

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

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	292	FERNANDEZ PARCES, M JESUS	MEJORA EN LA GESTION DEL TIEMPO DEDICADO A LA CONSULTA, MEDIANTE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO E IMPLEMENTACION, DE UN CIRCUITO DE GENERACION Y DISPENSACION DE RECETAS DE LARGO TRATAMIENTO EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DEL CENTRO	CS ACTUR NORTE	
AT.PRIMARIA	149	VIÑAS VIAMONTE, MARIA CARMEN	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE EDUCACION AL NIÑO ASMATICO (DESDE LA INFANCIA HASTA 14 AÑOS)	CS ACTUR NORTE	
AT.PRIMARIA	128	GARUZ BELLIDO, ROBERTO	MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP DE ACTUR-OESTE	CS ACTUR OESTE	
AT.PRIMARIA	260	HERRERO LOPEZ, TERESA	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE AP, MEDIANTE LA PUESTA EN MARCHA DE UN CANAL DIRECTO DE COMUNICACION CON LOS PACIENTES, A TRAVES DEL CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	CS ACTUR OESTE	
AT.PRIMARIA	254	LOSTAL GRACIA, MARIA ISABEL	ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA PRESCRIPCION DEL GRUPO DE ANTIASMATICOS EN POBLACION PEDIATRICA, EN ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I	CS ACTUR OESTE	
AT.PRIMARIA	51	SILVESTRE ORTE, MIGUEL ANGEL	MANTENIMIENTO, MEJORA Y SEGUIMIENTO DE LOS CANALES INFORMATIVOS PUESTOS EN MARCHA EN NUESTRO CENTRO: INTERNOS (PARA PROFESIONALES DEL CENTRO) Y EXTERNOS (PARA LOS USUARIOS DE NUESTRA ZONA)	CS ACTUR OESTE	
AT.PRIMARIA	171	ALTISENT TROTA, ROGELIO	DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL (PARTE II)	CS ACTUR SUR	
AT.PRIMARIA	450	DOMINGUEZ LOURDES, MUÑOZ	EDUCACION A GRUPOS EN LACTANCIA MATERNA	CS ACTUR SUR	
AT.PRIMARIA	494	BELLOSO RODANES, MARIA ISABEL	PROYECTO DE MEJORA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA	CS ARRABAL	
AT.PRIMARIA	86	CAMBRA CAMBRA, ENCARNA	MEJORA EN EL USO Y DISTRIBUCION DE TIRAS REACTIVAS PARA AUTOCONTROL DE GLUCEMIA	CS ARRABAL	
AT.PRIMARIA	464	JUAN GERMAN, MARISA	LA SALUD FISICA, PSICOLOGICA, SOCIAL Y EMOCIONAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL	CS ARRABAL	
AT.PRIMARIA	523	LOPEZ CORTES, VIRGINIA	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD	CS ARRABAL	
AT.PRIMARIA	84	REIXA VIZOSO, SOL	MEJORA DE LA ATENCION A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL A TRAVES DE UNA PAGINA WEB	CS ARRABAL	
AT.PRIMARIA	180	CASILLAS FERRANDIZ, LUIS ALBERTO	FORMACION DEL EQUIPO ADMISION C.S. LA JOTA SOBRE LA LEGISLACION QUE SUSTENTA LA INFORMACION QUE DAMOS A LOS USUARIOS DEL CENTRO	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
AT.PRIMARIA	316	CEÑA GARCIA, JOSE IGNACIO	PROGRAMA DE MEJORA PARA ADECUACION DE SESIONES DOCENTES EN EL CENTRO DE SALUD "LA JOTA" PARA CONSEGUIR LA ACREDITACION COMO CENTRO DOCENTE	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
AT.PRIMARIA	237	ENCISO CIRIANO, LOURDES	MEJORA EN LA CAPTACION PRECOZ, DIAGNOSTICO Y EVALUACION INICIAL DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
AT.PRIMARIA	198	FERNANDEZ FALCON, MARIA DEL CAMINO	MEJORA DE LA ATENCION AL INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA CON LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA Y DE ATENCION INICIAL AL INMIGRANTE	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
AT.PRIMARIA	286	PARDO PARDO, CONSUELO	MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN SU SALUD, MEDIANTE ENCUENTROS CON ASOCIACIONES DE SALUD Y AYUDA MUTUA	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
AT.PRIMARIA	197	BIERGE VALERO, ALEJANDRO	CONSEJO DE SALUD DE LUNA. CIUDADANOS Y PERSONAL SANITARIO, JUNTOS EN LA SALUD	CS LUNA	
AT.PRIMARIA	303	ECHERRI OYAGA, ANA ISABEL	PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION Y USO DