas son eficaces tanto en la prevención como en el tratamiento de las gastroenteritis, por un lado disminuyen la duración y gravedad de las gastroenteritis, y por otro, disminuyen la incidencia de diarrea en pacientes que son sometidos a antibioterapia.

Las fuentes de información empleadas serán principalmente las referencias bibliográficas actualizadas procedentes de las bases de datos más relevantes respecto a dicha información (guías de práctica clínica, revisiones de la Cochrane, y búsquedas en Pubmed).

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocimiento del porcentaje que supone en el total de las visitas en atención primaria pediátrica, la prescripción de probióticos por gastroenteritis de probable etiología vírica y para la prevención de la diarrea por toma de antibióticos orales.

- Dado que la recomendación de probióticos no está financiada por el sistema público sanitario, valorar la adherencia que se tiene a la prescripción realizada por el pediatra de atención primaria.
- Comparación entre las tres cepas de probióticos que han demostrado nivel de evidencia y grado de recomendación IA si existen diferencias en cuanto a la adherencia al tratamiento, según precio, características organolépticas del producto y formas galénicas.
- Ampliar el conocimiento entre los pediatras del sector I de las ventajas del uso de probióticos en las patologías comentadas anteriormente e incorporarlos a la práctica clínica habitual en las situaciones en las que están recomendados.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios.
- Evaluar los beneficios de los probióticos en la diarrea aguda infecciosa (duración y severidad) y la disminución de la incidencia de diarrea post-antibioterapia en nuestro sector sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se incluyen en este proyecto todos los pacientes vistos en consulta de demanda del centro de atención primaria entre 0- 6 meses y 14 años que pertenezcan a uno de los siguientes grupos:

- Pacientes afectos de gastroenteritis aguda infecciosa
  - Pacientes que van a recibir prescripción de antibióticos
- A estos pacientes de forma aleatoria se les recomienda mediante prescripción por escrito con formulario de receta no financiada uno de los probióticos que han mostrado nivel de evidencia IA en dichos procesos; realizándose 3 grupos:
1. Grupo al que se prescribe *Lactobacillus reuteri* (Casenbiotic®)
  2. Grupo al que se prescribe *Lactobacillus rhamnosus GG* (Bivos® u Orsadin probiotic®, de forma aleatoria)
  3. Grupo al que se prescribe *Saccharomyces boulardii* (Ultralevura®)

Responsables de esta actividad: María Isabel Lostal Gracia, María Nieves Martínez Hernández, Inés Martínez Redondo, Esther María Peralta Rufas.

A la semana de dicha prescripción se realiza encuesta a los pacientes vía telefónica o en consulta según evolución clínica, tras informar de la finalidad de la misma; por medio de la cual se valora su adherencia y

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

310

**OPORTUNIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE PROBIÓTICOS EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

problemas en su administración, así como la evolución de la diarrea, si ésta ha estado presente, y las características de las deposiciones, etc...rellenando un formulario. Responsables de esta actividad: Inés Martínez Redondo, Esther María Peralta Rufas.

Así mismo, se realiza encuesta anónima a los profesionales de pediatría del sector I enviada mediante correo interno para conocer su opinión en relación a la prescripción de probióticos en las patologías habitualmente atendidas en las consultas de demanda de atención primaria, para detectar los problemas más habituales que surgen en consulta relacionados con este tema, y tratar de solventarlos en una sesión formativa con actualización del tema dirigida a estos pediatras, realizando al finalizar la sesión una encuesta de satisfacción a los asistentes a la misma. Responsables de estas actividades: Ruth García Romero, Mónica López Campos, María Isabel Lostal Gracia, María Nieves Martínez Hernández, Inés Martínez Redondo, Esther María Peralta Rufas.

De igual manera, se realizará sesión informativa de los resultados del análisis realizado, en la cual se ponga de manifiesto los problemas derivados de estas prescripciones y en qué podemos mejorar. Responsables de esta actividad: Ruth García Romero, Mónica López Campos, María Isabel Lostal Gracia, María Nieves Martínez Hernández, Inés Martínez Redondo, Esther María Peralta Rufas.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Los indicadores que se valorarán serán los siguientes:

-Número de visitas realizadas en consulta de demanda de pediatría de atención primaria cuyo motivo de consulta sea la gastroenteritis vírica /número total de pacientes que acuden a consulta de demanda.

-Número de visitas realizadas en consulta de demanda de pediatría de atención primaria en las que uno de los procedimientos terapéuticos sea la prescripción de antibióticos/ número total de pacientes que acuden a consulta de demanda.

? Número de pacientes con adherencia al tratamiento probiótico recomendado / Número total de recomendaciones realizadas.

? Valorar si existen diferencias en relación a la adherencia según el probiótico recomendado (analizando por subgrupos el grupo de *Lactobacillus reuteri*, el grupo de *Lactobacillus rhamnosus GG* y de *Saccharomyces boulardii*

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Recogida de la muestra de pacientes, realizando prescripción aleatoria según acudan a consulta y encuesta telefónica o presencial posteriormente: Abril y Mayo de 2014.

- Búsqueda bibliográfica actualizada: Abril a Noviembre de 2014.

- Diseño y realización de encuesta anónima a los profesionales de pediatría del sector I mediante correo interno para conocer su opinión en relación a la probioticoterapia: De Mayo a Agosto de 2014.

- Análisis de los datos recogidos: De Mayo a Octubre de 2014.

- Sesión formativa a pediatras del sector I con actualización del tema y encuesta de satisfacción al finalizar la sesión: Noviembre 2014.

- Presentación de los resultados definitivos: Diciembre 2014 a Marzo de 2015.

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

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Infancia-Adolescencia

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Probióticos

OTRA PALABRA CLAVE 2. Atención Primaria

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

403

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION EN LAS PATOLOGIAS MAS PREVALENTES EN ATENCION PRIMARIA**

## 2. RESPONSABLE ..... PILAR MAINAR LATORRE

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLASCO SELLES TERESA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- DIESTE AINSA LUCIA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- RUBIO JIMENEZ CARLOS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- CABRERO CABORNERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Atención primaria reúne múltiples dolencias y enfermedades cuyo conocimiento y actualización va variando con el tiempo. La necesidad clínica de estar al día en los protocolos, guías de práctica clínica y MBE se convierte en uno de los objetivos del médico de atención primaria.

Cada profesional se hace responsable, según calendario acordado previamente, de la actualización de un tema, que expone en sesión teórica al resto del equipo.

Utilizaremos la biblioteca virtual del iacs como elemento de búsqueda.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Crear una dinámica de actualización-participación entre todos los miembros del equipo, que pueda mantenerse en el tº, rotando y cambiando los temas anualmente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Escoger los temas más prevalentes y que generen más dudas en los profesionales, realizando con ellos las correspondientes sesiones clínicas de actualización, dirigida por el profesional responsable de ese tema, previamente designado al principio del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El responsable del tema realizará 5-10 preguntas cortas en 5 min del tema a tratar, previo a la exposición del tema.

En la siguiente reunión de equipo, antes de iniciar el siguiente tema, se pasarán nuevamente las mismas preguntas para evaluar los conocimientos obtenidos en la sesión anterior.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo: reunión de equipo para seleccionar los temas a tratar  
Junio. reparto de los temas entre los profesionales y crionograma, que se iniciará después del periodo estival.  
Septiembre : inicio del calendario de sesiones, realizándose una sesión mensual, hasta mayo del 2015.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. 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). ... | 2 Poco     |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

179

## 1. TÍTULO

**PASEOS CARDIOSALUDABLES POR EL ARRABAL**

2. RESPONSABLE ..... ELISA AREVALO DE MIGUEL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUDO ABAD JARA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- CAMBRA SOLANS AINHOA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ LOBERA SILVIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- REIXA VIZIOSO MARIA SOL. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- CAMBRA CAMBRA ENCARNACION. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- JUAN GERMAN MARIA LUISA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La inactividad física es el 4º factor de riesgo de mortalidad más improtante en el mundo. Las recomendaciones sobre Actividad física tienen como objetivo prevenir las ENT (enfermedades no trasmisibles). Se estima que el riesgo atribuible a la Inactividad Física o sedentarismo es del 25% para ca. mama y colon, 27% para Diebtes Melllitus, 30% para la cardiopatía Isquémica. 6 de cada 10 defunciones podrían ser atribuibles a la falta de Actividad Física (AF). Se ha demostrado que la AF practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatía caronaria, ECV, DM, HTA, obesidad, ca. de colon y mama y disminuye la prevalencia de la depresión. Además parece ser un factor determinante en la rehabilitacion y prevención terciaria de enfermedades crónicas cómo el EPOC y las anteriormente citadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que se esperan conseguir es facilitar la incorporación de la AF a los hábitos y rutinas de la vida de los pacientes. Consolidar los beneficios de un ejercicio físico aeróbico regular cómo puerta de entrada a un cambio en estilos de vida sedentarios hacia un estilo de vida activo y positivo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La actividad se realizará inicialmente una vez por semana. Cada paseo será liderado por un sanitario. Inicialmente se hará una valoración sobre la capacidad funcional de los asistentes, con objeto de determinar el grado de intensidad del paseo. Se inicia la actividad con una sesión de 10 minutos de calentamiento que va seguida del paseo que durará unos 40 minutos. Por último finalizaremos la tarea con unos estiramientos suaves y consejos saludables.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Frecuentación.  
Health Assessment Questionnaire (HAQ)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Septiembre 2013, con una evaluación anual de la actividad

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. actividad fisica

OTRA PALABRA CLAVE 2. cardiosaludables

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 2 Poco     |
| 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 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

196

## 1. TÍTULO

**ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD 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.

- TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- PALLARUELO SANJUAN RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A las consultas de pediatría, normalmente saturadas, acuden demandas de padres con dudas sobre aspectos de la crianza de sus hijos. En un primer momento la lactancia, cólicos, baños, despertares nocturnos inquietan a los padres, con el tiempo la alimentación complementaria, vacunas desarrollo psicomotor pasan a ser las consultas más frecuentes. Estas demandas restan tiempo de profesional para la atención de otras consultas que sí requieren una atención personalizada. Educación a grupos se ha demostrado eficaz en múltiples estudios para conseguir integrar y mantener hábitos saludables y la promoción de la salud, ya que se contempla a la familia de manera integral dando importancia tanto a los aspectos físicos, psíquicos, emocionales, culturales y espirituales. Los grupos de iguales tienen un valor añadido muy importante al ser los propios integrantes de los mismos, desde su experiencia, quienes tienen las soluciones más adecuadas las dificultades planteadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Aunque este proyecto se planteó en 2013, no se pudo implantar y ni evaluar correctamente porque hubo varios cambios en el personal de enfermería que no permitieron una continuidad en las sesiones, las usuarias de la actividad si manifestaron verbalmente su satisfacción

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. Que las mujeres adquirieran habilidades y conocimientos de problemas que puedan ir surgiendo resolviéndolos precozmente, pudiendo así evitar abandono temprano de la lactancia materna y conseguir una lactancia exitosa hasta que madre y bebé quieran

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento que vamos a utilizar es la actividad 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 sobre todo las madres trabajadoras tengan la opción de completar un ciclo antes de su incorporación al mundo laboral. La responsables serán la matrona en los días centrados en la lactancia y las enfermeras de pediatría los días centrados en los cuidados del lactante .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de cuidadores que acuden al grupo un mínimo de 4 sesiones frente a la totalidad que inician el ciclo. Satisfacción de la actividad mediante encuesta al terminar el ciclo

**ENCUESTA SATISFACCIÓN**

Intentamos mejorar la calidad de este grupo, para ello necesitamos conocer tu opinión sobre distintos aspectos del mismo, por eso te pedimos que respondas a las siguientes preguntas y que hagas las aportaciones que te parezcan importantes para mejorarlo.

Responde en una escala de 1 al 5 donde el 5 sería muy satisfecho y 1 nada satisfecho

Muchas gracias por tu presencia en él y tu interés

1ª ¿Los temas que se han impartido te han parecido adecuados?

1            2            3            4            5

---

---

2ª ¿ El tiempo dedicado a los mismos te ha parecido adecuado?

1            2            3            4            5

---

---

3ª ¿Se han explicado con la suficiente claridad?

1            2            3            4            5

---

---

4ª ¿Las condiciones de las salas te parecen adecuadas?

1            2            3            4            5

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

196

**ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE**

5ª ¿ El horario te parece adecuado?

1            2            3            4            5

6ª ¿Crees que la informacion recibida y experiencia compartidas con otras madres te ha dado más capacidad para resolver los pequeños problemas de crianza sin la ayuda de un profesional sanitario?

1            2            3            4            5

7ª ¿Satisfacción general de la actividad ha sido?

1            2            3            4            5

8ª ¿ Añadirías algun tema a estas sesiones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio el 6 de mayo de 2014

Técnica de la lactancia materna		día 1 del ciclo
Cuidados del recién nacido		día 2 del ciclo
Manejo de los problemas en la lactancia materna	día 3 del ciclo	
Alimentación complementaria		día 4 del ciclo
Mantenimiento de la lactancia y destete	día 5 del ciclo	
Vacunación infantil		día 6 del ciclo
Sexualidad y anticoncepción		día 7 del ciclo
Accidentes y urgencias en la infancia	día 8 del ciclo	

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- 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. ....            | 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**

162

**LA SALUD FISICA, PSICOLOGICA, SOCIAL, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL****2. RESPONSABLE** ..... MARIA LUISA JUAN GERMAN

- Profesión ..... TRABAJADOR/A 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
- TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- CHECA DIEZ MARIA ANGELES. MATRONA. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La autoestima es la forma de percibirnos, pensar, sentir 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.

**NO TENGO CIFRAS NUMÉRICAS QUE CUANTIFIQUEN EN QUE MEDIDA HA MEJORADO, ESTOY ACTUALMENTE HACIENDO UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN A ESTE RESPECTO CON LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.**

**SE MANTIENE UNA REUNIÓN SEMANAL, LOS MIERCOLES DE 11 A 14 HORAS, Y LOS LUNES PRIMEROS DE MES DE 11 A 13.30H. CON EL PROFESOR DE MUSICOTERAPIA.**

**ACUDEN DIARIAMENTE UNA MEDIA DE UNAS 15 MUJERES POR SESIÓN.**

**SE FINALIZA EL PROYECTO EN JUNIO DEL 2014.**

**NO HA HABIDO PRESUPUESTO, EL GASTO GENERADO DEL PROYECTO HA SIDO CON FONDOS DE LAS MISMAS MUJERES Y LOS MIOS PROPIOS.**

**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.** Agrupar a las mujeres de 40 a 70 años pertenecientes al Sector, e implicarles en una serie de actividades que van a influenciar 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 dinámica de grupo. Desarrolla técnicas para el empowerment de las pacientes y potenciación de su autonomía.

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

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

Talleres de Minfunnes.

Médicos de Familia:

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

Realiza sesiones de nutrición y homeopatía.

Otros profesionales: Se cuenta con la colaboración de otros profesionales en las sesiones de mindfulness, reflexología, numerología, psicología positiva, terapia grupal gestalt 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 2012-2013 se programó:

Visita al paraninfo, exposición de fotografía "Centelles"; Museo de cerámica de Zaragoza, museo de etnología de Zaragoza; visita a una empresa de Teleasistencia.

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.

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.

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

162

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

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 31 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el curso escolar de octubre del 2013 a 31 junio de 2014.

Actividades previstas:

Musicoterapia y Coaching

Arteterapia

Relajación profunda

Mínfunnes

Numerología

Sesiones de psicología positiva.

Taller de alegría.

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; ya sea en forma de taller puntual y todos como captadores de las pacientes. 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. Empoderamiento

OTRA PALABRA CLAVE 2. Responsabilidad

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). ...	4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ....	3 Bastante

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

295

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

2. RESPONSABLE ..... ROSA MAGALLON BOTAYA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUDO LANAS JARA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- CAMBRA SOLANS AHINOVA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ LOBERA SILVIA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- GONZALO CISNEROS AMELIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- LAX CACHO ANA ESMERALDA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 polimedicación 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 polimedificados 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 la 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 Polimedicado 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. Este proyecto se presentó el año pasado sin que pudieramos llevarlo a cabo por motivos de organización y de algunos integrantes del equipo de mejora.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La implantación de una consulta de Atención al paciente polimedicado puede disminuir el índice de polimedicación, 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. Se creará una consulta de Atención al Polimedicado 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 polimedicación 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

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

295

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

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 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. 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. 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

**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. polimedicados

OTRA PALABRA CLAVE 2. cronicos

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

136

**MEJORAR LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES VALLES PINTO

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS SANTA ISABEL
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ DE MIGUEL ENCARNA. MATRONA. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- JIMENO SIERRA BLANCA. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA. PEDIATRA. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- MARIN GRACIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- PARRILLA BENEDICTO CARMEN. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- CONCHA LA TORRE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar tasas de lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Santa Isabel.

Después de hacer un seguimiento y valoración de la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del recién nacido en el centro de Salud Santa Isabel durante el periodo, enero 2010 a diciembre 2012 (proyecto de calidad), los resultados obtenidos nos animan a realizar mejoras para intentar aumentar estas tasas de lactancia materna exclusiva.

Estamos seguros que mejoraremos las tasas de lactancia materna exclusiva si involucramos a todos los profesionales del centro en esta tarea, por eso planteamos iniciar el proceso de registro de nuestro centro como centro de salud IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y lactancia).

Este registro incluye una serie de fases y seguir unos pasos para conseguir la acreditación oficial.

El objetivo de este proyecto es conseguir la primera fase, fase 1D y seguir los 7 pasos obligatorios.

1. Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
4. Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 hs. tras el alta hospitalaria.
5. Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.
7. Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La duración media de Lactancia Materna Exclusiva durante el primer año de vida es de 2,5 meses.

Año 2010: 2,75 meses.  
Año 2011: 2,64 meses.  
Año 2012: 2,52 meses.

La duración media de Lactancia Mixta durante el primer año de vida es de 5,1 meses.

Año 2010: 5,58 meses.  
Año 2011: 5,48 meses.  
Año 2012: 5,37 meses.

Las tasas de lactancia materna total (exclusiva y mixta) al nacimiento son de 86,3%.

Año 2010: 85%.  
Año 2011: 86,2%.  
Año 2012: 87,9%.

Las tasas de lactancia materna total(exclusiva y mixta) al mes de vida del recién nacido son de 74%.

Año 2010: 75%.  
Año 2011: 71,3%.  
Año 2012: 75,8%.

Las tasas de lactancia materna total (exclusiva y mixta) a los 6 meses de vida del recién nacido son de 40,7%.

Año 2010: 38,4%.  
Año 2011: 41%.  
Año 2012: 41,8%.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

136

**MEJORAR LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL**

Las tasas de lactancia materna total (exclusiva y mixta) al año de vida del recién nacido son de 14,2%.

Año 2010: 16,1%.  
Año 2011: 11,3%.  
Año 2012: 15,4%.

La asistencia al grupo de crianza ha sido de 18%.

Año 2010: 21,2%.  
Año 2011: 14,4%.  
Año 2012: 15,9%.

La asistencia al grupo de preparación al parto ha sido de 63%.

Año 2010: 64,2%.  
Año 2011: 53,8%.  
Año 2012: 68,7%.

1. Las tasas de lactancia materna total al nacimiento, al mes y a los seis meses han mejorado desde el año 2010 al 2012.
2. La mejoría de las tasas de lactancia materna total al nacimiento lo relacionamos con la mayor asistencia al grupo de preparación al parto.
3. La mejoría de las tasas de lactancia materna total a los seis meses de vida las relacionamos con la asistencia al grupo de crianza.
4. La asistencia al grupo de crianza ha mejorado del año 2011; 14,4% al año 2012 con un 15,9% de asistencia.
- 3) Nivel de ejecución del proyecto
4. Deseamos darle continuidad al proyecto (2013).
5. Para impulsar este proyecto y mejorar las tasas de lactancia materna en nuestro centro se han iniciado una serie de sesiones informativas para buscar apoyo y colaboración de todos los profesionales de salud en el mantenimiento y promoción de la lactancia materna.
6. La primera sesión ha tenido lugar el día 23/1/2014 con el título, Lactancia materna e IHAN, a cargo de nuestra matrona Encarna Sanz, la implicación de los profesionales ha sido favorable.
7. En esta sesión también se informó de la importancia de la difusión por parte de todos los profesionales del grupo de crianza, ya que en el proyecto hemos visto que es el factor que más condiciona la duración de la lactancia materna.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de las tasas de lactancia materna exclusiva a los seis y doce meses de vida del recién nacido.  
Aceptación del centro de salud en la primera fase IHAN.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se plantean las siguientes actividades:
- Sesiones informativas sobre el proceso IHAN.
  - Sesiones clínicas sobre temas relacionados con lactancia materna y recién nacido.
  - Formación de todo el personal del centro de salud sobre lactancia materna y primeras horas de vida del recién nacido.
  - Revisar el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.
  - Realizar encuesta para conocer el nivel de conocimientos del personal sobre lactancia materna.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluar las tasas de lactancia materna al mes, a los seis meses y al año de vida del recién nacido.  
Evaluar implicación profesionales.  
Aceptación de la acreditación de la primera fase IHAN.  
. .

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Abril 2014- Abril 2015.
2. Abril: 2ª sesión clínica e informativa : Actualización manejo mastitis. Reparto código de sucedáneos de leche materna.
  3. Junio: 3ª sesión clínica e informativa: Primeras horas de vida del recién nacido. Encuesta a los profesionales que acudan
  4. Octubre-Noviembre: 4ª sesión a determinar.
  5. Diciembre: Evaluación de datos recogidos.
  6. Abril 2015: Evaluación de resultados.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

136

**MEJORAR LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL**

## 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

433

**ACTUALIZACION DEL VIDEO PRESENTACION DEL E.A.P. VILLAMAYOR Y SU INCLUSIÓN EN NUESTRO WEBLOG**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· TORNE BLASCO CARMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. A.P.  
· MONTERO MARTINEZ LUIS. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. A.P.  
· HEREZA ENCONTRA JAVIER. PEDIATRA. CS VILLAMAYOR. PEDIATRIA A.P.  
· ASENSIO CASORRAN INMACULADA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. A.P.  
· FIGUERAS ARA CARMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA  
· BENAVIDES MORAZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA  
· QUILES PAESA LUZ. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras los diferentes concursos de traslados, se han producido y se producirán en los próximos meses, varios cambios entre los integrantes de nuestro equipo. A ello se añade las mejoras en los accesos realizadas por el Ayuntamiento de Villamayor, por lo que el vídeo que presenta a nuestro equipo en el blog creado para nuestros pacientes ha quedado desfasado. Por parte de los servicios informáticos nos recomiendan la utilización de distintos programas de vídeo para mejorar la calidad del mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El vídeo actual incluye una presentación del equipo de personas, recursos y servicios, que el Servicio Aragonés de Salud, pone a disposición de los señores pacientes y usuarios de nuestra zona básica de salud: Centro de Salud Villamayor, Consultorios de Perdiguera, Lecifiña, Farlete y Monegrillo. Fue incluido en el blog "CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR" como una herramienta más de comunicación. El blog cuenta con más de 10.000 visitas y el vídeo figura como entrada principal del mismo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Presentación actualizada de los miembros del equipo y nuestras instalaciones, nociones básicas sobre nuestros servicios, trámites administrativos, etc, todo ello dirigido al fomento y accesibilidad de los servicios asistenciales, favoreciendo la autonomía de nuestros pacientes/usuarios y, la responsabilidad y concienciación de todos sobre nuestros servicios sanitarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras la incorporación de los nuevos miembros del equipo, de cara a otoño de este año, los miembros del equipo serán responsables de recopilar el material fotográfico e información pertinente, para la elaboración del nuevo vídeo.  
Para su realización se ha solicitado información técnica al departamento de informática de nuestra dirección de atención primaria, sector I, quienes proponen la elección de uno de los siguientes programas:

-DVD Slideshow GUI Enlace: <http://download.videohelp.com/tin2tin>

-PhotoStage Enlace: <http://www.nchsoftware.com/slideshow/es/index.html?> El programa es gratuito para usos no comerciales.

-Viscom SlideShow Creator Enlace: <http://www.viscomsoft.com/products/slideshowcreator/index.html>

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Actualmente el propio blog cuenta con un contador de visitas general y uno específico para cada entrada, en este caso la correspondiente al vídeo de presentación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: Septiembre /Octubre 2014  
FINALIZACION: Enero / Febrero 2015

Septiembre /Octubre 2014: recopilación de fotografías, información, reunión equipo y elección de programa.

Noviembre /Diciembre 2014 : inicio del montaje.

Enero/Febrero 2015: reunión del equipo para visto bueno e inclusión en el blog Centro de Salud Villamayor.

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. responsabilidad y concienciación servicios sanitarios

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. .... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 433

1. TÍTULO

**ACTUALIZACION DEL VIDEO PRESENTACION DEL E.A.P. VILLAMAYOR Y SU INCLUSIÓN EN NUESTRO WEBLOG**

- 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

434

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCION FARMACOTERAPEUTICA EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN CS PICARRAL CON UNA CORRECTA APLICACION DEL 'PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO' ELABORADO POR EL SALUD 2012**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GRACIA MOLINA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CASTILLO LUEÑA CONCEPCION. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL).
  - ASIN MARTIN VICTORIA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL).
  - ALFONSO CORTES ISABEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL).
  - GARCIA CABANES GLORIA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL).
  - MATUD AZNAR TERESA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL).
  - LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 1.
  - GARCIA DOMINGUEZ SUSANA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los ancianos son una población especialmente sensible a la polimedicación. Las consecuencias clínicas negativas más destacadas de la polimedicación son mayor riesgo de medicación inadecuada, mayor riesgo de reacciones adversas, mayor riesgo de interacciones, disminución de la adherencia terapéutica, y aumento de errores de medicación. En ocasiones reconocidas como factor de riesgo de hospitalización y mortalidad en ancianos

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 medida para mejorar la seguridad, la adherencia terapéutica, la efectividad y la eficiencia de la terapia farmacológica.

Se considera paciente anciano polimedicado al que tiene prescritos más de 5 fármacos, mayor de 75 años.

En el Acuerdo de Gestión de 2013 se incluye por primera vez dos indicadores asistenciales clave de Atención Primaria que evalúan la implantación de este programa, obtenidos a partir de los registros de OMI:

1-Pacientes ancianos polimedificados con valoración de la adherencia al tratamiento como "mala adherencia", a los que se ha activado el plan de cuidados estandarizado de "gestión ineficaz de la salud"(%).

2-Pacientes ancianos polimedificados en los que se ha realizado revisión clínica de la medicación.(%).

En la evaluación de resultados del año 2013 el EAP Picarral obtiene los resultados obtenidos en C.S PICARRAL han estado por debajo de las expectativas, por lo que nos planteamos mejorar dichos resultados durante el año 2014.

Hemos analizados los resultados de dichos indicadores.

-Sobre todo el indicador 2, el % ha estado muy por debajo de lo esperado, existiendo diferencias importantes entre los diferentes profesionales.

-Entre las posibles causas se consideran prioritarias:

-Registro inadecuado. Aún habiéndose realizado la revisión del anciano polimedicado no se ha registrado correctamente.

-Falta de coordinación entre medicina y enfermería al hacer la revisión. Derivación no realizada correctamente desde los dos estamentos.

-Difusión insuficiente del programa del anciano polimedicado.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera:

- Mejorar la implicación de los profesionales sanitarios del centro en la implantación del programa y mejorar con ello los resultados obtenidos en la evaluación del acuerdo de gestión 2013:

-Mejorar la utilización de los fármacos y por tanto mejorar la calidad de vida del paciente anciano polimedicado.

-Promover la prescripción prudente de medicamentos.

-Conocer y utilizar adecuadamente "el programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado."

-Registro correcto de las actividades realizadas.

-Mejorar resultados de los indicadores.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reunión informativa con farmacéutica de AP del sector: Revisan del programa del paciente polimedicado.

-Establecer un sistema adecuado de derivación bidireccional entre enfermería y medicina. Se elaborará por el equipo de mejora, que será el encargado de difundirlo en el centro.

-Sesiones formativas bimensuales al equipo sobre temas relacionados con anciano polimedicado, llevadas a cabo por los componentes del equipo de mejora.

-Revisión del sistema de registro en OMI. Detectar posibles fallos.

- Solicitar a dirección de atención primaria el listado de pacientes ancianos polimedificados.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de sesiones realizadas

- Número medio de asistentes a las sesiones

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

434

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCION FARMACOTERAPEUTICA EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN CS PICARRAL CON UNA CORRECTA APLICACION DEL 'PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO' ELABORADO POR EL SALUD 2012**

- Indicadores utilizados en el acuerdo de Gestión 2013-2014 que recogen las actividades realizadas en el anciano polimedicado:

- 1-Pacientes ancianos polimedificados con valoración de la adherencia al tratamiento como "mala adherencia", a los que se ha activado el plan de cuidados estandarizado de "gestión ineficaz de la salud"(%).
- 2-Pacientes ancianos polimedificados en los que se ha realizado revisión clínica de la medicación.(%).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. nicio 1 de FEBRERO 2014.  
Final 31 MARZO 2015

FEBRERO 2014.

Formación del equipo de mejora.1ª REUNIÓN.  
Reunión con farmacéutica de AP del sector con enfermería y medicina. Revisión del programa paciente polimedicado.

MARZO 2014.

Elaboración del proyecto de mejora.  
Análisis de los resultados de los indicadores dela acuerdo de gestión 2013

ABRIL 2014.

Solicitud a dirección de los listados de los pacientes ancianos polimedificados.

MAYO 2014

Realización de un algoritmo de derivación entre enfermería y medicina paciente polimedicado y posterior difusión en el equipo.

Sesión formativa al equipo.

JUNIO 2014.

Reunión equipo de mejora. Seguimiento.

JULIO 2014.

Sesión formativa al equipo.  
Solicitud a dirección de los listados de los pacientes ancianos polimedificados.  
Solicitud a dirección de resultados de los indicadores.

AGOSTO 2014

Reunión equipo de mejora. Seguimiento.

SEPTIEMBRE 2014

Sesión formativa al equipo.  
Información al equipo de resultados de los indicadores.

OCTUBRE 2014

Reunión equipo de mejora. Seguimiento.

NOVIEMBRE 2014

Sesión formativa al equipo.

DICIEMBRE 2014

Reunión equipo de mejora. Seguimiento.

ENERO 2015.

Reunión equipo de mejora. Seguimiento.  
Solicitud a dirección del resultados de los indicadores 2014.

FEBRERO 2015.

Evaluación de resultados.

MARZO 2015:

INFORME DE RESULTADOS AL EQUIPO

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. Polimedificados (en tratamiento con más de 5 fármacos)

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACOTERAPEUTICA EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN CS PICARRAL CON UNA CORRECTA APLICACION DEL 'PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO' ELABORADO POR EL SALUD 2012

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. ....             | 3 Bastante |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

## 1. TÍTULO

**EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DEL TRATAMIENTO CON INFUSOR SUBCUTANEO CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN EL SECTOR I**

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.  
· GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· GARCIA GARCIA BLANCA. 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  
· LOPEZ ALCUTEN EVA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento de la diabetes con múltiples dosis de insulina (MDI) y con los análogos de insulina lentos y rápidos que disponemos en la actualidad podemos aproximarnos en buena parte a la secreción fisiológica de insulina por el páncreas tanto en situación basal como postprandial. Aunque los objetivos del tratamiento intensivo pueden ser alcanzados con MDI en la mayoría de los pacientes, en otras ocasiones no llegan a conseguirse, y la terapia con infusor subcutáneo continuo de insulina (ISCI) puede ser una buena alternativa terapéutica. La finalidad de la terapia con ISCI es proporcionar un aporte exacto, continuo y controlado de insulina, y en pulsos que pueden ser regulados por el usuario para cumplir sus objetivos de control glucémico. Esta terapia exige mucha responsabilidad, disciplina, entrenamiento, educación y dedicación. También una formación específica de esta tecnología por parte del equipo que atiende al paciente y la existencia de un manual de funcionamiento consensuado en este tratamiento.

En los últimos años se han publicado diversos metaanálisis en los que las conclusiones son similares: " El tratamiento con ISCI es mas eficaz, consigue una disminución de la HbA1c (0'5-0'6%) con menor frecuencia de hipoglucemias y cetoacidosis y un menor requerimiento de insulina. Los pacientes expresan una mejoría de la calidad de vida comparada con la conseguida con múltiples dosis de insulina (MDI)".

En el Sector I hasta el 2013 todos los pacientes que eran candidatos para tratamiento con ISCI, eran derivados al Hospital Miguel Servet, los endocrinos y educadoras tenían que hacer una valoración del paciente, lo que contribuía a un aumento del número de consultas y de tiempo hasta la implantación del infusor, tanto para el equipo médico, como para el paciente.

Se solicitó la acreditación para la implantación de ISCI en el Sector I y nos fue concedida esta prestación en septiembre del 2013.

Desde entonces hemos realizado diferentes actividades formativas individuales y dos actividades formativas para toda la Sección de Endocrinología y Nutrición.

Se ha elaborado un manual de funcionamiento del tratamiento con ISCI, consensuado por toda la Sección. Se realizará una evaluación de la implantación de este protocolo en el Sector I.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el control glucémico de los pacientes con diabetes que no consiguen un adecuado control con el tratamiento de múltiples dosis de insulina.

-Mejorar los recursos sanitarios al realizar la implantación de ISCI, el mismo equipo que controla y realiza el seguimiento habitual del paciente.

-Mejorar la accesibilidad, continuidad asistencial y satisfacción del paciente que se le implanta el ISCI, dado que será en su Sector y por el equipo médico que lo atiende periódicamente donde se le va a realizar este tratamiento.

-Mejorar la satisfacción y expectativa de los profesionales dado que amplían su actividad asistencial en el uso de las nuevas tecnologías en el tratamiento de la diabetes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El circuito que se establece para el inicio y el seguimiento de pacientes a los que se les implanta un ISCI es el siguiente:

- El médico que valora un paciente candidato a ISCI, reenviará al paciente para una evaluación inicial de educación diabetológica pre-implantación de ISCI (programa específico en manual de funcionamiento).

-Si cumplimiento óptimo del programa educativo. Se indicará la ISCI.

-Se remitirá informe a la Comisión de Evaluación de ISCI.

-Hasta la aprobación de ISCI, se continuará con programa formativo y de optimización del control glucémico (programa específico) .

-Una vez es aprobado el tratamiento con ISCI, se realizará programa de inicio de ISCI.

-El primer día de formación en ISCI, se le dará al paciente el infusor (será 15-30 días antes de su implantación).

-Si existen pacientes con características homogéneas a los que se les va a implantar el infusor, se pueden citar a 3-4 pacientes el mismo día para esta primera sesión informativa.

-En la 5 o 6ª sesión formativa, los responsables (2 endocrinos de la Sección) de ISCI les pautará las pautas basales y bolus en función de las características del pacientes, la dosis de insulina que el paciente se esté poniendo y los controles de glucemia que aportará.

-El día de la implantación de la ISCI estará el endocrino y educadora. Se seguirá el protocolo que se especifica en el apartado de educación terapéutica del manual de funcionamiento. El tiempo de estas consulta

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

**EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DEL TRATAMIENTO CON INFUSOR SUBCUTANEO CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN EL SECTOR I**

será de 45-60 minutos por paciente.

-Todos los pacientes deberán firmar el documento de cesión y condiciones del uso de la bomba.

-Se rellenará la hoja de inicio de ISCI y el registro de ISCI.

-El paciente deberá acudir a las revisiones periódicas establecidas, según se establece en el protocolo.

-Se le aportará al paciente, los teléfonos de contacto, las pautas de desconexión y de actuación en descompensaciones agudas, el informe para la realización de viajes y la pauta de tratamiento y pauta alternativa.

-El paciente deberá acudir a las revisiones establecidas que serán: revisión semanal durante el primer mes; revisión mensual durante los primeros 6 meses; revisiones trimestrales cuando paciente esté estable. Las revisiones de ISCI se harán siempre que sea posible con la educadora y el endocrino. Las revisiones tendrán un tiempo de 25-30 minutos por paciente.

-A los dos meses de implantación de ISCI se realizará una HbA1C.

-En cada visita se le entregará actualizado al paciente por escrito la pauta basal y de bolus, así como la pauta alternativa

-Cada 2-3 meses se solicitará el material fungible, a través de suministros del CME Grande Covían, rellenando previamente la hoja de petición.

-Si se trata de un paciente que no ha acudido a la cita en dos revisiones sucesivas y no tiene visita programada en los 2-3 meses siguientes, se notificará ( por correo y/o teléfono) la próxima baja en el circuito de bombas. Si el paciente desea continuar activo se citará en consulta médica del responsable/s de ISCI que considerará la necesidad de continuar con este tratamiento y del reciclaje educativo.

-Al año de iniciar el tratamiento con ISCI se realizará un reciclaje educativo.

-Siempre que el paciente abandone el tratamiento, se indicará que entregue la bomba y el material sobrante a la educadora/enfermera del CME Grande Covían, se comunicará la baja al responsable/s de ISCI y se constará en el registro de ISCI.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de cobertura:**

Proporción de pacientes incluidos en el programa

Nº de pacientes remitidos/Nº de pacientes en el programa.

Tasa de abandono del programa

(Nº de pacientes que han abandonado el Programa en un año/Nº de pacientes incluidos en el programa) x100

Indicadores del proceso

Cumplimiento de visitas programadas

Indicadores de detección y seguimiento de complicaciones anuales

Hipoglucemias

Cetoacidosis

Indicadores de control

Número de pacientes con mejoría de control metabólico tras BICI

Indicadores de calidad de vida (6 meses y al año): Test validado de calidad de vida. Se realizarán 8 preguntas con una puntuación de 0-6.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde marzo 2014 a julio 2015.**

- Realización de Hb Alc a los dos meses de implantación de ISCI. Posteriormente en las visitas de seguimiento (tiempo superior a 2-3 meses).

- Registro de las visitas programadas.

- Recoger las complicaciones derivadas de el ISCI (hipoglucemias, cetoacidosis, complicaciones técnicas).

- Se les pasará a los pacientes con ISCI un test de satisfacción a los 6-12 meses de su implantación.

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. Diabéticos

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

114

**HACIA LA CERTIFICACION DEL SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS DE C.MARIAE. GRANDE COVIAN**

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.  
· VALDEZATE GONZALEZ MARIANO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· ASCASO VILLAGRASA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· TENA TOMAS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· RAMOS D'ANGELO FERNANDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro Servicio de Documentación y Archivos de C.M.E. Grande Covián hemos realizado protocolos de trabajo.

La Responsable de calidad del Servicio se ha puesto en contacto con el Coordinador de Calidad del Hospital Royo Villanova y están trabajando para preparar una certificación del Servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CERTIFICACIÓN DEL SERVICIO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Vamos a revisar los protocolos que tenemos hechos, los actualizaremos el grupo de mejora y crearemos los necesarios.

El Coordinador, Fernando Ramos, nos ayudará en los documentos que necesitamos para conseguirlo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % protocolos revisados y aprobados.

% protocolos creados y aprobados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio es inmediato y la finalización será en 2015.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. 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. ....            | 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. ....             | 3 Bastante |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

405

## 1. TÍTULO

**ABORDAJE Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DURANTE LA HOSPITALIZACION**

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION CAMPOS SANZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- MENDOZA DILOY ABRAHAM. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- CANOVAS PAREJA CARMEN. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- VIZAN IDOIBE TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- MORENO GONZALEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ENFERMERA DE VALORACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA CALIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES AGUDOS CON ICTUS ES PRIORITARIA PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES QUE CONLLEVA UNA PATOLOGIA GENERADORA DE GRAN DEPENDENCIA COMO ES ESTA. EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA SE ESTA ABORDANDO DESDE DIFERENTES AMBITOS PROFESIONALES A ESTOS PACIENTES, PERO NO DE MANERA INTEGRADA Y COORDINADA POR LOS MISMOS.

POR ELLO NECESITAMOS DISPONER DE UNA GUIA QUE NOS PERMITA DESARROLLAR LA PRACTICA DE LOS CUIDADOS DE FORMA CONSENSUADA. DE ESTE MODO SE MINIMIZARIAN LAS COMPLICACIONES QUE CONLLEVA ESTA PATOLOGIA ASI COMO SE ACELERARIA EL PROCESO DE RECUPERACION FUNCIONAL REDUCIENDO POSIBLEMENTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ESTABLECER LAS LINEAS DE TRABAJO ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCION AL PACIENTE AGUDO CON ICTUS. ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UNA GUIA SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE AGUDO CON ICTUS. FOMENTAR LA FORMACION Y PARTICIPACION DEL PERSONAL SANITARIO EN LA CORRECTA REALIZACION DE LAS PAUTAS DE CUIDADOS FOMENTAR LA EDUCACION SANITARIA E IMPLICACION DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO PROPORCIONAR CUIDADOS DE CALIDAD Y AUMENTAR LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES ASI COMO DEL PERSONAL SANITARIO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CREAR EL GRUPO DE TRABAJO DE PROFESIONALES PARA LA REALIZACION Y DESARROLLO DE LA VIA CLINICA.

DEFINIR Y UNIFICAR LA INFORMACION ESCRITA QUE SE VA A TRASMITIR AL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO Y AL CUIDADOR. REALIZACION DE CHARLAS PERIODICAS DE FORMACION EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS AL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO.

SESIONES INFORMATIVAS Y DE APOYO A LOS CUIDADORES DEL PACIENTE CON ICTUS AL INICIO Y DURANTE EL PROCESO. REVISION Y SEGUIMIENTO DE LA CORRECTA APLICACION DE LOS CUIDADOS DURANTE LA HOSPITALIZACION.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE PROFESIONALES FORMADOS / N° DE PROFESIONALES SUSCEPTIBLES DE SER FORMADOS \* 100

N° DE FAMILIAS FORMADAS/ N° DE FAMILIAS SUSCEPTIBLES DE SER FORMADAS \* 100

N° PACIENTES A LOS QUE SE LES HA APLICADO LA GUIA / N° DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE LA APLICACION DE LA GUIA \* 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA INICIO MAYO 2014

FECHA FINAL ABRIL 2015

PRIMER TRIMESTRE: ELABORACION DE LA GUIA Y ESTABLECER LINEAS DE ACTUACION

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE: IMPLANTACION Y DIFUSION DE LA GUIA

CUARTO TRIMESTRE: EVALUACION DE LA GUIA

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. ACV / AIT

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. ....                       | 1 Nada  |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

195

## 1. TÍTULO

**FORMACIÓN AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA**

## 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.

- HERRERA BOZZO CAROLINA. MIR 4°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- NAVARRO CIRUGUEDA MARCELINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- DEZA PEREZ CARMEN. MIR 1°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- FERRANDO LACARTE IGNACIO. MIR 1°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA. MIR 1°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfagia es un síndrome muy común en nuestro medio en pacientes de gran fragilidad, asociado con frecuencia a graves complicaciones nutricionales (1) y elevada prevalencia de broncoaspiración y neumonías aspirativas (2)  
En nuestro servicio de Geriatria hemos realizado en los últimos años diversos estudios en relación con este tema.

## Estudios preliminares:

I) En el año 2012 realizamos un estudio descriptivo prospectivo para conocer la prevalencia de este proceso en nuestros pacientes hospitalizados. Durante dos meses se analizaron 121 pacientes con una edad media de 87 años y predominio de mujeres (72%). 41% vivían en residencia. Presentaban el antecedente de disfagia al ingreso el 39.7%. Según el test EAT-10 (Eating Assessment Tool), el 58.7% de los pacientes cumplían criterios de disfagia y según MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad) un 43% (en un 14.8% no se pudo realizar por gravedad del paciente con bajo nivel de conciencia). Tenían desnutrición según el Mini MNA el 53%, albúmina < 2,5 mg/dl el 10.1% de los pacientes.

Los pacientes con disfagia fueron más longevos, tuvieron mayor comorbilidad (Charlson) y dependencia funcional global severa (Barthel menor de 20), y en la ingesta ( $p < 0,001$ ). Tuvieron mayor prevalencia de desnutrición según Mini-MNA y de riesgo de desnutrición ( $p < 0,001$ ). El motivo de ingreso fue con mayor frecuencia la infección respiratoria y la deshidratación ( $p < 0,001$ ). Existió una elevada prevalencia de antecedente de infección respiratoria de repetición y de broncoaspiración durante el ingreso ( $p < 0,001$ ). Como factores de riesgo significativos de disfagia encontramos la demencia, accidente cerebro vascular (ACV) previo, el cáncer y el uso de neurolépticos y antidepresivos diurnos. No se encontraron diferencias entre sexos, lugar de procedencia, ni prevalencia de mortalidad hospitalaria.

II) En el año 2013 dada la importancia de este tema nos planteamos otros estudio con varios objetivos: Identificar a los pacientes con antecedentes de disfagia o con sospecha durante la hospitalización. Evaluar el conocimiento que tienen sus cuidadores sobre el manejo del paciente con disfagia (si conoce los cuidados del paciente con disfagia y si lo realiza correctamente). Elaboración de un protocolo de mejora para el manejo integral de esta patología. Fueron estudiados una muestra de 58 pacientes, 55.2% mujeres, edad media de 87. Viven en residencia 63.8%. Barthel < 20: 79.3%, Pfeiffer > 3: 82.8%, Charlson medio: 6. Reingresos: 75.9%. Albúmina media: 3,2. Tenían disfagia previa un 67% (51,7% la presentaba hace más de un año) y 31% disfagia en el hospital. La causa principal de disfagia: enfermedad neurológica 79.3%. Tuvieron broncoaspiración previa un 20.7%. El 55,2% de los cuidadores habían recibido información previa sobre disfagia en un hospital, 21% en residencia y un 14% por el EAP: el 87.9% conocía/utilizaba espesantes y 94.8% conoce medidas posturales. En las habitaciones en el 100% hay carteles informativos sobre disfagia. Durante el ingreso el 60.3 % de los cuidadores prepara líquidos con espesantes bien hechos. El 52% utiliza pajitas o jeringas. En un 50% dedica un tiempo suficiente, el 48.3% utiliza una postura correcta, el 70.7% da una cantidad adecuada. Broncoaspiración conocida en el hospital: 3%. Mortalidad durante hospitalización 12.1%.

Establecimos las siguientes conclusiones: El paciente con disfagia presenta importante comorbilidad, dependencia severa y alta mortalidad hospitalaria. El cuidador principal a pesar de conocer las medidas para el manejo de la disfagia no siempre las realiza correctamente. En ese sentido es necesario establecer una línea de mejora de la calidad de la información transmitida a los cuidadores.

Hemos constatado una elevada prevalencia de disfagia en nuestro entorno en relación a una población con elevada comorbilidad neurológica como demencia o ACV y dependencia funcional severa como se constata en otras publicaciones (5,6,7). El elevado porcentaje de pacientes no diagnosticados previamente, a pesar de haber presentado en algunos casos complicaciones graves, obliga a mejorar los protocolos de detección de este proceso, utilizando instrumentos de cribado sencillos, exploraciones clínicas orientadas y comprobación mediante el método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V) que nos permite elaborar recomendaciones concretas respecto al volumen y la textura del alimento a administrar. La valoración del nivel de conciencia, la evaluación periódica de la necesidad de psicofármacos, la limpieza bucal y los cuidados posturales en la ingesta, serán fundamentales en la prevención de la broncoaspiración.

En nuestro servicio en los últimos años se está trabajando en el manejo de este síndrome a nivel hospitalario mediante la creación de las dietas disfagia (8), la elaboración de carteles informativos colocados en la cabecera del enfermo y la organización de cursos en el sector para la formación del personal. En los últimos años en nuestro medio, en situaciones de disfagia severa donde la vía oral se desestima, ha disminuido la utilización de sondas nasogástricas, salvo en fase aguda del ictus, utilizándose con mayor frecuencia la

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

195

**FORMACIÓN AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA**

alimentación por sonda de gastrostomía percutánea (9), si el paciente no cumple criterios de terminalidad. En nuestro entorno, sin embargo, hemos comprobado la dificultad que tienen los cuidadores de los pacientes, también en ocasiones muy frágiles, para entender unas recomendaciones adecuadas, por lo que creemos se deben realizar diversas estrategias de mejora.

**Bibliografía:**

1. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Cray M. Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Ageing*. 2012;7:287-98.
2. Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, Sar-Shalom D, Saiz A, Montoya JG, Navajas M, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing*. 2012;27:313-20.
3. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008 Dec; 117(12):919-24.
4. Clavé P, Arreola V, Velasco N, Quer M, Castellvi JM, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp*. 2007;82:62-76
5. Ferrero Lopez M, Garcia Gollarte JF, Botella Trelis J, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp de Geriatr Gerontol*. 2012; 47(4):143-7.
6. Easterling C, Robbins E. Dementia and dysphagia. *Geriatric Nursing*. 2008;29:275-85.
7. Martino R, Martin RE, Black S. Dysphagia after stroke and its management. *CMAJ*. 2012 Jul 10; 184(10):1127-8.
8. Garmendia Merino G, Gómez Canela C, Ferrero López MI. Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Barcelona: Ed Glosa 2007
9. Cervo FA, Bryan L, Farber S. To PEG or not to PEG: a review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics*. 2006;61:30-5.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras los estudios preliminares nuestro Proyecto de Calidad quiere mejorar la calidad de la información que se da al cuidador del paciente con disfagia, en la mejora de su formación en esta patología que redunde en su mejor cuidado y en la disminución de sus complicaciones en seguridad y eficacia nutricional asociadas a la presencia de este proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. I) Creación de un Equipo interdisciplinar interesado en la mejora del manejo de esta patología formado por: supervisora enfermería, enfermera de enlace, terapeuta ocupacional, médico facultativo del servicio y MIR de geriatría.

II) Difusión de los Resultados de los estudios preliminares a todo personal que trabaja en el servicio de geriatría médicos, enfermeros y auxiliares mediante sesiones informativas (realizadas por MIR de geriatría).

III) Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado en el campo de la disfagia (enfermería, auxiliares).

IV) Elaboración de estrategias de mejora en la información y formación del cuidador principal del paciente con disfagia que ingresa en nuestro servicio. Elaboración de un tríptico folleto guía informativa sobre la enfermedad para entregar al cuidador.

v) Acompañamiento durante el ingreso en la propia habitación del cuidador durante las ingestas para reforzar pautas dadas en el folleto informativo y resolución de dudas.

V) Valoración al final del año 2014 de la eficacia de las medidas tomadas realizando un estudio comparativo con los resultados en 2013.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes con disfagia que presentan un episodio de broncoaspiración durante el ingreso/pacientes con disfagia hospitalizados X100

Número de pacientes con disfagia con cuidadores que utilizan correctamente espesantes/pacientes con disfagia incluidos en el estudio X100

Número de pacientes con disfagia con cuidadores utilizan una correcta postura/pacientes con disfagia incluidos en el estudio X100

Número de pacientes con disfagia con cuidadores que utilizan pajitas o jeringas/pacientes con disfagia incluidos en el estudio X100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. I) Marzo-junio 2014: Creación equipo interdisciplinar. Reuniones elaboración estrategias de mejora. Sesiones divulgación de resultados estudios previos.

II) Septiembre-noviembre: Puesta en marcha estrategias de mejora. Sesiones formación del personal. Impresión Guía-folleto para cuidadores.

III) Diciembre 2013: Estudio evaluación de resultados.

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

195

### FORMACIÓN AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA

#### POBLACIÓN DIANA

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

#### INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. anciano disfagia cuidador

#### 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). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 Bastante |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

277

## 1. TÍTULO

**PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ACUFENOS E HIPERACUSIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I**

## 2. RESPONSABLE ..... AMPARO CASTELLOTE ARMERO

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
- EL-UALI ABEIDA MAHFOUD. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entre un 5-10% de los pacientes con acúfenos experimentan por su presencia una importante interferencia con sus actividades de la vida cotidiana.

Estos pacientes requieren una evaluación detallada y compleja que no puede ser realizada en una consulta otorrinolaringológica habitual.

Por otra parte, su tratamiento es complejo, y requiere de intervenciones interdisciplinarias; tratamiento cognitivo y conductual, farmacológico y protésico que debe ser individualizado en cada paciente.

Se propone como iniciativa de mejora de calidad, la creación de una consulta monográfica para la atención a los pacientes con acúfeno.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Puesta en marcha de la consulta monográfica de acúfenos para pacientes con esta patología que sufren problemas significativos para la vida del paciente.

Mejorar la evaluación de los pacientes con acúfeno severo.

Mejora en el resultado del tratamiento de los pacientes con acúfenos.

Reducir las visitas sucesivas por esa causa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer los criterios de selección de pacientes de se remiten a la consultas monográfica de acúfenos e hiperacusia.

Creación de una agenda de citas diferenciada para esta consulta monográfica.

Diseñar el protocolo/los protocolos de evaluación del paciente.

Realización inicialmente mensual de una consulta monográfica sobre acúfenos.

Creación de un sistema de registro de datos de los pacientes con acúfenos-problema.

Creación de un protocolo de tratamiento de los pacientes con acúfeno.

Presentación periódica de casos y de resultado al resto del equipo de ORL.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de consultas de acúfenos realizadas durante un año.

Número de pacientes evaluados con acúfenos-problema en la consulta monográfica.

Mejora en la situación de los pacientes con acúfeno (diferencia entre la valoración inicial y final en la medición subjetiva del acúfeno).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en mayo de 2014

Plantear los criterios de derivación a la consulta monográfica: mayo 2014

Planificación de la consulta monográfica (agenda): mayo 2014

Preparación de protocolos de evaluación y tratamiento y sistema de recogida de datos: junio-agosto 2014

Puesta en marcha de la consulta del acúfeno fase inicial de evaluación: junio-agosto 2014

Funcionamiento de la consulta del acúfeno :septiembre 2014 abril 2015

Evaluación de los resultado de tratamiento: abril 2015

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

214

**CONSOLIDACION DEL 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.

- PORRAS MOLINA VALENTIN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
- ESTEBAN PEIRO JOSE LUIS. 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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

214

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

atención de nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha iniciado el plan de formación en el Hospital el año 2013. Se han celebrado tres ediciones del curso de RCP básica con una gran acogida y una demanda que ha excedido las ediciones previstas.

Han participado 60 trabajadores del centro y han quedado pendientes para futuras ediciones del curso más de 40 personas. El nivel de satisfacción con la actividad realizada ha sido excelente en todas las ediciones.

Para dar respuesta a dicha demanda planteamos la ampliación del plan de formación, una vez generalizados los conocimientos en el personal, podremos abordar la elaboración de un plan hospitalario de RCP

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Rediccion ( 3 ediciones ) del curso de RCP básica a celebrar a lo largo del año 2014, incluyendo en esta ocasión en el temario el manejo de desfibrilador.

Mejorar el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR en el Hospital

Optimizar la formación de los profesionales del centro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Plantear un plan de formación, incluyendo nuevos aspectos demandados por los participantes en cursos previos

Elaborar un calendario de actuaciones

Cumplirlo y registrarlo a lo largo del año 2014

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

Elaborar un calendario de formación

Implantarlo y registrar el porcentaje de personal que recibe formación

Participar en el plan de formación del sector colaborando en la realización de curso de RCP básica y DESA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del plan hasta Mayo 2014

Puesta en marcha: Segundo trimestre de 2014

Repetir con periodicidad requerida por el personal del centro

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO****HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO: PARA QUIEN Y COMO****2. RESPONSABLE** ..... MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ

- 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. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- GUAJARDO SIERRA INMACULADA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- LETOSA BOLEA VICTORIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- GASPAR RUZ MARIA LUISA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- CAMPOS SANZ ASUN. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El Servicio de Geriátrica del Hospital Nuestra Señora de Gracia, en su cartera de servicios, incluye el nivel asistencial HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO (HDG).

A mitad de camino entre el hospital y el domicilio es un recurso ambulatorio cuyo objetivo persigue potenciar la recuperación funcional después de cada proceso agudo de distinta causa, con supervisión médica y de enfermería disminuyendo los ingresos, estancias hospitalarias y retrasando la institucionalización.

El perfil de paciente anciano frágil y geriátrico que se beneficia de este nivel asistencial es bien conocido en Geriátrica pero en el ámbito de la Atención Primaria de nuestro Sector existe desconocimiento del paciente que se puede beneficiar, en qué situación y el procedimiento para la derivación. Los cambios recientes y modificaciones en las plantillas de los Centros de Salud, los problemas crónicos de comunicación, entre otros motivos, proporcionan un momento oportuno para la propuesta de mejora.

El HDG en 2013 atendió a 164 nuevos pacientes, generando 4358 estancias y una asistencia media de 27 sesiones por paciente, desde una perspectiva multidisciplinar en la que participan médico, enfermera, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliares, celador, ...

En 2011 y 2012 los resultados fueron similares.

La edad media de los pacientes de HDG es de 83 años y al ingreso el Índice de Barthel es inferior a 45 puntos en más de la mitad de los casos, polimedicado y sin deterioro cognoscitivo significativo, siendo la procedencia en el 60% de los casos desde la Unidades de Hospitalización del Servicio de Geriátrica (comunicación aceptada para el congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, mayo de 2014).

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Difundir a los EAP del Sector I de SALUD las posibilidades de atención integral de los pacientes geriátricos y frágiles que son susceptibles de percibir asistencia en HDG.

Dar a conocer el objetivo de HDG y el perfil del paciente que se beneficia.

Informar del acceso al HDG a través de la Consulta de Alta Resolución (CAR) de Geriátrica y de cómo se procede para solicitar dicha consulta desde EAP.

Mejorar la coordinación de los EAP y del Servicio de Geriátrica, tanto a nivel institucional, profesional y personal. Promover la eficiencia del recurso asistencial en beneficio del paciente geriátrico y frágil más adecuado.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** En el Sector Zaragoza I se incluyen EAP urbanos y rurales.

La propuesta se concreta en la primera en Equipos urbanos.

Inicialmente se plantea conocer el censo de los Centros de Salud y su índice de envejecimiento. Se elaborará un ranking de los Centros de Salud según población mayor de 75 años que oriente al Equipo por dónde empezar.

Se realizaría un primer contacto con cada Coordinador del Centro Salud en el que se explicaría el objetivo del Proyecto de Mejora y se concretarían los detalles (correo electrónico/ teléfono).

Se fijarían fecha y hora para que los miembros del Equipo de Mejora (médico, enfermera, terapeuta ocupacional) presenten a todo el Equipo de Atención Primaria el recurso ambulatorio de "Hospital de Día Geriátrico" como alternativa asistencial.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** -Nº de Centros de Salud en los que se desarrolla la actividad.

-Nº de pacientes derivados a la Consulta de Alta Resolución para la incorporación al Programa de HDG desde cada Centro.

-Nº de pacientes aceptados y que se incorporan al Programa desde cada Centro.

-Demora en el tiempo para la cita de consulta inferior a 15 días.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Aunque el cronograma estará en función de la disponibilidad compartida, la propuesta es:

Desde Septiembre de 2014 a Abril de 2015.

Reunión en Centros de Salud.

Reunión en dos Centros cada mes.

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

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

128

**HOSPITAL DE DIA GERIATRICO: PARA QUIEN Y COMO**

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ancianos frágiles y geriátricos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Anciano Fragil y Paciente geriátrico

OTRA PALABRA CLAVE 2. EAP y Servicio de Geriatria

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

292

## 1. TÍTULO

**PROLACTINA: ¿ES UN MARCADOR DE FRAGILIDAD EN NUESTROS ANCIANOS HOSPITALIZADOS?**

## 2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ GAMBOA HUARTE

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BIBIAN GETINO CLARA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- CONSTANTE PEREZ YAMILE. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- DEZA PEREZ CARMEN. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- FERRANDO LACARTE IGNACIO. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- RUBIO GARCIA ELENA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
- MIÑANA AMADA CRISTINA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fragilidad en el anciano se define por la pérdida de la reserva funcional del individuo, que condiciona unos peores resultados en salud ante estresores de mínimo impacto. Esta condición biológica es un continuum con posibilidad de reversión. Además se ha asociado a resultados adversos en salud: aumento del consumo de recursos, empeoramiento funcional, aumento de la institucionalidad y de la mortalidad. Su detección sigue siendo un reto al carecer de gold standard. Los instrumentos utilizados han sido principalmente escalas de ejecución funcional o instrumentos estandarizados como el fenotipo de fragilidad de Fried. La realización de los mismos en pacientes hospitalizados en fase aguda de enfermedad resulta laborioso y muchas veces imposible. Disponer de otros indicadores permitirá afinar la correcta realización de la valoración geriátrica integral, mejorando la tipificación del anciano y facilitando estrategias de prevención e intervención. La inclusión de octogenarios, nonagenarios y centenarios en los estudios de investigación en la actualidad resulta todavía escasa, por lo que la evidencia no puede ser analizada. En un reciente trabajo (67 pacientes, edad media 87,25 años), realizado por algunos miembros del grupo de mejora, y orientado a la determinación del comportamiento de la prolactina en nuestros pacientes y la influencia de la medicación sobre la misma, hemos obtenido una relación entre la elevación de prolactina, la enfermedad renal crónica y el hipotiroidismo subclínico. Estas dos situaciones de enfermedad se han relacionado en la literatura con fragilidad. Animados por los resultados esta pequeña muestra proponemos continuar la investigación y la proponemos como una oportunidad de mejora: ¿podemos utilizar la prolactina como un determinante biológico de fragilidad?.

## Bibliografía:

1. Frailty In Older Adults: Evidence For A Phenotype. Journal Of Gerontology 2001; 56(3): M146-156.
2. Neuropsychiatric Manifestations Of Thyroid Disease. Endocrinol Metab Clin N Am 42(2013) 453-476.
3. Anomalies Hypophysaires Chez Le Sujet Âge Avec Insuffisance Rénale Chronique. Rev Med Liege 2002; 57(6):375-381.
4. Thyroid Hormone Abnormalities And Frailty In Elderly Patients With Chronic Kidney Disease: A Hypothesis. Semin Dial 2010; 23(3): 317-323.
5. Uptodate 2014: Subclinical Hypothyroidism.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Analizar si la prolactina es un marcador biológico de fragilidad en pacientes hospitalizados en Geriátria.

2. Mejorar la evaluación de nuestros ancianos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de un consentimiento informado para los pacientes o sus representantes (Geriátria).

2. Diseño de un perfil de determinación analítica incluyendo prolactina (determinación única). (Geriátria/Laboratorio).

3. Determinación de polifarmacia: registro de medicamentos potencialmente modificadores de los niveles de prolactina. (Geriátria).

4. Diseño de hoja de vaciado. (Geriátria)

5. Seguimiento intrahospitalario y al alta (Historia Clínica Electrónica/llamada telefónica): 6-12 meses para evaluar: visitas a urgencias, hospitalizaciones, institucionalización. (Geriátria)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Adherencia al estudio de investigación

a. Estandar: 50%.

b. Indicador: pacientes captados/pacientes ingresados.

2. Prevalencia de hiperprolactinemia en el anciano

a. Estándar: 15%.

b. Indicador: pacientes con hiperprolactinemia/pacientes estudiados

3. Cumplimentación del seguimiento

a. Estandar: >70%

b. Indicador: nº de pacientes en seguimiento a los 6 meses/nº de pacientes incluidos con alta hospitalaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio: 1 de abril de 2014

- Fin: 31 de marzo de 2015.6. Mapa temporal:

- Hasta junio 2014 desarrollaremos los puntos 1,2,3,4.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

292

**PROLACTINA: ¿ES UN MARCADOR DE FRAGILIDAD EN NUESTROS ANCIANOS HOSPITALIZADOS?**

- Inicio de recogida de datos: 1 de junio de 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

## POBLACIÓN DIANA

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

384

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR INGRESADO CON ACV. PLANIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GASPAR RUZ

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOMINGO SANCHEZ DOLORES. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- CHAMORRO LASALA MARIA JESUS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- VIZAN IDOIBE TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- SANZ JIMENO MARIA CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dado el tipo de población que atendemos en el H. N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de Gracia, en el servicio de Geriatria, nos encontramos con pacientes que sufren un ACV, cuya situación de funcionalidad se ve gravemente comprometida en el momento del alta hospitalaria. El objeto de este programa es facilitar la transición del hospital al domicilio.

Detectamos la necesidad de mejorar la formación y la información que se da a los cuidadores de estos pacientes. Se trata de ayudar a estos usuarios a planificar la vuelta al domicilio anticipando soluciones a los problemas a los que se van a enfrentar: adaptación del entorno, indicación de ayudas técnicas, manejo postural y facilitación de las actividades de la vida diaria.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dado el importante déficit funcional que habitualmente sufren estos usuarios, antes de volver al domicilio, resulta imprescindible:

- Hacer adaptaciones en el entorno del paciente para poder adaptarse a esta nueva situación. Con esta iniciativa se pretende orientar al cuidador sobre los posibles cambios a realizar en el domicilio antes del alta hospitalaria.
- Dotar al cuidador de estrategias básicas de manejo postural del paciente para poder realizar las actividades de la vida diaria con seguridad.
- Maximizar las capacidades del paciente para recuperar el máximo de funcionalidad.
- Informar a los cuidadores sobre los recursos que existen en la comunidad a los que pueden acudir tras recibir el alta hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. · Elaborar material escrito para cuidadores/usuarios que contenga información básica sobre cuidados posturales, trasferencias, facilitación de las actividades de la vida diaria, adaptaciones y ayudas técnicas (Equipo de mejora).

- Sesión clínica informativa sobre la puesta en marcha de la iniciativa dirigida los profesionales que trabajan con este colectivo para explicar los objetivos del programa y poder incluir el máximo número de usuarios (Equipo de mejora).
- Realizar sesiones individualizadas a cada usuario en su habitación para aplicar la parte práctica de la información recibida y adaptar la información a las necesidades individuales de cada usuario/cuidador (Terapeuta Ocupacional).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º nº cuidadores/pacientes que reciben información escrita  
% - (70%)  
nº pacientes ingresados con diagnóstico de ACV en servicio de Geriatria

2º nº de familiares que reciben asesoramiento en la habitación % \_\_\_\_\_ (70%)  
nº de pacientes que son dados de alta vivos (ACV) que no van a residencia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El programa se iniciaría la primera quincena de mayo de 2014: Primera reunión del equipo de mejora para elaboración de información escrita y diseñar vías de comunicación adecuadas entre los miembros del equipo y otros profesionales implicados en la iniciativa.

Junio 2014: Sesión clínica informativa para presentar la iniciativa y puesta en marcha inmediata.

Septiembre 2014: Primera valoración por parte del equipo de mejora.

Entre Noviembre 2014 y Marzo 2015: Recogida de datos.

Abril 2015: Valoración final de resultados y redacción de conclusiones sobre utilidad, necesidad, continuidad y ampliación del programa a otros perfiles de usuarios.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

384

**PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR INGRESADO CON ACV. PLANIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA**

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

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. ....	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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

117

## 1. TÍTULO

**INTRODUCCION DE MEJORAS PARA ASEGURAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI (CONTINUACION DEL PROYECTO DE 2013)**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- 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
  - SERON ABANTO PAZ. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - TARRERO LOZANO MARIA DEL CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - PAMPLONA CALEJERO ELENA MARIA. ENFERMERO/A. 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) que aseguren su correcta aplicación.

Métodos de detección y priorización empleados:

Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los resultados obtenidos en el proyecto presentado en el programas para apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en SALUD 2013, se ha considerado de fundamental la implantación de un plan de medidas para solventar fallos detectados en el cumplimiento de las medidas a aplicar para la 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 medidas de mejora para asegurar las medidas de obligado cumplimiento del Proyecto de NZ, y así corregir posibles fallos aplicados 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 el registro en un documento del 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:

-Fallos detectados en las rondas de seguridad llevadas a cabo respecto a la aplicación de medidas para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes ingresados en UCI.

- Detección de alguna cumplimentación incompleta del check list.
- Variabilidad de los cuidados.

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 conocimiento de las medidas que integran el Proyecto de NZ.
- Falta de conocimiento de la manera de cumplimentación del check list.
- 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.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han llevado a cabo las siguientes actividades de este proyecto:

- 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 chek list.
- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.

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

117

**INTRODUCCION DE MEJORAS PARA ASEGURAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI (CONTINUACION DEL PROYECTO DE 2013)**

Con los consiguientes resultados, en base a los indicadores propuestos:

Grado de seguimiento- rondas de seguridad: SI se han realizado las rondas.

Grado de cumplimentación del registro: 99%.

Grado de correcta aplicación de las medidas incluidas en el Proyecto de NZ: 80%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Solventar los fallos encontrados, tanto en la cumplimentación del check list como en las medidas a aplicar para la prevención de la NZ.

-Formar y reciclar al personal.

-Recordar y 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) tal y como se estaban realizando ya con la instauración del proyecto en 2013.

-Mejorar la comunicación entre los profesionales.

-Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.

- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- Actividad 1ª: Formar un grupo de formadores.

- Actividad 2ª: Elaborar un calendario de sesiones formativas basadas en las medidas recomendadas por el Proyecto de NZ.

- Actividad 3ª: Elaborar carteles para difundir las medidas básicas de obligado cumplimiento a llevar a cabo incluidas en el Proyecto de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NZ), así como con el modo de cumplimentación del check list, e introducir un apartado de NZ en la gráfica de enfermería para evitar olvidar la cumplimentación del check list.

- Actividad 4ª: Formar al personal sanitario y difundir los carteles y la manera de rellenar apartado de la gráfica.

- Actividad 5ª: Medición de indicadores con rondas de seguridad ya instauradas en 2013.

- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.

- Actividad 7ª: Establecer nuevas medidas de mejora.

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 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 conocimiento de los profesionales de la manera de cumplimentar el check list.

- Grado de correcta aplicación de las medidas incluidas en el Proyecto de NZ (ej: medición rutinaria del neumotaponamiento, posición cama, aspiraciones secreciones...).

- Grado de conocimiento de los profesionales relacionados con las medidas de NZ.

Se considerará resultado correcto la:

- "Realización de las rondas de seguridad" (valora el grado de cumplimiento: si se hacen o no rondas de seguridad)

- "Cumplimentación adecuada del registro-check list" (éste indicador servirá tanto para valorar si la cumplimentación de check list es de forma correcta, así como para valorar el nivel de conocimientos adquiridos respecto la cumplimentación del mismo por parte del personal)

- "Aplicación correcta de las medidas del Proyecto de NZ" (éste último indicador servirá tanto para valorar la manera de aplicación de todas las medidas, como el conocimiento relacionado con las medidas de NZ adquirido por los profesionales).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril-Mayo 2014.

Fecha de finalización: Diciembre 2014.

Caleendario:

- Actividad 1ª: Formar un grupo de formadores. Abril-Mayo 2014.

- Actividad 2ª: Elaborar un calendario de sesiones formativas basadas en las medidas recomendadas por el Proyecto de NZ. Abril-Mayo 2014.

- Actividad 3ª: Elaborar carteles para difundir las medidas básicas de obligado cumplimiento a llevar a cabo incluidas en el Proyecto de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NZ), así como con el modo de cumplimentación del check list, e introducir un apartado de NZ en la gráfica de enfermería para evitar olvidar la cumplimentación del check list. Mayo 2014.

- Actividad 4ª: Formar al personal sanitario y difundir los carteles y la manera de rellenar el apartado de la gráfica. Mayo-junio 2014.

- Actividad 5ª: Medición de indicadores. Noviembre 2014.

- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2014.

- Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias. Diciembre 2014.

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

117

## 1. TÍTULO

INTRODUCCION DE MEJORAS PARA ASEGURAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI (CONTINUACION DEL PROYECTO DE 2013)

## 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. 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

451

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO**

## 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.

- PEREZ TRULLEN JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
- LOPEZ ALFREDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
- MONZON MONGUILOD MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
- JIMENEZ SAENZ JUANA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- MORELLON LABARTA MANUELA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
- ESTEBAN PEIRO JOSE LUIS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome orgánico reversible de breve duración, de inicio generalmente agudo y curso fluctuante, caracterizado por una afectación global de la conciencia, tanto en su expresión como en su contenido asociado a alteración psicomotriz y vegetativa. Aparece en el 0.4-1% de la población, y aunque puede ocurrir a cualquier edad tiene un pico de incidencia a partir de los 65 años (30-50% de los pacientes de más de 70 años ingresados), pudiendo ser la presentación de una enfermedad en el anciano.

Supone una importante comorbilidad que lleva aparejado un importante gasto sociosanitario. A largo plazo el pronóstico del SCA no es bueno en la medida que hasta un 30% de los pacientes que presentan un SCA fallecen dentro del primer año tras haber presentado dicho cuadro clínico (la aparición de SCA en un anciano ingresado duplica la posibilidad de exitus).

Muchas de las veces que se diagnostica se limita a hacer un tratamiento puntual del cuadro clínico en ese momento, hecho que retrasa o evita la identificación de su diagnóstico etiológico y conlleva un aumento de la morbilidad. Se ha relacionado con un aumento de la estancia hospitalaria, del gasto médico y una peor recuperación del proceso médico.

Nuestra investigación de este síndrome la orientaremos en tres aspectos:

- Identificación de los pacientes de riesgo.
- Reconocimiento del cuadro clínico.
- Identificación de la causa.
- Actuación

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir la incidencia de este proceso entre los pacientes ingresados en las plantas de Medicina Interna y especialidades médicas del Hospital Royo Villanova y Hospital Provincial que redunde en una disminución de la comorbilidad y complicaciones médicas y por tanto del gasto y de la estancia media.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Establecer un protocolo consensuado entre Medicina Interna y Neurología de:

- Prevención.
- Detección precoz.
- Diagnóstico etiológico
- Actuación.

Una vez elaborado este protocolo queremos formar y difundirlo entre el personal sanitario de los dos hospitales para su cumplimiento.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración del Protocolo.

- Detección de casos.
- Grado de cumplimiento.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Tan pronto como se confirme la aceptación de este Proyecto para

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

451

**PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO**

implantarlo en las especialidades médicas lo antes posible de modo que podamos tener unos resultados provisionales a final de año.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Síndrome confusional

OTRA PALABRA CLAVE 2. Delirium

## 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

083

**CONSOLIDACION DE LA 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.
- CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - TOLON HERRERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - IRIARTE RAMOS SONIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - NEVADO PELAEZ MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - SERON ABANTO PAZ. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
  - TARRERO LOZANO MARIA DEL CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. 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.

La inquietud surgida en nuestro colectivo, consecuencia de la alta incidencia de EAs, motivó que en el anterior curso docente se instaurara en esta Unidad una Comisión de Seguridad del paciente, con el objetivo de evaluar y vigilar más exhaustivamente las situaciones potenciales de riesgo para el paciente.

En ella se implantaron mejoras asistenciales tales como: redacción de protocolos, asistencia por líneas de actuación, prevención de úlceras por decúbito... que han repercutido en una mejora de la atención y tratamiento de los pacientes.

Por todo esto, proponemos la consolidación de la Comisión de Seguridad del paciente, de manera que todas las acciones llevadas a cabo consigan una sistemática de trabajo más segura y permanente.

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 la creación de la Comisión de Seguridad del Paciente hace 1 año, la acogida y proyectos realizados han sido adecuados y los resultados los parcialmente esperables según los objetivos planteados.

La necesidad de continuar con este proyecto nace de la exigencia de elevar la responsabilidad de la asistencia, minimizando los riesgos de aparición de EAs, completando protocolos, realizando controles internos de calidad de la mejora de los cuidados para valorar los requerimientos del personal de reciclaje de las medidas de los proyectos puestos en marcha (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero...).

Por tanto, consideramos importante la prolongación del proyecto para afianzar el grupo de trabajo, controlar el mantenimiento de las medidas, la finalización de los protocolos y la evaluación de nuevas oportunidades de mejora, de manera que:

- \*Se afiancen las medidas ya instauradas.
- \*Se disminuya la variabilidad en los cuidados en el paciente para mejorar la calidad asistencial y el margen de ocurrencia de EAs.
- \*Se protocolice el mayor número de actuaciones y procedimientos más habituales y/o importantes de la atención en UCI, para facilitar su realización en situaciones críticas y facilitar el aprendizaje a personal de nueva incorporación.
- \*Aumente la sensibilización del personal sanitario hacia 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 que se parte es:

\*Necesidad de afianzar los protocolos creados para la asistencia clínica al paciente, lo que puede desencadenar una mejora de la estancia hospitalaria, al reducir las complicaciones y logrando un descenso del gasto sanitario.

\*Detección de ausencia de la sistematización de las medidas protocolizadas básicas en determinados aspectos del cuidado del paciente.

\*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,

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

083

**CONSOLIDACION DE LA COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)  
DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA**

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.
- \*Realización de encuestas relacionadas con los cuidados y las medidas de barrera aplicadas en los protocolos de Neumonía Zero y Bacteriemia Zero realizados por la Comisión.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Resultados obtenidos hasta el momento:**

-Unificar criterios y medidas de actuación de los trabajadores de la Unidad, mediante la realización de los siguientes protocolos:

- \*Preparación del paciente para el cateterismo cardiaco y atención de enfermería postcateterismo.
- \*Medición de la presión arterial invasiva en la UCI.
- \*Medición de la presión arterial no invasiva en la UCI.
- \*Medición de la presión venosa central con transductor en la UCI.
- \*Cuidados del catéter intravenoso periférico.
- \*Tabla unificación fármacos: perfusiones y bolos. Tabla dilución fármacos carro RCP.
- \*Higiene del paciente.
- \*Tareas de enfermería por turnos.
- \*Tareas del auxiliar de enfermería por turnos.
- \*Actuación de enfermería ante un paciente con ventilación mecánica.
- \*Actuación de enfermería en la aspiración de secreciones bronquiales en el paciente intubado.
- \*Atención de enfermería al paciente con ventilación mecánica no invasiva. Modelo BIPAP Vision.
- \*Hipotermia terapéutica postparada cardiaca.
- \*Inserción y cuidados del catéter venoso central.
- \*Monitorización hemodinámica. Sistema PICCO.
- \*Actuación y cuidados en la pericardiocentesis diagnóstica y terapéutica.
- \*Cuidados post-mortem.

-Mejorar la comunicación entre los profesionales, mediante la instauración de pases diarios de la sala con el personal de enfermería.

-Reducir o eliminar factores de riesgo que favorezcan la aparición de EAs, con la protocolización de las perfusiones intravenosas.

-Ayudar a los profesionales de nueva incorporación, incluyéndolos en los pases de sala y mediante manual de acogida (también para los estudiantes de Enfermería).

-Evitar la aparición de complicaciones, mediante la aplicación de los protocolos de Bacteriemia Zero, de Neumonía Zero, Cuidados de Catéteres... tras la formación del personal con charlas.

-Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.

-Crear de un grupo de trabajo estable para mantener todas estas iniciativas vigentes y actualizadas.

Seguimiento de los indicadores del proyecto (incluyendo al menos dos mediciones de cada uno con una separación de seis meses entre ellas):

- Porcentaje de protocolos revisados y actualizados: 100%.
- Porcentaje de Unificación de la Asistencia: 90%.
- Porcentaje de cumplimentación del "check-list": aún no puesto en marcha.
- Porcentaje de satisfacción de los trabajadores con las nuevas medidas: 99%.

Nivel de ejecución del proyecto:

- I. No se ha podido poner en marcha.
- II. Se han iniciado algunas actividades.
- III. ESTÁ MUY AVANZADO.
- IV. Ha finalizado y tiene resultados definitivos.

Se han llevado a cabo todas las actividades del proyecto, al menos parcialmente:

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

En caso, de no haber finalizado, resultados que se esperan obtener todavía y el calendario previsto:

Los resultados esperables son los planteados, ya conseguidos en su mayor parte en este año de Proyecto, a falta de completar todos los protocolos y de que los ya redactados sean aprobados por la Comisión de Cuidados

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

083

**CONSOLIDACION DE LA COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA**

del HNSG, si se han realizado controles internos de calidad de la mejora de los cuidados tras la implementación de las nuevas medidas. Por tanto, la terminación del proyecto implica un nuevo Proyecto que controle el mantenimiento de las medidas y la finalización de los protocolos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. \*Instaurar una cultura homogénea en el Servicio de las actuaciones de Seguridad.

- \*Finalización de la protocolización de las medidas de actuación de los trabajadores de la Unidad.
- \*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: consolidación del grupo de trabajo creado (Comisión de Seguridad del Paciente).
- \*Actividad 2ª: evaluación de los protocolos pendientes de realización.
- \*Actividad 3ª: elaboración de un plan de reciclaje del personal de la Unidad en las tareas más importantes relacionadas con el cuidado del paciente.
- \*Actividad 4ª: formación del personal sanitario en seguridad del paciente.
- \*Actividad 5ª: consolidación 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 forman 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 de los "check-list" de Neumonía Zero y de Bacteriemia Zero.
- \*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 2014.

Fecha de finalización: diciembre 2014.

Calendario:

- \*Actividad 1ª: consolidación del grupo de trabajo creado (Comisión de Seguridad del Paciente). Abril 2014.
- \*Actividad 2ª: evaluación de los protocolos pendientes de realización. Mayo 2014.
- \*Actividad 3ª: elaboración de un plan de reciclaje del personal de la Unidad en las tareas más importantes relacionadas con el cuidado del paciente. Junio 2014.
- \*Actividad 4ª: formación del personal sanitario en seguridad del paciente. Junio-Octubre 2014.
- \*Actividad 5ª: consolidación de hojas de registro de los cuidados. Abril-Octubre 2014.
- \*Actividad 6ª: medición de indicadores tras haber puesto en marcha las medidas. Noviembre 2014.
- \*Actividad 7ª: comunicación al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2014.

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, eventos adversos, comisión

OTRA PALABRA CLAVE 2. protocolos

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

083

CONSOLIDACION DE LA COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)  
DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

024

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL MEDIANTE LA ACTUACION DE UN EQUIPO MIULTIDISCIPLINAR**

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO LOZANO ORTIZ  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MARIN LACASA REYES. PSIQUIATRA. USM ACTUR SUR. PSIQUIATRIA  
· PASCUAL GARCIA ASUNCION. PSIQUIATRA. USM FUENTES NORTE. PSIQUIATRIA  
· SANTACRUZ ABION MARIA JESUS. ENFERMERO/A. USM ACTUR SUR. PSIQUIATRIA  
· FREIRE SANTOS ISABEL. PSIQUIATRA. USM ACTUR SUR. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el ámbito del Uso racional de Litio, Valproato, Risperidona Parenteral, Olanzapina, Lamotrigina, escitalopram y paliperidona...etc., el mantenimiento de la actividad del equipo multidisciplinar ya creado con anterioridad a raíz de otros proyectos de calidad, es vital para el adecuado control farmacoterapéutico y clínico de los pacientes en tratamiento con psicofármacos, ya que constituye una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos con estos fármacos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Mas de 500 Informes farmacoterapeuticos y seguimiento de mas de 300 pacientes, habiendo generado la publicación de mas de 60 comunicaciones a congresos de Calidad, Farmacia y Psiquiatría y mas de 20 Publicaciones en Revistas nacionales e internacionales.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la seguridad y eficacia de los tratamientos farmacológicos del paciente incluidos en dichos programas.  
Ajuste de las prescripciones a los protocolos vigentes tanto en especializada como en primaria.  
Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicio de Psiquiatría y Farmacia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informe farmacoterapéutico de todos los pacientes incluidos en los programas antes citados, con recomendaciones acerca, fundamentalmente, de aspectos relacionados con indicación, posología, efectos secundarios e interacciones.  
Reunion del grupo, cada 15 días, al objeto de unificar criterios, solventar dudas y sesión clínica con los casos clínicos más relevantes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº pacientes con cada uno de los psicofármacos en seguimiento.  
Nº Informes farmacoterapéuticos por cada paciente en seguimiento.  
Nº interacciones detectadas.  
Nº efectos adversos detectados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:  
Fecha de inicio : ya se viene realizando  
Fecha de finalización: diciembre de 2014

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

OTRA PALABRA CLAVE 1. SALUD MENTAL

OTRA PALABRA CLAVE 2. MONITORIZACION TERAPEUTICA

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

216

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO**

2. RESPONSABLE ..... CONSUELO RIOS GOMEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GARCIA GOMARA MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los trastornos del sueño forman un grupo de enfermedades que por su creciente prevalencia y sus consecuencias sociosanitarias se consideran cada vez más seriamente como un problema de Salud Pública. El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene. El paciente con insomnio se queja principalmente de su insatisfacción con la calidad y/o cantidad del sueño. Varios estudios han demostrado una asociación del insomnio con un peor estado de salud en general y con la percepción de la propia salud como mala. Alrededor del 30 % de la población sufre insomnio a lo largo de su vida y en un tercio de los casos se cronifica. La prevalencia del insomnio crónico en la población general se estima en el 9%. Cuando el insomnio se cronifica se asocia con una mayor comorbilidad. El insomnio casi siempre se presenta asociado a fatiga diurna y alteraciones del humor tales como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o incluso estado de ánimo deprimido. Incluso algún estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos. Durante el día, el paciente con insomnio crónico tiene problemas que afectan tanto a su salud como a su funcionamiento social y laboral. Por una parte, se queja de síntomas en el ámbito emocional, cognitivo y conductual y de deterioro en los ámbitos social y laboral, con un aumento del absentismo. Por otra, además, tiene más tendencia a tener accidentes de trabajo y de tráfico. En cuanto al impacto del insomnio en la población de nuestro país, se estima que en el año 2006 la población española soportó una carga de enfermedad por insomnio, equivalente a 37.628 años de vida perdidos, ajustados por discapacidad (AVAD). Esa cifra de años vividos con mala salud supone el 2,6% de la carga de enfermedad total por enfermedades neuropsiquiátricas, el 0,8% sobre el total de las enfermedades no transmisibles y el 0,7% de los AVAD totales de España. La carga de enfermedad por insomnio (primario) es mayor en mujeres (56% de los AVAD por esa causa) que en hombres, y se concentra entre los 15 y los 59 años de edad. El 14.3% de la población consume medicamentos del grupo de tranquilizantes y pastillas para dormir. Este porcentaje se incrementa con la edad y es superior en el sexo femenino.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a. Atender mejor las necesidades de los pacientes que presentan trastornos del sueño.

b. Diagnóstico y tratamiento del insomnio para disminuir su cronificación y la comorbilidad asociada al mismo.

c. Disminuir las patologías y quejas somáticas asociadas (gastrointestinales, respiratorias, cefaleas, dolores no específicos).

d. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y la percepción de su propia salud, así como su funcionamiento social y laboral.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implantar una consulta monográfica de trastornos del sueño.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a. Número de pacientes nuevos que han sido atendidos en la consulta monográfica de trastornos del sueño.

b. Número de revisiones que se han generado.

c. Grado de aceptación por parte de los pacientes neurológicos del Sector I.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en el segundo trimestre 2014 y duración indefinida. Queremos que sea un servicio más que integramos a la Cartera de Servicios de Neurología, dirigido a los pacientes del Sector I.

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. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO EN HOSPITALIZACION DE GERIATRIA: MEJORANDO NUESTROS INFORMES DE ALTA ANTES DE LANZARLOS A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA**

## 2. RESPONSABLE ..... CARLOS SECO DE GUZMAN

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAMBOA HUARTE BEATRIZ. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- BLASCO JIMENEZ ANTONIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- GARCIA ARILLA CALVO ERNESTO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- BAGÜES MARCEN MARIA CARMEN. TECNICO/A DOCUMENTALISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- MORLANES NAVARRO TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- NAVARRO MAURES JESUS. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los progresos sanitarios producidos desde final del siglo XIX han permitido que los comienzos del XXI sean testigos de los siguientes fenómenos: mejora socioeconómica, envejecimiento poblacional elevado, compresión de la mortalidad, disponibilidad tecnológica alta y finalmente sobreenvjecimiento. El perfil de la mortalidad se ha desplazado de enfermedades agudas y accidentes laborales a procesos crónicos de larga duración. Temporalmente la mortalidad está concentrada en edades avanzadas de la vida. Los cambios sociológicos han potenciado el desarrollo del estado de bienestar y los conceptos de esperanza de vida libre de incapacidad o la valoración de la calidad de vida. Así las expectativas de los enfermos se mantienen en estrategias de curación, pero aumenta la demanda de calidad de atención en etapas avanzadas de la enfermedad, donde la intervención sanitaria no puede ofrecer modificar el comportamiento de la enfermedad, sino simplemente controlar los síntomas y garantizar un satisfactorio tránsito en la agonía del final. Conceptos como cuidados paliativos y terminalidad deben de ser incorporados al bien hacer de la Geriatria. Pero no sólo la técnica del cuidado. Para la aplicación de esta misma es necesaria la implementación de estrategias de captación. La puesta en marcha de la Historia Clínica Electrónica en Aragón favorece el flujo de la información y la uniformización del cuidado. Es habitual en la práctica de la especialidad identificar a estos pacientes, pero lo que no está garantizado es el hábito de su inclusión en el informe de alta del paciente. Los cuidados paliativos se codifican habitualmente como procedimiento: V66.7. Identifican un procedimiento con mala definición temporal y siempre irán como diagnóstico secundario, pero lamentablemente eso es lo que hay y con ello debemos apañarnos. En este marco actual el grupo propone implementar la inclusión del concepto "cuidados paliativos" en los informes de alta, para así volcar la máxima información en la Historia Clínica Electrónica. La continuidad asistencial se vería favorecida.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el diagnóstico del enfermo paliativo en Geriatria.
2. Aumentar la captación de este tipo de paciente y su codificación tras un ingreso.
  3. Conocer los diagnósticos principales asociados al cuidado paliativo en Geriatria- Hospitalización.
  4. Medir los principales GRD asociados a este procedimiento.
  5. Cuantificar pesos y estancias evitables de este proceso.
  6. Estudiar la adherencia al diagnóstico de Atención Primaria.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Análisis de la codificación del Servicio de Geriatria durante el año 2013 (servicio de Admisión).

2. Difusión del proyecto al servicio (servicio de Admisión/Geriatria).
3. Charlas informativas sobre codificación (identificación de diagnóstico principal y secundario, papel de los antecedentes personales, inclusión de procedimientos). (servicio de Admisión).
4. Análisis de GRD asociados al cuidado paliativo. (servicio de Admisión)
5. Medida de pesos y estancias evitables. Comparación 2014-2013. (servicio de Admisión/Geriatria).
6. Análisis de la adherencia de Atención Primaria al nuevo diagnóstico (episodio registrado en OMI y descargado en Historia Clínica) (Servicio de Geriatria).

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Precisión en el diagnóstico de paciente paliativo en Geriatria:

- o INDICADOR: Porcentaje de pacientes identificados
- o Pacientes codificados como paliativos en el informe de alta/Pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo y recogidos en la codificación.
- o STANDARD: 50%
- Aprovechamiento de las charlas sobre codificación:
- o INDICADOR: Aumento de la identificación
- Precisión en el diagnóstico de paciente paliativo en Geriatria 2014-2015/ Precisión en el diagnóstico de paciente paliativo en Geriatria 2013.
- o STANDARD: > 120%.
- 2. Adherencia de Atención Primaria al informe de Atención Especializada emitido:
- o INDICADOR: Porcentaje de pacientes incorporados al sistema de información de Atención Primaria
- o Pacientes incluidos en OMI como paliativos/Pacientes codificados al alta como paliativos en Atención Especializada (servicio de Geriatria).
- o STANDARD: 20

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO EN HOSPITALIZACION DE GERIATRIA: MEJORANDO NUESTROS INFORMES DE ALTA ANTES DE LANZARLOS A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE 2014: análisis de la información 2013 y charlas informativas sobre codificación.  
2. TERCER TRIMESTRE, CUARTO TRIMESTRE 2014, PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE 2015: análisis comparativo de la intervención (valoración trimestral año actual/año previo).

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. Hospitalizados en general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

269

**PLAN DE FORMACION TEORICA E INSTRUMENTAL EN CUIDADOS DEL PACIENTE CRITICO CARDIOLOGICO DIRIGIDO A PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UCI DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE TOLON HERRERA
- 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.

- LAFUENTE MATEO MIRIAM. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- JORGE GARCIA RUTH NOEMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- PAMPLONA CALEJERO ELENA MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- GALVEZ PERUGA CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- SANCHEZ ESTEBAN ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. INTRODUCCIÓN

La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de los cuidados críticos, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente crítico una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se ofrece atención paciente con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales, además la complejidad de los procedimientos tanto de diagnóstico como de tratamiento que se implementan en dichas unidades las convierten en áreas de riesgo para la aparición de eventos adversos.

Sin embargo la diplomatura de enfermería o poseer una formación postgrado no garantiza la formación de forma indefinida ya que es preciso actualizar los conocimientos.

Además a día de hoy no existe una especialidad de enfermería en Cuidados Intensivos y las competencias específicas en este campo sólo se pueden adquirir mediante la asistencia a cursos, máster, doctorados...

Nuestra propuesta es ofrecer desde la propia Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, formación específica tanto desde un punto de vista teórico como instrumental, en el cuidado del paciente crítico cardiológico.

**IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO**

Nuestra UCI dispone de 6 camas de UCI donde se ofrece atención intensiva a pacientes críticos tanto médicos como quirúrgicos pero con una incidencia elevada de ingresos de patología de origen cardiovascular (IAM, Insuficiencia cardiaca, alteraciones conducción cardiaca). El equipo de enfermería de la UCI está compuesta por una plantilla fija de enfermería de 15 enfermeras y por enfermería de pool no fija que no trabaja habitualmente en UCI y que por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales diagnósticas y terapéuticas de la unidad así como a los conocimientos teóricos específicos sobre la patología de nuestros pacientes. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad, precisa de actualización de conocimientos en patología del paciente crítico para de esta manera asegurar unos cuidados de alta calidad.

Ya en la Declaración de Madrid de 1993, se justifica la necesidad de la Formación Especializada de las Enfermeras de Cuidados Intensivos y las áreas de conocimiento que deben incluir todos los programas de formación en esta área de cuidados. Este documento fue publicado por P. Suter en Intensive and Critical Care Digest (ICCD 1993; 12: 31) y posteriormente se tradujo al español y se publicó en Enfermería Intensiva (Enferm Intensiva 1993; 4: 137).

**SITUACIÓN DE PARTIDA**

En el momento actual no existe un plan de formación específico en Cuidados Intensivos en nuestro hospital y las competencias necesarias para desempeñar en trabajo en la unidad las adquiere, la enfermería enfrentándose a situaciones estresantes en el trabajo que día a día desempeña en la UCI.

**FUENTES DE INFORMACIÓN:**

La principal fuente de información procede del propio personal de enfermería y de los las áreas de conocimiento que consideran necesario mejorar así como del estudio descriptivo de la epidemiología de nuestro grupo de pacientes (con predominio de patologías de origen cardiovascular).

**TÉCNICA DE GRUPO Y PRIORIZACIÓN DEL EMPLEADO:**

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

- Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

**Método de priorización empleado:**

- Parrilla de análisis
- Matriz decisional

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

269

**PLAN DE FORMACION TEORICA E INSTRUMENTAL EN CUIDADOS DEL PACIENTE CRITICO CARDIOLOGICO DIRIGIDO A PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UCI DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseñar un plan de formación en Cuidados intensivos.  
2. Optimizar la formación de las enfermeras de plantilla de UCI y de pool de enfermería que trabajan en nuestra unidad, en los cuidados del paciente crítico cardiológico.  
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestra UCI.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se implementará un plan de formación específico en cuidados intensivos cardiovasculares tanto en la esfera teórica como instrumental.  
2. Se elaborará calendario de formación.  
3. De acuerdo al calendario, se impartirán talleres teórico-prácticos en patología cardiovascular al personal de enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Constatar la elaboración del plan de formación  
2. Elaborar calendario de formación  
3. Indicadores que se van a utilizar:  
- Número de profesionales que reciben la formación.  
- Autoevaluación al finalizar los talleres para comprobar la asimilación de los conocimientos impartidos.  
- Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades formativas llevadas a cabo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración de Plan de formación Mayo-Junio 2014.  
2. Puesta en marcha: julio2014 - Febrero 2015.  
3. Autoevaluación Marzo 2015.

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. 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

440

**CREACION DE PROTOCOLOS EN LA UNIDAD DE CMA**

2. RESPONSABLE ..... ROCIO YAGÜE LOPEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)  
· Sector ..... ZARAGOZA 1
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ROSEL MOUSSET FELICIDAD. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)  
· CRUZ LARRAHONA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)  
· ALFARO GARATE MARIA PILAR. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA AUSENCIA DE PROTOCOLOS DE ACTUACION DE ENFERMERIA Y AUXILIARES DE ENFERMERIA PARA ESTA UNIDAD PLANTEA LA NECESIDAD DE ELABORAR UNOS PROTOCOLOS BASADOS EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA , DEFINIDOS PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA CMA DEL HNSG.
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -DISMINUIR LA VARIABILIDAD DE LA ACTUACION POR PARTE DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE.  
-AUMENTAR LA EFICIENCIA, EFICACIA Y CALIDAD DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE.  
-PROPORCIONAR CUIDADOS DE CALIDAD Y AUMENTAR LA SATISFACION DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD.  
-UNIFICAR CRITERIOS EN LA PREPARACION QUIRURGICA DEL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO.  
-FACILITAR LA PRACTICA ASISTENCIAL AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION.  
-AUMENTAR LA MOTIVACION E IMPLICACION DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -REUNIONES DE TRABAJO PARA ELABORAR LOS PROTOCOLOS  
-CONSULTAR BIBLIOGRAFIA SOBRE LOS PROTOCOLOS A ELABORAR.  
-CONSENSUAR LOS CRITERIOS CON LOS RESPONSABLES MEDICOS DE CADA ESPECIALIDAD.  
-REALIZACION DE UN MANUAL QUE RECOJA LAS PREPARACIONES QUIRURGICAS Y PAUTAS DE ACTUACION DE ENFERMERIA Y DE AUXILIAR .
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -INDICADOR DE EFECTIVIDAD  
nº de pacientes a los que se ha aplicado el protocolo/ numero nº de pacientes  
atendidos en la unidad x 100  
-INDICADOR DE SEGURIDAD  
nº de protocolos elaborados/nº de protocolos total a realizar
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - FECHA DE INICIO DICIEMBRE 2013/2014  
\_FECHA DE ELABORACION PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE 2014  
-FECHA IMPLEMENTACION TERCER TRIMESTRE  
-FECHA DE EVALUACION DE LOS INDICADORES CUARTO TRIMESTRE
11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
- POBLACIÓN DIANA  
·EDAD. Todas las edades  
·SEXO. Ambos sexos  
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general
- INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO
- VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 3 Bastante |
| 2. 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. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

351

## 1. TÍTULO

**AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE VMNI EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: CREACIÓN DE UNA UNIDAD VIRTUAL DE VENTILACIÓN NO INVASIVA**

## 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.

- ESCRICHE ROS ROCIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- SARASA CLAVER PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- GIL DE BERNABE JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- MORENO MIRALLAS MARIA JESUS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- BERGUA GOMEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- ESTHER RANGIL GIL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Partiendo de la base del desarrollo de programas del Departamento de Salud y Consumo para potenciar actuaciones sanitarias en patologías como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y otras broncopatías crónicas. Y de la experiencia clínica en nuestro ámbito de actuación, con el tratamiento de los casos de agudización grave de EPOC, resto de broncopatías crónicas y causas de insuficiencia respiratoria, que en muchas ocasiones pueden llevar al fracaso ventilatorio con hipercapnia y acidosis respiratoria. Con la evidencia de que el uso de 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.

Con la premisa del manejo de la VMNI por personal sanitario bien adiestrado y la necesidad de una adecuada monitorización del paciente, se ha abordado este procedimiento terapéutico como proyecto de mejora a lo largo del 2013 en nuestro servicio, con evidencia de la necesidad de estandarización del protocolo elaborado entre el personal facultativo y un seguimiento de cuidados específicos por enfermería. Trabajando en esta línea y con la finalidad de unificar criterios y optimizar el recurso terapéutico del que disponemos, creemos la necesidad de seguir intensificando la estandarización en el servicio del protocolo, incidiendo con nuevas sesiones clínicas entre el personal, siendo necesario el desarrollo pleno de una unidad virtual de VMNI en el servicio para una correcta monitorización y seguimiento de nuestros pacientes, proponiéndose la estandarización de un registro específico en esta medida terapéutica con el objetivo de incluirlo en el sistema informático empleado en nuestro servicio, para lo que se va a seguir trabajando en el programa en el transcurso de 2014-2015.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Han sido evaluados un total de 513 pacientes con diagnósticos relacionados con la agudización de broncopatía crónica.

Pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias durante el período de pre-intervención del programa, de octubre del 2012 a marzo del 2013, detectándose que en un 25.4% de los casos con criterios de indicación de VMNI ha sido aplicado dicho procedimiento. Un porcentaje superior al nivel de cumplimentación deseado del 10% establecido al inicio del programa.

Así mismo, se ha evidenciado que en un 1.3% de la serie a estudio se ha aplicado VMNI sin presentar criterios para la misma, este hecho atiende a los pacientes con prescripción crónica de BiPAP domiciliaria en el momento de su atención en el servicio de urgencias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Consolidar el protocolo elaborado entre el personal facultativo para 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.

- Implicar al personal de enfermería en los cuidados específicos precisados por los pacientes durante el tratamiento con VMNI.

- Desarrollar de forma plena una unidad "virtual" de VMNI en el área de observación del servicio de urgencias.

- Elaborar un registro estandarizado de pacientes incluidos en la unidad "virtual" de VMNI con inclusión del mismo en el sistema informático PCH.

- Continuar con la evaluación del 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 tras la intervención sobre el personal facultativo.

- Realización de sesiones clínicas para implementación y estandarización del protocolo elaborado entre facultativos médicos y hoja de cuidados específicos entre enfermería.

- 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.

- Estandarización de un registro de pacientes de la unidad "virtual" de VMNI e inclusión en el sistema informático PCH.

- Medición periódica de la aplicación de la VMNI entre pacientes con indicación y seguimiento durante el ingreso hospitalario de estos pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicador de medición de uso de VMNI post-intervención:

$$o \left( \frac{N^\circ \text{ de pacientes con agudización de broncopatía crónica tratados con VMNI}}{\text{total de número de pacientes con agudización de broncopatía crónica e indicación de VMNI}} \right) \times 100$$

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

351

**AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE VMNI EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: CREACIÓN DE UNA UNIDAD VIRTUAL DE VENTILACIÓN NO INVASIVA**

- o Período de observación: octubre 2013 a marzo 2014, y octubre 2014 a febrero 2015.
- o Nivel deseado de cumplimiento: 100%
- o Fuente de datos: PCH
- o Medición de datos: abril 2014 y marzo 2015

- Indicador registro en unidad virtual de VMNI:

o (Nº de pacientes tratados con VMNI incluidos en registro de unidad virtual / total de número de pacientes tratados con VMNI) x 100

o Período de observación: septiembre 2014 a febrero 2015

o Nivel deseado de cumplimiento: 100%

o Fuente de datos: PCH

o Medición de datos: diciembre 2014 y marzo 2015

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Mayo 2014

Fecha de finalización: Marzo 2015

Calendario Actividades:

- Análisis de pacientes: abril, octubre, nov, dic 2014 y enero, feb 2015
- Sesiones clínicas: mayo y sept 2014
- Selección de pacientes unidad "virtual": oct, nov, dic 2014, enero, feb 2015
- Estandarización de registro: sept, oct, nov, dic 2014, enero, feb 2015
- Seguimiento de pacientes: abril, octubre, nov, dic 2014 y enero, feb 2015
- Mediciones indicadores: abril, dic 2014 y marzo 2015
- Evaluación de datos: abril 2014 y marzo 2015

11. OBSERVACIONES. La ampliación del programa parte de la evaluación de datos recogidos desde el 1 de octubre de 2013 al 31 de marzo de 2014, tras la elaboración del protocolo diseñado. Datos a presentar en el servicio para implementación del protocolo entre personal facultativo, junto con hoja de cuidados específicos para personal de enfermería.

Se trabajará en la elaboración de un registro específico para estandarizar su utilización con la llegada del grueso de la patología respiratoria en nuestro servicio a partir de octubre de 2014. Con la evaluación periódica de los datos según indicadores elaborados.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. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. EPOC

OTRA PALABRA CLAVE 2. VMNI

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

441

**PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE AUDIOLOGÍA**

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA ANGULO PALACIN

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ IBEAS MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
- ESTEBAN URBAN ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
- GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En aproximadamente un 30% de las primeras visitas en ORL se debe de realizar una evaluación auditiva.

El personal de enfermería con formación específica en audiología es quien realiza estas exploraciones.

Algunas pruebas diagnósticas requieren un tiempo prolongado para su realización (audiometría verbal) y deben incorporarse a la cartera de servicios habitual.

Se propone una iniciativa de mejora de calidad para la creación de una Consulta de Audiología en la que se lleve a cabo el seguimiento de pacientes con hipoacusia siguiendo los criterios de un protocolo y las exploraciones audiológicas más complejas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la evolución audiológica de los pacientes con hipoacusia.

Realización de nuevas pruebas auditivas.

Reducir las visitas sucesivas en ORL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad formativa en audiología para el personal de enfermería de ORL del Sector Zaragoza I.

Establecer con los facultativos el protocolo de seguimiento de los pacientes con hipoacusia.

Crear agenda de citaciones de Consulta de Enfermería de Audiología

Puesta en marcha de la Consulta de Enfermería de Audiología en Hospital Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia

Evaluación de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes evaluados en Consulta de Enfermería de Audiología

Número de audiometría verbales realizadas.

Número de pacientes en seguimiento por hipoacusia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad formativa en audiología para el personal de enfermería: mayo 2014

Establecer con los facultativos el protocolo de seguimiento de los pacientes con hipoacusia: junio 2014

Crear agenda de citaciones de Consulta de Enfermería de Audiología: septiembre 2014

Puesta en marcha de la Consulta de Enfermería de Audiología en Hospital Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia: septiembre 2014 a marzo de 2015

Evaluación de resultados: abril 2015

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. .... 1 Nada
- 2. Disminuir 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

479

**INSTAURACIÓN DE NUEVOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECÍFICOS PARA PROCESOS QUIRÚRGICOS CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BLANCO BAIGES

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAMBAN MASCARAY NOEMI. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El problema a solucionar es la carencia de consentimientos quirúrgicos para procesos realizados hoy en día con relativa frecuencia y para las que no existe un documento específico.

Esto conlleva el tener que dar al paciente un consentimiento general sobre el que hay que escribir las complicaciones específicas de cada proceso, y con ello un la posibilidad de no aclarar todos los posibles riesgos y complicaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dar al paciente una información más adecuada y detallada sobre el procedimiento quirúrgico al que se va a someter.  
Facilitar al facultativo la práctica clínica en la consulta y agilizar los trámites en la inclusión en lista de espera quirúrgica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar protocolos quirúrgicos de intervenciones como por ejemplo: Rizartrosis, artroscopia de muñeca, transposición tendinosa, implantación de VAC, injertos óseos....

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores serán la realización de un mínimo de 10 consentimientos informados nuevos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los consentimientos se realizarán desde Julio hasta Diciembre del 2014

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. 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. ....            | 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. ....             | 4 Mucho |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

232

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON ICTUS MEDIANTE IMPLANTACION DE UN INFORME DE INGRESO EN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

## 2. RESPONSABLE ..... ISABEL CAMPELLO MORER

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENEZ MUÑOZ ALVARO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo del ingreso de pacientes con ictus agudo en las Áreas de Ictus (AI) es disminuir la morbi-mortalidad y mejorar la discapacidad mediante una estrecha vigilancia del estado neurológico y hemodinámico en las primeras 48-72h, tras las cuales el paciente es trasladado a planta de hospitalización convencional.

El informe de alta hospitalaria (IAH) es un documento fundamental en la historia clínica, con múltiples receptores y que facilita la continuidad asistencial. En el paciente con ictus, debe contener determinados datos (fecha y hora del ictus, situación funcional y neurológica al ingreso y al alta, etc) que expresan la calidad de la historia clínica y que forman parte de un conjunto de indicadores utilizados en la evaluación y seguimiento del Proceso de Atención al Ictus en el Servicio de Salud de Aragón.

En nuestro centro, la información sobre datos de ingreso, pruebas diagnósticas, plan terapéutico y posibles complicaciones durante la estancia en el AI, se constata en la historia clínica y las gráficas de enfermería, pero no se dispone de un informe de ingreso específico. La falta de uniformidad en la historia clínica, conlleva deficiencias en la información de datos relevantes que no quedan reflejados posteriormente en el IAH, lo que influye en la calidad asistencial con una repercusión negativa sobre los pacientes. Por otra parte, la falta de un informe unificado impide analizar el funcionamiento del AI en nuestro centro.

Con la implantación de un informe de ingreso en el AI se pretende unificar la información, facilitar el seguimiento del paciente en planta de hospitalización al reducir el tiempo de búsqueda de la misma, mejorar la calidad de la historia clínica y poder realizar una evaluación y seguimiento del funcionamiento del AI.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Unificar la información, facilitando los cuidados del paciente y mejorando la calidad asistencial.

- Mejorar la calidad del IAH favoreciendo la continuidad asistencial entre el Hospital y Atención Primaria, institución u Hospital de convalecencia.
- Evaluar mediante análisis retrospectivo de los informes la calidad, eficacia y eficiencia del AI, identificando puntos de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha diseñado un modelo de informe breve que facilite el seguimiento posterior del paciente y que incluye los siguientes apartados:

## Antecedentes:

- Residencia previa al ingreso, situación funcional previa (Escala de Rankin)
- Factores de riesgo vascular y control de los mismos
- Comorbilidad, alergias e intolerancias
- Tratamiento domiciliario

Enfermedad Actual: Constatar la fecha y hora de inicio del ictus, procedencia.

## Exploración:

- Constantes vitales en el servicio de urgencias (TA, Tª, Saturación de O2, Glucemia y frecuencia cardiaca)
- Constantes vitales a su ingreso en AI
- Escala de Glasgow, Escala NIH y Escala Canadiense al ingreso

## Pruebas Complementarias:

- ECG, Rx tórax, TAC cerebral, Analítica con perfil lipídico, Ecodoppler de TSA
- Otras pruebas realizadas durante su estancia
- Pruebas solicitadas pendientes de realizar al alta del AI

Evolución: Se dejará constancia de las posibles complicaciones durante el ingreso que hayan requerido tratamiento (crisis hipertensivas, hiperglucemia, arritmias, hipoxemia, hipertermia, infección respiratoria, del tracto urinario, deterioro neurológico, crisis epilépticas, delirium, etc), si es portador de sonda vesical o nasogástrica, y la situación neurológica al alta (escala NIH).

## Diagnóstico:

- Diagnóstico principal: sindrómico, clínico, topográfico y etiológico (probable o definitivo)
- Otros diagnósticos

Tratamiento: Antiagregación, anticoagulación, estatinas. Deberá figurar si el paciente ha iniciado tratamiento rehabilitador.

Destino: Planta de hospitalización, UCI, domicilio, éxitus.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se obtendrá el número total de pacientes ingresados en el Área de Ictus de mayo a diciembre de 2014, ambos inclusive. Los informes se registrarán en una base de datos y mediante análisis retrospectivo se evaluará:

- Pacientes ingresados en el AI que tengan realizado al alta el informe de ingreso. (Debe cumplirse al menos en el 75%)
- Informes de ingreso en los que se cumplan todos los procedimientos detallados en el apartado anterior

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

232

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON ICTUS MEDIANTE  
IMPLANTACION DE UN INFORME DE INGRESO EN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

(antecedentes, enfermedad actual, exploración, pruebas complementarias, evolución, diagnóstico, tratamiento y destino). (Se espera un cumplimiento al menos del 60%)

Se realizará además un estudio retrospectivo para evaluar el funcionamiento del área de ictus identificando los puntos de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se pondrá en marcha el 1 de mayo de 2014 y pretende mantenerse en el tiempo de manera indefinida.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

325

## 1. TÍTULO

**INFORME DE ALTA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN PACIENTES INSULINIZADOS EN EL HOSPITAL.**

## 2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA CAMUÑAS PESCADOR

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA LABORDA ANGELA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- LOPEZ ALCUTEN EVA. 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

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

La propuesta de mejora Informe de alta de Educación Diabetológica en pacientes insulinizados en el hospital pretende ser un elemento de comunicación y coordinación entre la enfermería de atención especializada y la enfermería de atención primaria.

La coordinación del trabajo de enfermería en relación a la Educación Diabetológica fue uno de los temas que ya se plantearon en las Jornadas de Actualización en la Insulinización para Enfermería que se realizaron en el Hospital Royo Villanova en 2013 impartidas por endocrinólogos y enfermeras educadoras en diabetes del hospital Royo Villanova y CME Grande Covián.

El programa educativo iniciado por la Educadora en Diabetes del hospital: Educación Diabetológica de Supervivencia y Básica es reforzado, desarrollado y ampliado: Educación Diabetológica Avanzada en otros casos, a nivel extrahospitalario.

Consideramos de interés a propuesta de mejora: Informe de alta de Educación Diabetológica en pacientes insulinizados en el hospital como oportunidad para una mejor comunicación entre el hospital, el centro de Especialidades y los Centros de Atención Primaria puesto que no siempre llega la información en relación a los conocimientos, habilidades y destrezas en los que se adiestra al paciente para el manejo de su enfermedad de cara a la monitorización de estos cuidados y la realización de nuevas intervenciones educativas.

En la actualidad existe un documento extraído del Manual de Educación Diabetológica Básica de Pacientes Adultos: Informe de enfermería para la coordinación en la atención de los pacientes diabéticos, que la Educadora del Hospital remitía vía correo interno a la Educadora del Centro Médico de Especialidades; y junto a la solicitud que se realizaba a los Centros de Atención Primaria para que al paciente se le entregaran las tiras reactivas y las agujas para la administración de insulina se adjuntaba un pequeño resumen del tipo de educación diabetológica iniciada en el hospital: autocontrol, técnica de inyección, manejo de las situaciones de hipoglucemia, ... esto no siempre.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es primer año que se presenta la propuesta de mejora.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como resultados esperamos conseguir:

- \* Que todos los pacientes que han sido insulinizados en el hospital y que han recibido una intervención educativa por parte de la Educadora del Hospital, cuenten con un informe de alta por escrito de este proceso.
- \* Que este informe de alta complementa el Informe de alta de enfermería que ya se viene realizando en los Hospitales.
- \* Que el informe sea de fácil cumplimentación y pueda estar a disposición de todos aquellos profesionales.
- \* Que pueda ser uno de los informes a consultar en la intranet del sector sanitario Zaragoza I

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las Actividades y Método van a consistir en:

- \* Elaboración del informe de alta de Enfermería en Educación Diabetológica por parte del equipo de enfermeras educadoras, enfermeras del servicio de endocrino y el consenso con los endocrinólogos del Servicio.
- \* Se presentará el documento a las Direcciones de Enfermería del Hospital Royo Villanova y CME. Grande Covián y a la Dirección Médica.
- \* Se presentará el informe a las Comisiones de Cuidados de Enfermería y Documentación del Hospital Royo Villanova
- \* Solicitud para que el informe pueda ser incluido en la Intranet del Sector I

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores planteamos:

- \* Que un 80% de los pacientes que han sido insulinizados en el hospital cuenten con el informe de alta de Educación Diabetológica.
- \* Que en un 90% de los informes de alta se registren instrucciones para el manejo de las situaciones de hipoglucemia: uso del glucagón.
- \* Que en un 80% de los informes de alta se incluya la valoración psicosocial del paciente, apoyos familiares, grado de aceptación de la enfermedad.
- \* Que en un 75% de los informes aparezca registrado el valor de la hemoglobina glicosilada.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:

Mes de abril:

- \* Elaboración del informe de alta de Enfermería en Educación Diabetológica por parte del equipo de enfermeras educadoras, enfermeras del servicio de endocrino y el consenso con los endocrinólogos.

Mes de Mayo:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

325

**INFORME DE ALTA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN PACIENTES INSULINIZADOS EN EL HOSPITAL.**

\*:Se presentará el documento a las Direcciones de Enfermería del Hospital Royo Villanova y CME. Grande Covián y a la Dirección Médica.

Finales Mayo:

\*Se presentará el informe a las Comisiones de Cuidados de Enfermería y Documentación del Hospital Royo Villanova.

Junio: Solicitud al Servicio de Informática inclusión del informe de Alta en la Intranet

Junio: Presentación del documento a Atención Primaria.

Finales de Junio: Puesta en marcha del documento.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pacientes con diabetes

OTRA PALABRA CLAVE 2. tratamientos con insulina

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. ....                       | 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

326

**ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS, COMO NUEVO PROCEDIMIENTO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA.****2. RESPONSABLE** ..... RAQUEL CANO LAZARO

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- HERNANDO PARRA FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
- TOLON SORO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
- ESPEC ALBALAD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
- GIMENEZ PEREZ SILVINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
- ROCHE ORDUNA MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
- SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
- TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La inclusión de un nuevo procedimiento quirúrgico en el Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza sin formación previa de los profesionales de enfermería, plantea la necesidad de su protocolización.

La especialización propia de este servicio, y la superespecialización de los profesionales de enfermería dentro del mismo, pone de manifiesto el incremento de la complejidad asistencial.

El protocolo se objetiva como una herramienta para unificar criterios y mejorar la calidad asistencial, y además permite la optimización de los recursos humanos y materiales,

Se selecciona como instrumento de priorización el método Hanlon.

Las oportunidades de mejora incluyen:

La creación de un nuevo protocolo de enfermería

Su posterior revisión y actualización

La revisión del carro de RCP avanzada

La mejora de la comunicación interprofesional

La situación de partida pretende crear una misma línea de actuación de las enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, que dote de calidad asistencial al periodo perioperatorio en la implantación de marcapasos.

Las fuentes de información incluyen una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, así como aquella información proveniente de la docencia del equipo de profesionales incluidos en el equipo quirúrgico con experiencia en la implantación de marcapasos.

La importancia y utilidad de la elaboración y actualización de un protocolo en el implante de marcapasos, está relacionada con:

La unificación de criterios en los cuidados perioperatorios del paciente

La prevención de las posibles complicaciones, así como la actuación eficiente en caso de que aparezcan

La utilización del protocolo como punto de partida y como instrumento de comunicación y capacitación de los profesionales implicados, permitiendo la información, formación y orientación permanente

La adecuación del protocolo al modelo estandarizado de uso en el Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** .Aún no se dispone de resultados.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Los resultados que se pretenden conseguir incluyen:

- La creación de un grupo de trabajo
- La unificación de criterios de actuación dentro del circuito quirúrgico (preanestesia, quirófano y despertar), así como en la atención perioperatoria del paciente.
- La mejora de la comunicación interprofesional de cara a agilizar el procedimiento, optimizando el tiempo quirúrgico.
- La eliminación de factores de riesgo que favorezcan la aparición de resultados erróneos.
- La prevención de posibles complicaciones en la atención del paciente, y la actuación inmediata, protocolizada y eficaz en el caso de que aparezcan.
- La estandarización de las actividades de enfermería en la implantación de marcapasos.
- La optimización de los recursos materiales y humanos.
- Servir de apoyo como ayuda a los profesionales de nueva incorporación en el servicio, y a aquellos del propio servicio desconocedores del procedimiento.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** - Formación de un grupo de trabajo.

- Elaboración de un protocolo consensuado, ajustado al modelo estandarizado del servicio, y basado en la evidencia.

- Implantación del protocolo

- Realización de revisiones periódicas.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Número de trabajadores informados / número de trabajadores del servicio  
Número de enfermeros formados / número de enfermeros del servicio**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Inicio del proyecto: Abril 2014 / Finalización: Octubre 2014.

Programa de actividades:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

326

**ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS, COMO NUEVO PROCEDIMIENTO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA.**

- Formación del grupo de trabajo: abril 2014.
- Revisión bibliográfica, y formación del grupo por profesionales experimentados y formados: abril / mayo 2014.
- Elaboración del protocolo inicial: mayo 2014.
- Adaptación del protocolo al modelo estandarizado: junio 2014.
- Actualizaciones mensuales a partir del modelo estandarizado, mediante reuniones del grupo de trabajo.
- Sesiones clínicas de enfermería e interprofesionales:
  - presentación del protocolo inicial: mayo 2014 (enfermería)
  - protocolo estandarizado: junio 2014 (enfermería)
  - resto de sesiones: septiembre a octubre de 2014 (enfermería e interprofesionales)
- Resultados: octubre 2014.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. 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. ....             | 3 Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

352

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INFLIXIMAB EN HOSPITAL DE DÍA 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.**

- PEÑA GONZALEZ ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
- SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La utilización de infliximab (fármaco biológico antiTNF $\alpha$ ) en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, se ha incrementado de forma exponencial en los últimos tres años. Su administración intravenosa obliga a un ingreso hospitalario o al uso de las instalaciones de Hospital de día. Dado el aumento del número de pacientes que precisan este tratamiento, nos vemos abocados a la búsqueda de estrategias para optimizar los recursos de personal y tiempo de dedicación que requiere esta terapéutica y así mismo aprovechar lo más posible la dosis necesaria y maximizar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Mejorar la organización entre los servicios de Aparato Digestivo, Farmacia y personal de hospital de día. Lo que favorecerá el estrecho control clínico que precisan estos pacientes, previo a cada infusión del fármaco. Minimizando así la pérdida de dosis de un fármaco de precio elevado. Así mismo, se pretende acortar el tiempo de estancia del paciente en las instalaciones de hospital de día, favoreciendo un uso más ágil de las mismas. También se pretende mejorar la citación de sucesivas infusiones.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** • Realización de una sesión clínica conjunta de facultativos del servicio de Farmacia, Digestivo y personal de hospital de día, para la puesta en común del proyecto y recoger aportaciones sobre distintas oportunidades de mejora.

- Elaboración de un documento que estructure los pasos a seguir para el paciente cada día que precise de la administración de infliximab, desde la confirmación facultativa de la administración del fármaco, hasta la dispensación de la siguiente cita correspondiente.

- Divulgación de dicho documento a todos los pacientes que están en tratamiento con infliximab, por parte del Servicio de Aparato Digestivo en este momento, personal de enfermería de hospital de día y Servicio de Farmacia.

- Ampliación del protocolo de administración del fármaco, en base a evidencias científicas actuales, para disminuir el tiempo de administración del fármaco en pacientes seleccionados.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Seguimiento del número de infusiones realizadas en hospital de día a lo largo del siguiente año a la puesta en marcha de este proyecto. Evaluar si existe una mejora en la organización que permita:

- .- Agilizar el uso de las instalaciones y recursos humanos del hospital de día del hospital Royo Villanova.
- .- Minimizar la pérdida de dosis, al mejorar el control clínico de los pacientes previo a la administración del fármaco.
- .- Agrupar a los pacientes para optimizar el uso de viales del fármaco.
- .- Evaluar si aparecen efectos adversos relacionados con el acortamiento del tiempo de infusión del fármaco.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Abril-Mayo 2014:

- .- Realización de la sesión clínica conjunta que permita el inicio del proyecto.
- .- Elaboración del documento de consenso que permita mejorar la coordinación entre servicios y con los propios paciente de enfermedad inflamatoria en tratamiento con infliximab.

## Mayo-Septiembre 2014:

- .- Inicio de las actividades propuestas para la mejora: acortamiento del tiempo de infusiones, agrupación de pacientes, paso previo de los mismos por la consulta monográfica para mejorar su control clínico.

Diciembre 2014.....Análisis del registro del número de infusiones de infliximab administradas en hospital de día, tiempo requerido para las mismas, pérdidas de cita, pérdidas de dosis y control de visitas sucesivas.

**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. Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

352

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INFLIXIMAB EN HOSPITAL DE DÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I.**

infiximab

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. ....            | 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

187

## 1. TÍTULO

**DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA**

2. RESPONSABLE ..... ELENA CONDON GRACIA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MONTESINOS SILVIA. PSICOLOGO/A. H ROYO VILLANOVA. PSICOLOGIA CLINICA  
· ARENAS FERNANDO. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN.  
· PRAT BALDOVIN NURIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Como ya indicamos en su día, la demencia es un síndrome que afecta de forma intensa a la familia y conlleva no sólo un sistema de atención al paciente sino también un adecuado apoyo continuo al familiar que ejerce como cuidador para ayudarlo a aceptar y superar el diagnóstico y a reducir el stress. Este cuidador, familiar o no, de un paciente con demencia es quien se encarga de proporcionar la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a estos enfermos y les permite seguir viviendo en su entorno de una manera confortable y segura a pesar de no ser independiente a la vez que se constituye en un elemento de unión entre el paciente y el profesional facilitando la prolongación y adecuación terapéutica. Por ello, el cuidador proporciona un apoyo sanitario muy importante y un ahorro significativo al sistema sanitario. La intervención sociofamiliar (cuidador) se ha demostrado una medida terapéutica muy eficaz en la atención al paciente con demencia. Sin embargo, esta asistencia del cuidador conlleva la necesidad de formación y también un coste sanitario, el riesgo de desarrollar el S. del cuidador. Nuestro Proyecto busca ante todo formar y prevenir el desarrollo del S. del cuidador a través de una atención sociosanitaria más adecuada y una formación sobre demencia y habilidades en el cuidador. Desde hace más de tres años venimos realizando esta intervención sobre los cuidadores más afectados de entre nuestros pacientes. Hemos demostrado una disminución de las necesidades de Atención Especializada junto con una mejoría psicosocial del familiar que ha redundado en una mejor atención al paciente con demencia. Les hemos proporcionado información y recursos sociales y psicológicos para enfrentarse a este proceso crónico a la vez que han podido compartir problemas, experiencias y sentimientos entre ellos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Es una actividad que venimos realizando desde hace aproximadamente cuatro años, pero de forma discontinua en el último año por la presión asistencial y que confiamos volver a retomar incorporando a una psicóloga. A lo largo de este periodo de tiempo hemos observado que con esta atención hemos alcanzado varios objetivos:

- Reducción significativa de las visitas no programadas a la consulta de neurología y cuando vienen las preguntas de los cuidadores son más concretas y dirigidas o el problema que plantean está más delimitado lo que facilita nuestra confirmación y sobre todo nuestra orientación terapéutica
- Los cuidadores han asumido más fácilmente el rol de cuidador y ha aumentado su confianza y autoestima y en consecuencia la relación paciente-cuidador ha mejorado.
- Hemos detectado y atendido sobrecargas excesivas del cuidador.
- Se les ha facilitado información sobre las posibilidades de apoyo y soporte, la Ley de Dependencia y de la Incapacitación del paciente.
- Se han establecido entre los cuidadores redes de apoyo, amistad e información dando nosotros simplemente el empuje y dejándoles plena autonomía.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo es seguir con los grupos ya establecidos y abrir esta posibilidad a nuevos cuidadores. En todos ellos esperamos:

- Aumentar el grado de conocimiento eficaz de la enfermedad, especialmente clínico (de las posibles complicaciones para prevenirlas o si aparecen detectarlas precozmente) y de opciones terapéuticas alternativas no farmacológicas.
- Disminuir la angustia derivada del desconocimiento del proceso y de su evolución. Las dudas y preocupaciones generan angustia y pueden causar mala atención al paciente.
- Facilitar una atención eficaz y continuada a estos pacientes con demencia. Establecer un equilibrio entre la ayuda que necesita y la que se le preste con entusiasmo, comprensión, respeto y dignidad.
- Facilitar la adaptación, de paciente y cuidador, a los cambios que vayan apareciendo en función del momento en que aparezcan.
- Formar un grupo terapéutico en el cual verbalizar sus sentimientos compartir problemas, experiencias y sentimientos con otros cuidadores que le ayudará a aceptarlos, tolerarlos y controlarlos mejor que sepa que no está sólo y gane confianza en sí mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de sesiones cada 15 días cuya dinámica es siempre la misma:
- 1- Introducción. Buscamos aportar a todos los cuidadores una información veraz, completa de las características de la demencia y adecuada a su nivel de formación. Esta introducción la dividimos en tres partes:

- Información sobre la demencia (características clínicas, diagnóstico, los diversos tipos con sus

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

187

**DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA**

peculiaridades, problemas evolutivos, opciones terapéuticas al margen de la farmacológica, etc.).

- Información sobre el síndrome del cuidador y modo de prevenirlo o disminuir su repercusión,
  - Abordaje de problemas concretos de la demencia: trastorno del sueño, alteración conductual, problemas alimentación, etc.
- 2- Taller grupal. Discusión en grupo de problemas concretos a petición de los cuidadores compartiendo problemas y experiencias con puesta en común de soluciones.
- 3- Terapia de apoyo. Para descargar ansiedad, stress y frustración, permitiéndoles en un entorno controlado por nosotros el verbalizar sus sentimientos (huyendo de sentimientos de culpa, angustia o negativismo) para ayudarles a aceptarlos y también el hecho de que el familiar este con la demencia.

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

- Respuesta de los familiares a las diversas sesiones grupales.
- Detección de problemas derivados de la atención a estos pacientes y solución del mismo.
- Grado de satisfacción del familiar.
- Puntuación en la escala Zarit (Escala de Carga del Cuidador) y el Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson, antes y después del paso por el grupo de sesiones para ver en qué medida podemos prevenir o aliviar el síndrome del cuidador.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:                      Fecha de finalización:

Caleandario:

Al ser una actividad que ya venimos realizando esperamos seguir con la misma dinámica dada la gran acogida que ha tenido entre los cuidadores y a la vez que mantener las reuniones con los grupos ya establecidos facilitar la incorporación de forma progresiva de nuevos grupos de cuidadores conforme vayamos diagnosticando pacientes pero siempre de un modo controlado y lo más homogéneos posibles. Esta actividad se ha consolidado en nuestra Cartera de Servicios así como entre las ofertas que presentamos a los familiares de nuestros pacientes y dado que la demencia es un proceso crónico que desgasta a la familia consideramos que debe existir una continuidad en esta atención por nuestra parte.

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. Cuidadores

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

278

**PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA EN ORL PARA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I**

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE DE FRANCISCO GARCES

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
- EL-UALI ABEIDA MAHFOUD. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología otorrinolaringológica es tremendamente frecuente en Atención Primaria, algunos datos sugieren que alcanza el 40% de las consultas. Por otra parte, sus conocimientos abarcan un campo tan extenso (otología, rinología, faringolaringología, patología cervico-facial y patología vestibular), que hace compleja su actualización. Se propone como iniciativa de mejora de calidad la realización de un programa de formación continuada presencial en Otorrinolaringología para los Centros de Salud de Atención Primaria del Sector Zaragoza I.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada Incorporación a la práctica clínica de conocimientos que mejoren el manejo de pacientes con patología otorrinolaringológica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentación del proyecto en los Centros de Salud . Introducción de las modificaciones en el programa sugeridas desde A. Primaria. Realización de actividades formativas presenciales en los Centros de Salud urbanos del Sector Zaragoza I siguiendo un programa específico que actualiza los conocimientos de Otorrinolaringología para Atención Primaria. Las presentaciones se realizan tres veces al año. El programa de Formación se prolonga por dos años para completar el ciclo formativo. Al finalizar el primer año se evalúa con A. Primaria la evolución del Programa Formativo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de presentaciones realizadas en cada Centro de Salud Valoración anual del grado de satisfacción con el programa de Formación Continuada por los facultativos de Atención Primaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión de los facultativos ORL del Sector: mayo 2014  
Presentación de la propuesta de actuación en Centros de Salud: mayo 2014  
Elaboración del Programa definitivo: mayo 2014  
Reuniones periódicas en cada Centro de Salud: mayo y noviembre 2014, febrero 2015  
Evaluación: marzo 2015

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). ... | 1 Nada     |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 1 Nada     |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

358

**IMPLEMENTACION DE UN NUEVO BIOMARCADOR CARDIACO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SCA MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA****2. RESPONSABLE** ..... ROCIO ESCRICHE ROS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- ANDRES NILSSON JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- BONED JULIANI BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. BIOQUIMICA
- CAMPOS GUTIERREZ ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- LEGAZCUE ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- GARGALLO PLANAS BEGOÑA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- SARASA CLAVER PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La troponina cardíaca es el biomarcador de elección para el diagnóstico de necrosis miocárdica, ya que es la más sensible y específica. En consecuencia, las guías de práctica clínica JESC/ACCF/AHA/WHF hablan de las troponinas cardíacas como el biomarcador gold standard para el diagnóstico de necrosis miocárdica.

En la definición de IAM se especifica que debe ser diagnosticado en presencia de incremento y/o descenso de troponina cardíaca, con al menos un valor sobre el p99 de la población sana de referencia, si hay síntomas sugestivos de isquemia miocárdica o cambios en ECG indicativos de isquemia.

La introducción de las troponinas cardíacas ultrasensibles (alta sensibilidad) introducen la ventaja de detectar la isquemia miocárdica más temprano e identificar más casos de IAM, con el consiguiente descenso en el diagnóstico de angina inestable.

La definición de IAM de 2007, engloba la presencia de clínica de isquemia, un valor de troponina cardíaca por encima del percentil 99 de referencia, con un incremento o descenso de la misma (cinética) durante un periodo de evolución clínica de 24h.

La troponina cardíaca ultrasensible (TnT us) incorpora varias mejoras clínicas, por un lado en los sujetos sanos mejora la calidad de medida del percentil 99, incorporando el cálculo de variabilidad biológica (determinación de cinética); en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo permite disminuir el tiempo de diagnóstico, el reconocimiento de IAM más pequeños (los angor inestables previos) e identificación de más pacientes con síntomas.

La principal ventaja de la TnT us es el aumento de sensibilidad, lo que se traduce en una mayor capacidad de diagnóstico, permitiendo detectar a un mayor número de pacientes con SCA y de forma más precoz.

Aunque la TnT us es cardioespecífica, no es coronarioespecífica, por lo que la nueva determinación va a provocar que tengamos con mayor frecuencia falsos positivos, en cuanto a especificidad de isquemia coronaria, ya que hay bastantes patologías y circunstancias que pueden dar estos falsos positivos como la insuficiencia cardíaca, sepsis, taquiarritmias, TEP, enfermedad renal grave, pacientes dializados, el ejercicio intenso...

Para minimizar este efecto y diferenciar entre un evento agudo y una entidad clínica crónica, se recomienda la realización de determinaciones seriadas para observar la cinética del biomarcador (el aumento o descenso de la concentración en el tiempo), dentro de un contexto clínico compatible con isquemia miocárdica aguda.

De esta forma, los criterios diagnósticos de IAM se basan en contexto clínico (síntomas de isquemia, cambios en ECG sugestivos de proceso agudo o detección por técnica de imagen de un área nueva de infarto), una concentración elevada de troponina cardíaca (valor por encima del p99) y un perfil dinámico de la concentración de troponina cardíaca (con aumento o descenso de la misma durante un período de tiempo).

El valor de la TnT hs puede ofrecer información útil, especialmente en casos de IAM sin elevación del segmento ST, angina de pecho, miocarditis, embolia pulmonar e insuficiencia renal, ayudando a establecer un diagnóstico definitivo.

Partiendo de esta premisa, y con la experiencia previa del servicio de urgencias con un estudio comparativo del nuevo biomarcador cardíaco con la medición tradicional disponible en nuestro centro, se ha evidenciado la necesidad de consensuar criterios de actuación y divulgación de una correcta interpretación del nuevo biomarcador entre el personal facultativo, con la necesidad de implantación de un protocolo consensuado entre los servicios de urgencias, cardiología, UCI y bioquímica, para unificar interpretaciones y procedimiento a seguir con los pacientes una vez puesto en marcha el funcionamiento del nuevo biomarcador en nuestro centro. Así mismo, se ha pensado continuar con el seguimiento de pacientes para verificación de la ganancia en los tiempos diagnósticos en urgencias y concordancia de positivos con lesiones cardíacas durante ingreso hospitalario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Divulgación del cambio de biomarcador cardíaco y su correcta interpretación entre el personal facultativo hospitalario.

- Elaboración y consolidación de un protocolo consensuado multidisciplinar de Síndrome Coronario Agudo con unificación de criterios de seriación, alta, ingreso y tratamiento específico.

- Difusión de protocolo entre personal facultativo y disposición del mismo a nivel telemático en biblioteca de documentos disponible en intranet.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

358

**IMPLEMENTACION DE UN NUEVO BIOMARCADOR CARDIACO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SCA MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

- Medición de la eficacia de TnT us en cuanto a tiempos de espera diagnóstica en urgencias y correlación de lesiones en los casos positivos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Divulgación del cambio de biomarcador cardiaco y su correcta interpretación entre el personal facultativo hospitalario.

- Elaboración y consolidación de un protocolo consensuado multidisciplinar de Síndrome Coronario Agudo con unificación de criterios de seriación, alta, ingreso y tratamiento específico.

- Difusión de protocolo entre personal facultativo y disposición del mismo a nivel telemático en biblioteca de documentos disponible en intranet.

- Medición de la eficacia de TnT us en cuanto a tiempos de espera diagnóstica en urgencias y correlación de lesiones en los casos positivos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de casos de estudio comparativo en urgencias entre TnT us y troponina convencional disponible hasta ahora.

- Elaboración de protocolo consensuado multidisciplinar de síndrome coronario agudo incorporando el manejo e interpretación del nuevo biomarcador.

- Realización de sesiones clínicas para implementación y estandarización del protocolo elaborado.

- Disposición del protocolo en biblioteca de documentos disponible en la intranet del sector.

- Seguimiento de pacientes con diagnósticos relacionados para valoración de la eficacia del nuevo protocolo, con medición de tiempos de espera diagnóstica en urgencias, correcta aplicación del protocolo y correlación de lesiones cardiacas con cinética enzimática positiva.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Medición de la estancia media en horas del paciente con dolor torácico en urgencias hasta su resolución (alta/ingreso)

o Período de observación: junio 2014 a enero 2015

o Medición de datos: octubre 2014 y febrero 2015

- Indicador de resultados de aplicación del protocolo:

o  $(\text{N}^\circ \text{ pacientes que acuden a urgencias con necesidad de estudio de dolor torácico y alta posterior} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes en urgencias con necesidad de estudio de dolor torácico}) \times 100$

o  $(\text{N}^\circ \text{ pacientes que acuden a urgencias con necesidad de estudio de dolor torácico e ingreso posterior} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes en urgencias con necesidad de estudio de dolor torácico}) \times 100$

o Período de observación: junio 2014 a enero 2015

o Fuente de datos: PCH

o Medición de datos: octubre 2014 y febrero 2015

- Indicador de cumplimentación de protocolo:

o  $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que acuden a urgencias con necesidad de estudio de dolor torácico y aplicación de protocolo} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes que acuden a urgencias con necesidad de estudio de dolor torácico}) \times 100$

o Período de observación: junio 2014 a enero 2015

o Nivel deseado de cumplimiento: 100%

o Fuente de datos: PCH

o Medición de datos: octubre 2014 y febrero 2015

- Indicador de correlación lesional cardiaca con cinética enzimática positiva:

o  $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes con seriación enzimática positiva y lesión cardiaca confirmada en ingreso} / \text{total de n}^\circ \text{ de pacientes con seriación enzimática positiva}) \times 100$

o Período de observación: junio 2014 a enero 2015

o Nivel deseado de cumplimiento: 60%

o Fuente de datos: PCH e HCE.

o Medición de datos: octubre 2014 y febrero 2015

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2014

Fecha de finalización: Marzo 2015

Caleandario Actividades:

- Análisis de estudio comparativo previo: abril 2014

- Elaboración de protocolo: mayo 2014

- Sesión clínica y difusión: mayo 2014

- Protocolo telemático: junio 2014

- Seguimiento de pacientes: junio, julio, agosto, sept, oct, nov, dic 2014 y enero 2015

- Medición indicadores: octubre 2014 y febrero 2015

- Evaluación de datos: marzo 2015

11. OBSERVACIONES. El desarrollo del programa parte de la experiencia clínica previa en el servicio de urgencias por medio de estudio comparativo de biomarcadores cardiacos. Naciendo de la necesidad de consensuar criterios de actuación e interpretación ante la inminente implantación de la TnT us en nuestro centro, siendo un trabajo a desarrollar de forma multidisciplinar entre servicios.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

358

**IMPLEMENTACION DE UN NUEVO BIOMARCADOR CARDIACO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SCA MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

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

### INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TROPONINA T ULTRASENSIBLE

OTRA PALABRA CLAVE 2. SINDROME CORONARIO AGUDO

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

413

**RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRABAJADORES. SECTOR ZARAGOZA I**

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNAD USON MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- PASTOR GIL MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Aragón, en el año 2013 de acuerdo con las estadísticas del ISSLA (Instituto aragonés de seguridad y salud laboral), los accidentes de trabajo por infartos, derrames cerebrales y otras causas no traumáticas suponen el 0,2% del total de accidentes, siendo la segunda causa de accidente grave (26,4%) y la primera causa de accidente mortal (41,2%). En el ámbito de la unidad básica de prevención y con motivo de la Vigilancia de la salud, obligación recogida en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales tenemos la oportunidad de detectar de forma precoz las personas con riesgo de padecer la enfermedad cardiovascular. La accesibilidad a las unidades básicas facilita la promoción de la salud y educación sanitaria. El cálculo del riesgo cardiovascular con las tablas SCORE y REGICOR ayuda a la toma de una decisión correcta dentro de una adecuada política de prevención.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la situación respecto al riesgo cardiovascular de la población trabajadora del ámbito de actuación del Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales, Zaragoza I y adecuar el consejo preventivo de forma personalizada en los informe de vigilancia de la salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Con motivo de la Vigilancia de la salud, recogida de los siguientes datos: edad, sexo, perfil lipídico y tensión arterial, tabaquismo y diabetes.

Cálculo del riesgo de cardiovascular con las tablas SCORE Y REGICOR SCORE basado en las cifras de colesterol total, HDL colesterol, tensión arterial edad, sexo, colesterol total, diabetes y tabaquismo).

Clasificación del riesgo cardiovascular.

Actividades preventivas: consejo dietético y estilo de vida.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Cumplimentación en informe de vigilancia de la salud del riesgo cardiovascular

- Determinación de de otros factores de riesgo cardiovascular.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A lo largo de todo el año en curso 2014. Con inicio en abril 2014, dentro del cronograma de vigilancia de la salud establecido.

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

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. 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. ....             | 3 Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

280

**ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA**

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ LIESA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente la demora para primera visita en Otorrinolaringología es excesivamente larga.

Por otra parte, la patología otorrinolaringológica alcanza el 40% de las consultas Atención Primaria.

Es necesario conocer mejor la demanda desde Atención Primaria para poder atender mejor sus necesidades.

Por ello se propone una iniciativa de mejora para analizar las derivaciones desde Atención Primaria y conocer los problemas por los que se solicita consulta especializada, su priorización y una valoración de su adecuación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer las necesidades de Atención Primaria respecto de la patología ORL  
Valorar la adecuación de la demanda de consultas otorrinolaringológicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de una encuesta de recogida de datos para valoración de las primeras visitas en ORL.

Recogida de datos de primeras visitas, por parte de los facultativos ORL del Sector, durante al menos tres meses.

Evaluación de los resultados.

Presentación de los resultados.

Propuestas de mejora para Atención Primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de primeras visitas analizadas

Presentación de los resultados del estudio

Realización de propuestas a Atención Primaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en el mes de mayo de 2014, duración 5 meses.

Elaboración de una encuesta de recogida de datos: mayo de 2014

Recogida de datos: mayo-septiembre 2014

Resultados del estudio de la demanda de primera consulta en ORL: octubre 2014

Propuestas de actuación: octubre 2014

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. ....            | 2 Poco     |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 4 Mucho    |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco     |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 1 Nada     |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

019

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COAGULACION URGENTE**

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.

- CARRASCO BARAJA VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- SARRAT TORRES MARCO ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- PEREZ LAYO ANGELES. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- VICENTE MOLINERO ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El coste medio de atender a un paciente en un servicio de Urgencias estadounidense ha pasado de 560 dólares en 2003 a 1.354 en 2011, es decir, ha aumentado un 264 por ciento en menos de una década. De hecho, las pruebas diagnósticas, tratamientos e ingresos ordenados desde este servicio suponen entre el 5 por ciento y el 10 por ciento del gasto sanitario total anual del país. En España el gasto sanitario global en los últimos años se ha incrementado al ritmo del 4,4% anual, y se espera la misma línea evolutiva hasta 2016.

Bajo el principio director de que la racionalización de costes constituye también un deber ético de los profesionales, un grupo de profesionales liderados por Jeremiah D. Schuur, del Servicio de Urgencias del Hospital Brigham and Women's (Universidad de Harvard), ha detectado las cinco pruebas prescindibles que más gasto pueden evitar.

El estudio, publicado en JAMA Internal Medicine, recoge en quinto lugar como responsable del gasto evitable la prescripción de estudios de coagulación en pacientes sin hemorragia ni sospecha de coagulopatía.

Además de consumo de tiempo y recursos económicos, sobrecarga en Urgencias y Laboratorio, ansiedad del paciente y probablemente no contribuir al diagnóstico, los estudios de coagulación indiscriminados podrían generar tratamientos innecesarios o nuevos procedimientos diagnósticos sin utilidad.

Por estos motivos, consideramos necesario establecer un protocolo de solicitud de pruebas de coagulación urgente con la finalidad de alcanzar una mejora en la gestión de este recurso sin impacto negativo en la atención del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No existe actualmente en ningún Hospital de la comunidad un protocolo de adecuación de solicitud de pruebas de coagulación.

Consideramos el Hospital Royo Villanova como modelo favorable para ser pionero en la implantación del mismo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción del número de estudios de coagulación en pacientes sin patología significativa en cuanto a riesgo de sangrado (p.ej pacientes con alta directa).

Una reducción en el coste anual de pruebas de laboratorio y de los procesos en Urgencias con base al coste de determinación individual del estudio de coagulación básico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer el siguiente protocolo de solicitud de coagulación urgente, realizando estudio de coagulación únicamente cuando se cumpla alguna de las indicaciones protocolizadas

Código 1. Anticoagulados.

Código 2. Trastornos hemorrágicos:

En general, en cualquier sangrado cutáneo (petequias, equimosis, hematomas, púrpuras) o mucoso (epistaxis, gingivorragias, menorragias, hemorragia gastrointestinal, hematuria, hemoptisis), o en otras localizaciones (hemorragias músculo-esqueléticas, retroperitoneal o intrabdominal o del SNC)

Código 3. Trombosis o embolias venosas y arteriales:

En general, en cualquier sospecha de Embolia o Trombosis venosa o arterial en cualquier territorio ( Síndrome Coronario, Ictus, TVP-Embolismo pulmonar, etc)

Código 4. TCE con indicación de TAC cerebral.

Código 5. Politraumatismos graves.

Código 6. Preoperatorio.

Código 7. Infecciones graves (activación de código sepsis grave o Shock séptico).

Código 8. Pacientes con inestabilidad hemodinámica (hipotensión, shock, arritmia, etc) o respiratoria (insuficiencia cardiaca o respiratoria aguda).

Código 9. Enfermedad hepática (sospecha de hepatitis aguda, hepatopatía crónica-cirrosis)

Código 10. Alteraciones hematológicas: Alteraciones primarias, Citopenias, Alteraciones de las plaquetas (trombocitosis/plaquetopenia), etc.

Código 11. Oncológicos.

Código 12. Pacientes con diagnóstico de trastornos hemorrágicos hereditarios (hemofilia, enfermedad de von Willebrand).

Código 13. Sospecha de déficit de vitamina K: malabsorción, desnutrición, etc.

Código 14. Otras indicaciones no principales ni establecidas anteriormente. Se señalará: "comentado con el

Hematólogo: Especificar motivo.....".

Con la finalidad de implementar estos códigos, se añadirá en la pestaña de solicitud de laboratorio el código correspondiente.

En los supuestos que no se indique el código, el laboratorio procederá al almacenaje de la muestra en la nevera, indicando en el volante de resultados: Muestra coagulación: reservada en laboratorio.

Se realizará transmisión de la información mediante sesión clínica a los facultativos y enfermería de

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

019

**IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COAGULACION URGENTE**

urgencias, con la finalidad de lograr el feed-back necesario para su implantación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Reducción absoluta del número total de solicitudes de coagulación desde urgencias con respecto mismo periodo de 2013.

- Reducción relativa (%), número de solicitudes ajustada por niveles de gravedad en el momento de triaje.
- Disminución de la Ratio de número de coagulaciones en pacientes de alta directa/ número de pacientes de alta directa
- % de codificación nº 14.
- % de enfermos que precisan determinación posterior de coagulación tras ser reservada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio de 2014-Diciembre de 2014.

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. Pruebas diagnósticas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. coagulación sanguínea

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

248

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE EPILEPTICO**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA GOMARA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CONDON GRACIA ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La epilepsia es una enfermedad crónica y que cursa con episodios repetidos de disfunción cerebral de diversa índole, incluyendo pérdida de conciencia, déficit motor y/o sensitivo, etc.

Se estima que alrededor de 250000 tienen epilepsia en España y cada año la incidencia aumenta por el envejecimiento de la población, el consumo de tóxicos entre los jóvenes...

Es muy importante que el paciente y su entorno conozcan la enfermedad, así como sus consecuencias, la importancia de cumplir adecuadamente el tratamiento y cómo actuar en caso de una crisis epiléptica para prevenir riesgo de accidentes o incluso muerte que podrían derivarse de ello.

Los pacientes epilépticos de nuestro sector, son atendidos la mayoría de forma ambulatoria, bien en ambulatorio de especialidades, bien en nuestra consulta monográfica del hospital Royo Villanova, siendo estos últimos, pacientes con epilepsia refractaria o difícil control a pesar del tratamiento.

La falta de conocimiento de la enfermedad puede derivar en una mala de calidad de vida para los pacientes y entorno, así como su estigmatización social y laboral por el miedo a padecer y a no saber cómo ayudar ante una crisis epiléptica.

Por el gran volumen de pacientes neurológicos que atendemos, implica que un paciente epiléptico controlado en consultas de ambulatorio, se revisa con una periodicidad aproximada de entre 6 meses y un año y sólo se dispone de 10 minutos de consulta para ello y en la consulta de epilepsia, se precisa revisar con mayor regularidad, pero muchos pacientes requieren atención inmediata y no cabe esa posibilidad desde una consulta.

Por ello, los pacientes a menudo buscan información alternativa en televisión, páginas web y foros, cuya información puede ser errónea y crear confusión respecto a su enfermedad.

Por todo lo anterior expuesto, creemos oportuno tomar medidas para mejorar la atención de estos pacientes en nuestro sector.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar y aumentar la calidad asistencial a los pacientes epilépticos, a través de mejoría en la comunicación con ellos y familiares e incorporando para ello al personal de enfermería también.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1). Redactar una guía de información para pacientes y familiares epilépticos, que incluya definición comprensible de la enfermedad, causas, consecuencias, tratamiento y cómo actuar en caso de crisis epilépticas y otras situaciones especiales como embarazo, infancia, senectud..

La guía será redactada por la responsable del proyecto que es la neuróloga encargada de la consulta monográfica de Epilepsia del hospital Royo Villanova.

2). Incorporar a la consulta de enfermería

Incorporar a la consulta de enfermería neurológica del hospital Royo Villanova, la atención al paciente con epilepsia y cuidadores, identificando problemas relacionados con la enfermedad para planificar ayudas educativas para ellos. La responsable será la enfermera de la consulta de Neurología de nuestro hospital, componente del equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1). Encuesta a pacientes epilépticos acerca del conocimiento de su enfermedad

2). Encuesta a familiares de pacientes epilépticos acerca del conocimiento de la enfermedad-

3). Reuniones con pacientes y familiares para identificar problemas surgidos en relación con la enfermedad

4). Encuesta de satisfacción a pacientes y familiares, antes y después de la elaboración de las guías y medidas de mejora, para conocer la utilidad de nuestra intervención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se prevé iniciar de forma inmediata la elaboración de la guía a pacientes y familiares y a las encuestas previas a su difusión.

Reuniones con pacientes y familiares durante el tercer trimestre de 2014 para identificar los problemas y dudas que presenten y se reflejen en las guías a elaborar.

Distribución de las encuestas previas a la difusión de las guías y finalización de las mismas entre septiembre y final de año 2014.

Difusión de las guías a pacientes durante el primer trimestre de 2015 .

Distribuir encuestas de satisfacción de pacientes y familiares hasta segundo trimestre de 2015, para realizar memoria del proyecto.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

248

**PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE EPILEPTICO**

- 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. ....             | 3 Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

017

**PROYECTO DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE PATOLOGIA NEUROMUSCULAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA****2. RESPONSABLE** ..... ALVARO GIMENEZ MUÑOZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Las enfermedades neuromusculares son un conjunto de trastornos de baja prevalencia, pero que constituyen el grupo más frecuente de enfermedades raras. La patología neuromuscular tiene una gran repercusión, tanto desde el punto de vista de los pacientes que la padecen y sus familias, debido a la incapacidad que ocasionan, como desde el punto de vista social y administrativo, por la cantidad de recursos económicos y humanos que su manejo precisa.

Los pacientes con patología neuromuscular requieren en su mayoría un seguimiento estrecho por parte de su neurólogo. La saturación actual de las consultas externas, y las demoras en las revisiones sucesivas dificulta un adecuado seguimiento, viéndose obligados los pacientes y sus familias a acudir a la consulta sin cita, o a intentar contactar telefónicamente con nuestra consulta. Esta situación está dificultando el normal funcionamiento de la consulta, repercutiendo negativamente en la atención de los pacientes.

Son muchos los pacientes que demandan la posibilidad de contactar con nosotros fuera de las visitas programadas para poder plantear dudas acerca de su proceso, comunicar complicaciones, solicitar información sobre algún aspecto de su enfermedad, etc., sin tener que esperar a la siguiente visita.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Los pacientes que lo requieran recibirán apoyo y comunicación de forma continuada.

- Se espera reducir el número de interrupciones telefónicas de la consulta y el número de visitas sin cita, contribuyendo de esta manera al normal funcionamiento de la consulta.

- Se ofrecerá orientación precoz del paciente en la conducta a seguir y recurso médico/administrativo a utilizar en las circunstancias concretas que nos plantee, evitando así p.ej. visitas innecesarias a urgencias por procesos que pueden manejarse de manera ambulatoria.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se establecerá una dirección de correo electrónico (neuromuscular.hrv@gmail.com) de la cual se informará a los pacientes conforme sean visitados en nuestra consulta. Podrán escribir a esta dirección siempre que lo requieran, para solventar dudas médicas, administrativas o de otra índole.

Antes de comenzar la consulta (jueves 8.30) se consultará la cuenta de correo, y así podrán pedirse las historias clínicas al archivo si fuera necesario consultarlas. Se contestará a los correos al finalizar la consulta ese mismo día, o al día siguiente si no fuera posible.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Se registrarán las consultas realizadas por email en una base de datos, para conocer así el número, los principales motivos de consulta y el tiempo de demora en la respuesta. Se realizará una encuesta a los pacientes y familiares para conocer el grado de satisfacción con este proyecto, y para conocer sus sugerencias para mejorarlo en el futuro.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** El proyecto se pondrá en marcha el 1 de mayo de 2014 y pretende mantenerse en el tiempo de manera indefinida.

**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. Patología neuromuscular

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

477

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO, PARA GONALGIA EN MAYORES DE 65 AÑOS, PREVIO A LA DERIVACION A ATENCION ESPECIALIZADA**

## 2. RESPONSABLE ..... NOEMI LAMBAN MASCARAY

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 1

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLANCO BAIGES EDUARDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- CASTAN BELLIDO LIDIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La articulación de la rodilla es la localización más común de cambios degenerativos, por ser una articulación de carga y situarse entre dos grandes brazos de palanca como son fémur y tibia. Según el estudio EPISER(1), elaborado por la Sociedad Española de Reumatología, el 29% de la población española de más de 60 años presenta artrosis sintomática de rodilla. (1. Carmona L, Gabriel R, Ballina FJ, Laffon A. Grupo de estudio EPISER. Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. Rev Esp Reumatología. 2001;28:18-25)

El problema a solucionar es:

- Intentar disminuir el número de derivaciones desde atención primaria a Traumatología en pacientes a los que no se les ha pautado un tratamiento analgésico de primera línea.
- Solicitar las pruebas radiológicas necesarias en los casos de gonalgia de pacientes mayores de 65 años. De tal manera que la prueba gold estándar y que más información aporta al traumatólogo de cara a la intervención quirúrgica es la radiología simple en carga con dos proyecciones anteroposterior y lateral<sup>2</sup>. Sin ser necesaria, en la mayoría de los casos, la realización de una RMN. (Ahlbäck S. Osteoarthritis of the knee: a radiographic investigation. Acta Radiol. 1968; Suppl 277:7-72

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos que el paciente llegue a la consulta del especialista con un tratamiento básico realizado y una prueba complementaria adecuada, de manera que se pueda plantear en una primera visita la terapia que precisa cada paciente. Al mismo tiempo se evitará colapsar el servicio de radiología con peticiones innecesarias, disminuyendo la lista de espera para la realización de resonancias y generando un ahorro económico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un protocolo de exploración clínica, tratamiento analgésico y solicitud de radiografías en carga con dos proyecciones, que se distribuirá a los centros de atención primaria correspondientes al área I.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de pacientes mayores de 65 años no derivados por gonalgia, al mejorar con el tratamiento puesto en atención primaria.

-Número de pacientes mayores de 65 años con gonalgia que acuden a una primera visita con el protocolo realizado correctamente.

-Número de pacientes mayores de 65 años a los que se les ha realizado RMN de rodilla por gonalgia, comparado con el mismo periodo de tiempo del año anterior.

- Calcular el ahorro económico que supone la no realización de RMN para diagnosticar una gonartrosis.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los protocolos se realizarán en Mayo y Junio de 2014.

Los componentes del equipo evaluarán los indicadores seleccionados durante el último trimestre del año 2014.

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

## 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

266

**CONSULTA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DURANTE EL SUEÑO. CONSULTA DE ORL SECTOR ZARAGOZA I**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE NAYA GALVEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA I

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los trastornos respiratorios obstructivos durante el sueño (TROS) suponen un problema de salud de gran importancia, por la elevada prevalencia del problema (2-5% de la población adulta), las consecuencias para el paciente y el elevado consumo de recursos que genera (CPAP, cirugía, patología consecuencia de la ausencia de diagnóstico y tratamiento). Así como su estrecha relación con accidentes laborales y accidentes de tráfico.

Estudios sobre gasto sanitario muestran una reducción importante del gasto sanitario de los pacientes con TROS, tras el tratamiento, respecto a los años previos al diagnóstico.

Además, algunos pacientes son especialmente complejos, por su situación clínica (intolerancia a la CPAP,...).

Se propone como iniciativa de mejora de calidad, la creación de una consulta monográfica de Trastornos del Sueño, y especialmente de TROS en ORL, para mejorar la atención a estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Puesta en marcha de la consulta monográfica de sueño en ORL. Evaluación más adecuada de los pacientes con trastornos respiratorios obstructivos durante el sueño. Mejorar el manejo terapéutico de los pacientes con trastornos respiratorios obstructivos durante el sueño. Estrechar la colaboración con otros servicios como A.P., Neumología, Neurofisiología o Endocrino, para el diagnóstico y tratamiento multidisciplinar de estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer los criterios de selección de pacientes que se remiten a la consultas monográfica de sueño.

Creación de una agenda de citas diferenciada para esta consulta monográfica.

Preparación del material de evaluación y de información al paciente necesario.

Diseñar el/los protocolos de evaluación del paciente.

Realización inicialmente mensual de una consulta monográfica sobre TROS.

Creación de un sistema de registro de datos de los pacientes con trastorno respiratorio durante el sueño.

Creación de un protocolo de tratamiento de los pacientes con TROS.

Presentación periódica de casos y de resultados al resto del equipo de ORL.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de consultas monográficas de sueño-ORL realizadas durante un año. Número de pacientes evaluados con TROS en la consulta monográfica.

Mejora en la situación de los pacientes con TROS (diferencia entre la valoración inicial y tras tratamiento en el TROS en los pacientes tratados).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en el mes de Mayo: de 2014

Plantear los criterios de derivación a la consulta monográfica: mayo 2014

Planificación de la consulta monográfica (agenda:) mayo 2014

Preparación de protocolos de evaluación y tratamiento y sistema de recogida de datos: junio-agosto 2014

Puesta en marcha de la consulta monográfica en fase inicial de evaluación: junio-agosto 2014

Funcionamiento de la consulta monográfica septiembre 2014 abril 2015-

Evaluación de los resultados de tratamiento: abril 2015

11. OBSERVACIONES. Se ha incluido en Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia aunque la puesta en marcha de esta consulta monográfica es más bien una innovación en la organización de la atención a este tipo de pacientes. 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****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. ....                       | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco     |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 2 Poco     |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

349

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO MEDIANTE CODIFICACION Y REGISTRO INFORMATIZADO-INTRANET**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PARDO DIEZ
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... H ROYO VILLANOVA
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ENFERMERIA DE VALORACION
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- AÑON GIMENO DAVID. INFORMatico/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE INFORMATICA
  - ALDEA MOLINA ELISA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
  - ISASI DE ISASMENDI SOLEDAD. MIR. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
  - DEL CORRAL BEAMONTE ESTHER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
  - DEL PRADO SANZ EDUARDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
  - NAVARRO DOURDIL MONICA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DIGESTIVO
  - MARTIN GIL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. EQUIPO DE SOPORTE A DOMICILIO SECTOR I

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entendida la fase terminal como aquella que transcurre desde la presentación de una enfermedad que no responde al tratamiento específico hasta el momento de la muerte, la supervivencia del paciente es variable dentro de unos límites (meses o días) en relación al momento en que se establezca el diagnóstico.

El momento de incluir a una persona en un programa de cuidados paliativos depende de la habilidad profesional para reconocer que la enfermedad ya no responde al tratamiento y únicamente queda la oportunidad del control de síntomas evolucionando hacia la muerte.

La dificultad para detectar esta situación, más evidente en pacientes oncológicos y menos en los no oncológicos, hace que los pacientes sean incorporados tardíamente a los programas de cuidados paliativos.

Los flujos de entrada y de seguimiento de estos enfermos no están desarrollados suficientemente, lo que genera demandas y asistencias que muchas veces no resuelven adecuadamente el problema.

Quedaría así justificado el retomar los cuidados paliativos como grupo diferenciado dentro de la atención sanitaria sobre los cuales trabajar de forma programada.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Difundir el código V66.7/CIAP A99 como definitorio de paciente subsidiario de cuidados paliativos. Se trata de diagnóstico secundario definido como asistencia al final de la vida, asistencia terminal y tratamiento paliativo (Programa de Cuidados Paliativos de Aragón 2009).

- Inclusión del código en los informes de alta de manera homogénea en los diferentes centros de Atención Especializada (HPDoctor) y bases de datos (OMI) de Atención Primaria.
- Inclusión en registro de intranet creado a tal efecto para su seguimiento en los diferentes niveles asistenciales y con expectativas a diferentes sectores.
- Incrementar la calidad de registro de los pacientes con cuidados paliativos en el sector I de Zaragoza realizando comparativa con periodos anteriores. Tendremos en cuenta el sesgo que existe al no disponer de código para cuidado paliativo en OMI, quedando registrados como paciente terminal (CIAP A99), como paciente crónico-dependiente (CIAP A28) o como paciente inmovilizado (CIAP Z28).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Difusión e Información a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales (AP, AE, Urgencias, O61) de la necesidad de codificación mediante el código v66/7/CIAP A99 del paciente paliativo.

- Elaboración de un registro informatizado que permita la identificación del paciente como paliativo a través del código V66.7/CIAP A99.
- Presentación a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales de dicho registro informatizado: contenido, desarrollo, implementación... Se realizarán sesiones clínicas en los centros hospitalarios y de Atención Primaria.
- Inclusión del dicho registro en la Intranet del Sector I como herramienta de captación del paciente paliativo y como recurso informativo de la situación y evolución del mismo entre niveles asistenciales. Se valora la inclusión en la Historia Clínica Única.
- El diagnóstico e inclusión en dicho registro será realizada por los componentes de la Comisión de Continuidad Asistencial y Cuidados Paliativos del Sector I, integrada por componentes de diferentes niveles asistenciales de forma interdisciplinaria (Atención Primaria, Atención Especializada, Equipo de soporte a domicilio Sector I, Coordinación O61).
- Se tendrá en cuenta la cuantificación del paciente codificado mediante código V66.7 en informe de alta hospitalaria, del paciente registrado en OMI mediante código CIAP A99 (paciente terminal) y del paciente que recibe atención del Equipo de Soporte a Domicilio (ESAD). Con estos parámetros realizaremos las comparativas.
- La extrapolación y análisis de los datos registrados será llevada a cabo por los participantes de este proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° pacientes con código V66.7 en informe de alta de Atención Especializada/  
N° de pacientes codificados como paliativos en sector I  
Estándar de cumplimiento: 50%

N° de pacientes en registro del paciente paliativo informatizado en Intranet /

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

349

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO MEDIANTE CODIFICACION Y REGISTRO INFORMATIZADO-INTRANET**

Nº de pacientes codificados como paliativos en sector I  
Estándar de cumplimiento: 50

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • 1º Trimestre: Revisión del registro creado 2014.  
• 2º Trimestre: Realización de sesiones clínicas para presentación del código V66.7/CIAP y registro informatizado entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales  
• 3º Trimestre: Inicio del registro para el diagnóstico e inclusión del paciente paliativo.  
• 4º Trimestre: evaluación sobre el funcionamiento del registro y de pacientes codificados adecuadamente

11. OBSERVACIONES. Para la elaboración del citado registro se ha precisado de la colaboración del Servicio de Informática, siendo su disponibilidad limitada debido al elevado número de proyectos que abarcan en estos momentos. Hemos tratado de que dicho registro fuese contemplado desde un punto de vista multidisciplinar para que su contenido fuese útil para todos y contuviese lo esencial para una práctica diaria ágil y dinámica. Exponer también nuestro interés en que el registro informatizado sea extensible a otros sectores a través de la Historia Clínica Única de forma que la información contenida sea compartida entre todos los profesionales sanitarios, en todos los niveles y sectores.

Dado que la codificación de altas es el elemento principal por el que se decide el presupuesto asignado a cada hospital, es relevante incluir todos aquellos diagnósticos secundarios que aumentan el peso ponderada del GRD11. 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

## OTRA PALABRA CLAVE 1. PALIATIVO

## 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. ....             | 3 Bastante |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

107

## 1. TÍTULO

**INFORMACION MEDICA PARA LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA WEB**

## 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 FERNANDO. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. NEUROLOGIA
- LOPEZ A. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
- MONZON MONGUILOD MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
- RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 no sólo con nuestra experiencia sino también con la visión y orientación de las asociaciones familiares ya existentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha redactado una página web que contiene información (contrastada, sencilla y actualizada) orientada tanto para el cuidador como para los pacientes. La mayor parte de los pacientes con procesos crónicos salen de nuestra consulta con la dirección de Internet escrita (se les da fotocopiada en una hoja aparte).

La mejor manera de ver el cumplimiento de esta beca en los años previos es meterse en las páginas reseñadas:

- Principal: <https://sites.google.com/site/zlneurologia>
- Información neurológica: <https://sites.google.com/site/zlneurologia/home/indice-de-temas>

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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Hemos creado y mantenido una página web a través de una cuenta de Google que es la herramienta más adecuada para el servicio que se ha implementado por el amplio abanico de herramientas y facilidad de manejo que ofrece y que permiten trabajar la información que se expone en la página web con total independencia y seguridad y al margen de la intranet a la cual no pueden acceder los pacientes.

Nuestra página está actualizada y resulta útil y completa, reuniendo la información que precisa el paciente y el cuidador sobre:

- Los procesos neurológicos.
- Los recursos sociales disponibles.
- Pautas de actuación y prevención ante determinados problemas.
- Información complementaria útil.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

107

**INFORMACION MEDICA PARA LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA WEB**

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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INDEFINIDO

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. Cuidadores

## 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

318

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP).  
EVALUACION DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO RAMOS D'ANGELO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ BARTOLOME ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Seguridad del Paciente es una de las dimensiones fundamentales de la Calidad en la Atención de Salud. El Hospital se incorporó, en noviembre de 2013, a la iniciativa propuesta por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para mejorar la Seguridad del Paciente con la notificación de incidentes y eventos adversos y el aprendizaje a partir del análisis de los mismos (SiNASP). El análisis del despliegue realizado para su implantación y la evaluación después de un año de funcionamiento, nos proporcionarán elementos para valorar los objetivos alcanzados y orientar la acciones de mejora que se propongan.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Fomentar la Cultura de Seguridad del Paciente entre las personas del Hospital.

2.- Aumentar la implicación de las personas en el análisis crítico de su trabajo, reconociendo los posible errores cometidos.

3.- Encontrar oportunidades de mejora a partir del estudio de los incidentes y eventos adversos notificados.

4.- Difundir en el conjunto de la organización las medidas propuestas y sus resultados.

5.- Compartir con otros centros que implanten el sistema la información obtenida para mejorar la Seguridad del Paciente en los mismos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Desplegar del Plan de Implantación previsto, con las adaptaciones oportunas. Impartir las sesiones de información y formación que resulten necesarias, adaptándolas a la disponibilidad del servicio y de las personas.

2.- Contar con los miembros de la Comisión de Seguridad que se impliquen como Núcleo de Seguridad del SiNASP para la evaluación de los incidentes y eventos adversos notificados y la elaboración de las propuestas de mejora.

3.- Difundir los resultados y acciones propuestas, utilizando la comunicación por correo electrónico a las personas interesadas y el alojamiento en un espacio específico de la Intranet del Sector de documentos de interés.

Los responsables directos de las acciones serán los dos Gestores de SiNASP, Fernando Ramos y Elena Sánchez, quienes informarán al Núcleo de Seguridad y a la Dirección del Centro, en su caso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de sesiones de información-formación impartidas. Asistentes y resultado de la evaluación de la acción formadora.

2.- Tiempo medio de análisis de las notificaciones realizadas. Entre notificación y cierre.

3.- Informe de seguimiento en mayo y noviembre de 2014.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El despliegue del Plan de Implantación se inició en Noviembre de 2013.

Las acciones formativas se continuarán al menos hasta el mes de Junio, focalizándolas en los colectivos y servicios que manifiesten interés o en los que se hayan detectado/notificado incidentes y eventos adversos.

La evaluación se realizarán con los incidentes notificados y cerrados hasta el 30 de noviembre de 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la Seguridad del Paciente

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 del Paciente

OTRA PALABRA CLAVE 2. Evento adverso

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

311

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA EVITAR LA CONTAMINACION DE MUESTRAS Y OPTIMIZAR RESULTADOS EN LA TECNICA DE EXTRACCION DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ HERNANDEZ
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... H ROYO VILLANOVA
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- HERRANZ ANDRES CLARA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - GUTIERREZ MAGDALENA SONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - RANGIL GIL ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - MORENO GUSTRAN CARMEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
  - LOPEZ ROMERO LIDIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La finalidad del hemocultivo es establecer diagnóstico etiológico de la bacteriemia.

Permite elegir el tratamiento más eficaz y por tanto, disminuir la morbi-mortalidad y los costes.

Obtener hemocultivos antes de iniciar tratamiento antibiótico, es uno de los bundles a completar en las tres primeras horas ante la sospecha de sepsis.

Además de la sepsis existen múltiples patologías y/o motivos de consulta en urgencias que requieren de la extracción de hemocultivos

En nuestro servicio de urgencias, el hemocultivo es una técnica de enfermería muy solicitada; que requiere tiempo para ser realizada correctamente.

En situaciones de elevada presión asistencial y ante la falta tiempo, se aumenta el riesgo de contaminación de muestras por una técnica incorrecta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la contaminación de muestras de sangre para hemocultivo, con el objeto de optimizar resultados; ya que estos influyen en el tratamiento, evolución y pronóstico de la enfermedad, máxime cuando se trata de procesos tiempo- dependientes como la sepsis.

Unificar criterios de actuación entre el personal de enfermería del servicio en relación a la técnica del hemocultivo.

El personal de nuevo ingreso tenga criterios de actuación claros para evitar aumento de contaminaciones en periodos vacacionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En las III Jornadas de Sepsis celebrada en octubre de 2013 en el HRV, se inicia el proyecto de mejora para evitar las contaminaciones en la extracción del hemocultivo en el servicio de urgencias del hospital. En la ponencia de recogida de muestras ante la sospecha de sepsis, se recuerda:

Importancia del hemocultivo.

Extracción obligada ante la sospecha de sepsis.

Se plantea la posibilidad de introducir el uso de la clorhexidina alcohólica al 2% en sustitución del betadine, como antiséptico para la limpieza de la piel y se refuerza la técnica estéril como medidas para optimizar resultados.

Se repite la sesión para finales de octubre al resto del personal del servicio que no pudo asistir a las jornadas.

Se inicia el uso de la clorhexidina en el mes de noviembre y se presentan campanas para extracción directa con el frasco de hemocultivo.

Se plantea la posibilidad de elaborar un poster informativo para unificar criterios respecto a la técnica del hemocultivo.

Seguimiento de personal de nuevo ingreso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A través de datos estadísticos y estudio retrospectivo se pretende:
- Comparar resultados de hemocultivos de los meses; enero, febrero y marzo de 2014, con datos del año anterior en este mismo periodo.
  - Valorar la eficacia de la clorhexidina alcohólica al 2%, en la disminución de la contaminación de muestras de hemocultivo por gérmenes de la piel del paciente.
  - Analizar resultados y adoptar medidas de mejora consensuadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ? 3 de octubre de 2013. Presentación de la ponencia de recogida de muestras ante la sospecha de sepsis en el servicio de urgencias de hospital Royo Villanova.

? 20 de octubre de 2013: Sesión para resto del personal del servicio que no asistió a las jornadas.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

311

**PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA EVITAR LA CONTAMINACION DE MUESTRAS Y OPTIMIZAR RESULTADOS EN LA TECNICA DE EXTRACCION DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

- ? 1 de noviembre de 2013: Se inicia el cambio de antiséptico en la extracción del hemocultivo.
- ? Abril de 2014: se obtendrán resultados de los tres primeros meses del año.
- ? Mayo - junio de 2014: Si resultados satisfactorios se elaborará un poster de la técnica.
- ? Meses de verano: Seguimiento de personal de nuevo ingreso en el servicio
- ? Noviembre de 2014: Análisis de resultados anual.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

290

## 1. TÍTULO

**MEJORA SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE TEP. VALORAR IMPLANTACIÓN DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN EL 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. URGENCIAS
- ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- VICENTE MOLINERO ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- SORIANO GODES JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- PARDO VINTANEL TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- ORTEGA JIMENEZ NOELIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
- MIRANDA ARTO PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La embolia pulmonar (TEP) es la tercera causa de muerte cardiovascular más frecuente, detrás de la cardiopatía isquémica y los ictus, siendo la principal de exitus evitable en pacientes hospitalizados.

En un análisis de 2.356 autopsias realizadas en 1987, en el 79 % de todos los habitantes fallecidos en la ciudad de Malmo, Suecia, con una población de 230.000, revelo ETV en 595 (25 %), mientras que el TEP se halló en 431 (18,3 %) de todos los casos (Nordstrom et al, 1998). En 308 autopsias (13,1 %), el TEP se considero la causa principal o una causa que contribuyo a la muerte.

Se da por igual en ambos sexos. Aunque su incidencia aumenta con la edad, ningún grupo de edad está libre de fallecer por esta causa. En un estudio mas reciente con una participación de 342.000 habitantes en Bretaña, Francia, la incidencia de ETV y TEP fueron 18,3 y 6,0/10.000 habitantes/año, respectivamente

Como factores que influyen en el aumento de mortalidad se encuentran el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Los síntomas del TEP son muy poco específicos y muy variados, requiriendo de una combinación de síntomas y signos apoyados en pruebas diagnósticas para su hallazgo. La mayoría de los casos de TEP son consecuencia de una TVP. Entre los pacientes con trombosis venosa profunda proximal, alrededor del 50 % tiene un TEP asociado, por lo general un TEP clínicamente asintomático en el momento de la realización del escáner (Moser et al, 1994). Aproximadamente en el 70 % de los pacientes con TEP, se puede encontrar una TVP asociada en los miembros inferiores, empleando métodos diagnósticos sensibles (Dalen, 2002; Kearon et al, 2003a).

Con la finalidad de implementar una mejora en el manejo clínico que facilite la identificación del proceso se proponen diferentes escalas y modelos. Pretendemos comparar el porcentaje diagnóstico del TEP usando escalas clínica empíricas frente a los algoritmos utilizados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha revisado bibliografía encontrando un informe de evaluación de los servicios de urgencias hospitalarias del servicio vasco de salud, con fecha de julio del 2013 donde se analiza la situación y se realiza una revisión sistemática, validándose un algoritmo diagnóstico del tromboembolismo pulmonar desde el 01 de diciembre del 2008 hasta el 31 de diciembre del 2009. Todos los datos se recogen del Hospital de Cruces que es un centro de tercer nivel perteneciente a la red de Osakidetza y proporciona cobertura asistencial casi a 370.000 personas. En dicho centro se adoptó un algoritmo diagnóstico en la que se combinaba la probabilidad clínica basada en las escalas de Well y Ginebra modificada, la utilización del dímero D, la TAC helicoidal y la ecografía doppler. Dicho esquema es muy similar al que posteriormente se aprobó en el Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar en el 2013. Se decide adoptar dicho informe de evaluación como modelo de referencia dado las características similares con el Hospital Rojo Villanova con una población atendida de unos 200.000 habitantes, con la disponibilidad de mismas pruebas diagnósticas y en la que en nuestro servicio de urgencias se establece un modelo clínico empírico, sin seguir ningún protocolo en el TEP.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Comparar los resultados obtenidos usando como modelo las escalas internacionales del manejo del TEP que se utilizan en otros hospitales (Cruces), frente a la clínica empírica que se usa actualmente en nuestro medio. Para ello nos basaremos en el porcentaje de diagnóstico de TAC torácico, considerado actualmente el gold standard. De esta manera porcentajes superiores supondrán un infradiagnóstico del mismo, con la necesidad de estandarizar el diagnóstico del TEP, y porcentajes inferiores un coste económico excesivo derivado de solicitud de demasiados TAC torácicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se quiere comparar el porcentaje de TAC torácicos con resultado diagnóstico de TEP siguiendo un algoritmo diagnóstico, frente a los solicitados en nuestro hospital de forma empírica. De esta forma cifras inferiores a las descritas nos indicarán una utilización desmedida de dicha prueba diagnóstica con una utilización coste sanitario excesiva. En consecuencia la implantación de dicho protocolo a posteriori supondrá un ahorro económico, así como una menor irradiación para los pacientes. Sin embargo porcentajes superiores, nos indicarán una posible infradiagnóstico de dicha patología. Se obtendrá la incidencia descrita en nuestra población con los casos diagnósticos de TEP, como medida orientativa teniendo en cuenta las incidencias descritas en la literatura. Se revisará en la historia clínica el porcentaje de pacientes diagnosticados de TEP que acudieron en los 6 meses previos a los servicios de urgencias por síntomas relacionados con el TEP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de TAC diagnósticos de TEP / Número de TAC torácicos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

290

**MEJORA SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE TEP. VALORAR IMPLANTACIÓN DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

solicitados por sospecha de TEP \*100= Porcentaje de acierto. Realizar comparación con el porcentaje de aciertos siguiendo algoritmo validado en Hospital de Cruces.

Número de pacientes dados de alta que acudieron a urgencias en los 6 meses previos con síntomas de posible TEP /

Número de pacientes diagnosticados de TEP \* 100

Número de pacientes diagnosticados de TEP / Número de pacientes del sector sanitario \*10000

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 01 de Enero del 2013 al 31 de diciembre del 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tromboembolismo pulmonar

OTRA PALABRA CLAVE 2. Diagnóstico, escala de Ginebra, escala de well.

## 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

013

**PROYECTO DE COORDINACION PRIMARIA-ESPECIALIZADA PARA DEFINIR LOS CRITERIOS DE DERIVACION ADECUADA DE PACIENTES CON PATOLOGIA DIGESTIVA DESDE ATENCION PRIMARIA A LAS CONSULTAS DE DIGESTIVO****2. RESPONSABLE** ..... JUAN JOSE SEBASTIAN DOMINGO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ROYO VILLANOVA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 1

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

- VALDEPEREZ TORRUBIA JAVIER. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
- LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- CABALLERO ALEMANY CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Definir, de forma consensuada y coordinada entre Atención Primaria y Digestivo, los criterios adecuados y pertinentes para derivar los pacientes con patología digestiva de las consultas de Atención Primaria del Sector I a las consultas de Digestivo del Centro Médico de Especialidades "Grande Covián".

Para ello, se contará con la experiencia en este campo de otros Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas, así como con las evidencias científicas disponibles al respecto.

Hay estudios, fuera de nuestro país, que demuestran que hasta el 55% de consultores especialistas opinan que el médico general podría haber agotado más posibilidades diagnósticas y terapéuticas antes de derivar al paciente a su consulta. Otros autores detectan que entre un 9,6 y un 34% de derivaciones no son pertinentes o adecuadas.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Este proyecto es un intento de mejorar la comunicación entre ambos niveles, con la intención de optimizar o mejorar la frecuentación y pertinencia de las derivaciones.

Pretende, además, mejorar la coordinación asistencial, el consumo eficiente de los recursos (en nuestro Sistema Sanitario, se ha estimado que una Primera consulta de Atención Especializada tiene un coste medio sanitario de 103 €), y aumentar la satisfacción y seguridad del usuario, así como la de los profesionales de ambos niveles asistenciales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El equipo de trabajo estará formado por el coordinador del proyecto, un digestólogo (Dr. Sebastián) del Hospital Royo Villanova, y tres especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, de otros tantos centros de salud (C.S.) del Sector I: C.S. Actur Oeste (Dra. Caballero), C.S. La Jota (Dr. Lafuente) y C.S. Actur Sur (Dr. Valdepérez), , estos últimos en representación de todos los C.S. del Sector I.

Los médicos de familia del equipo recogerán las impresiones y sugerencias al respecto del resto de sus compañeros de los demás Equipos de Atención Primaria del Sector I, para comentarlas y ponerlas en valor en la primera reunión de trabajo.

El coordinador, por su parte, realizará una búsqueda de las evidencias científicas que se hayan publicado al respecto, independiente de la que hagan los otros tres miembros del equipo.

En una segunda reunión, intercambiarán y comentarán la bibliografía seleccionada y analizada, para llegar a un consenso de las indicaciones adecuadas, o pertinentes, de derivación de los pacientes de Atención Primaria a la consulta de Digestivo del Sector I.

En una tercera reunión, se presentará un documento de consenso en el que se recojan dichos criterios, son su respaldo bibliográfico.

Posteriormente, los médicos de familia del equipo realizarán sesiones de formación e información por todos los centros de salud del Sector, para dar a conocer los nuevos criterios consensuados de derivación y determinar la forma de poner en funcionamiento el nuevo sistema.

En todo momento, la Dirección de Atención Primaria del Sector I estará informada y tendrá conocimiento de los pormenores del proyecto, instándola a su participación activa en aquellas fases que considere oportuno.

De la misma forma, se informará de ello a la Dirección de Atención Especializada y a la Dirección de Coordinación Asistencial de SALUD.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Reducción del % de derivaciones inapropiadas, según los nuevos criterios, a Primeras consultas de Digestivo del C.M.E. Grande Covián:  
Derivaciones inapropiadas / todas las derivaciones X 100 < 25% en el primer año.

Indicador 2: Reducción de la lista de espera de Primeras consultas de Digestivo del C.M.E. Grande Covián = 25

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

013

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE COORDINACION PRIMARIA-ESPECIALIZADA PARA DEFINIR LOS CRITERIOS DE DERIVACION ADECUADA DE PACIENTES CON PATOLOGIA DIGESTIVA DESDE ATENCION PRIMARIA A LAS CONSULTAS DE DIGESTIVO**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: mayo 2014  
Finalización del proyecto: mayo 2016

Cronograma previsto:

Primera reunión, de los médicos de familia del equipo de trabajo con del resto de médicos de los demás Equipos de Atención Primaria del Sector I: mayo 2014.

Segunda reunión: intercambio y comentario de la bibliografía seleccionada y analizada, para llegar a un consenso de las indicaciones adecuadas, o pertinentes, de derivación de los pacientes a las consultas de Digestivo: junio 2014.

Tercera reunión: redacción del documento de consenso en el que se recojan dichos criterios: septiembre 2014

Sesiones de formación e información por todos los centros de salud del Sector: octubre a diciembre 2014 y enero 2015.

Presentación de los resultados del proyecto a las Direcciones de Atención Primaria del Sector I, de Atención Especializada y de Coordinación Asistencial de SALUD: Febrero 2015

Lanzamiento y puesta en funcionamiento del nuevo sistema: Marzo 2015.

Reuniones intermedias de los componentes del equipo de trabajo para valorar las respuestas y el funcionamiento del proyecto.

Finalización del proyecto: Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. Se pretende realizar al menos una publicación científica sobre el proyecto en una revista nacional con factor de impacto.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. Atención primaria en general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Criterios de derivación  
OTRA PALABRA CLAVE 2. Coordinación asistencial

## 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 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

317

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DE LA DIETA Y DE LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LA NUTRICION ENTERAL EN RESIDENCIAS DEL SECTOR I DE ZARAGOZA**

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.  
· CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SECCION ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· CAVERNI ALBERTO. NUTRICIONISTA. RESIDENCIAS GERIATRICAS MARGEN IZQUIERDA. SECTOR MARGEN IZQUIERDA  
· GRACIA PAOLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SECCION ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SECCION ENDOCRINOLOGIA Y NUYTRICION  
· GARCIA BLANCA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SECCION ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· BOLINAGA MORAL INMACULADA. DIETISTA. H ROYO VILLANOVA. SERVICIOS CENTRALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La desnutrición es una situación clínica que tiene costes elevados y una alta prevalencia que en ancianos independientes es del 5-10%, 30-60% en pacientes institucionalizados y del 35-65% en pacientes hospitalizados. Por otra parte, la disfagia es un problema frecuente después de un ictus y está presente en múltiples enfermedades neurológicas incluida la demencia. Afecta entre el 27 y el 50% de los pacientes y se asocia con un mayor riesgo de complicaciones y muerte. Además, la malnutrición en los pacientes que han padecido un ictus es también otro problema común (del 8 al 34%). Por todo ello, en el paciente institucionalizado en residencias la alimentación que se le prescriba, la forma de utilizar las diferentes texturas según el deterioro que presentan y la forma de enriquecer esa dieta para prevenir la desnutrición son objeto de interés. Por otra parte, el uso adecuado del soporte nutricional enteral oral y en menor medida, por SNG y PEG requiere una actualización sobre los preparados de uso mas frecuente en nuestro sector, previamente evaluados en nuestro hospital, mediante un díptico de uso clinico cotidiano.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) divulgar en las residencias que dependen de nuestro sector (sector I) públicas y privadas, las medidas generales de planificación de las dietas, texturas y enriquecimiento calórico y proteico de las mismas.

b) dar a conocer el díptico de nutricion entral y por sonda elaborado por la comisión de nutrición del hospital, recién revisado, para su utilización en las residencias del sector I

c) obtener información en áreas de mejora de nuestras residencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de un taller dirigido a personal sanitario, médicos, enfermeras y auxiliares de las residencias con tres partes.

1) Puesta al día sobre la adaptación, enriquecimiento de la dieta a la población en residencias.

2) Actualización sobre el Díptico de Nutrición Enteral domiciliaria utilizado en HRV y su aplicabilidad en las residencias de nuestras área

3) Test de disfagia , utilidad, metodología e interpretación y derivación desde atención extrahospitalaria.

.El taller será dado por una endocrinóloga, un dietista y una enfermera que realiza test de disfagia en la consulta de la Unidad de Nutrición del HRV. La duración del taller oscila entre 75-90 minutos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. realizar una encuesta de satisfacción a los asistentes

2.obtener información sobre las mejoras a realizar posteriormente en las residencias , desde la perspectiva nutricional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Programa Piloto en cuatro residencias del sector 1, a propuesta de los gestores y/o dirección médica de nuestro hospital o por decisión de las Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV.

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. En residencias

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. nutrición oral y enteral

OTRA PALABRA CLAVE 2. residencias

## 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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 317

1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DE LA DIETA Y DE LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LA NUTRICION ENTERAL EN RESIDENCIAS DEL SECTOR I DE ZARAGOZA**

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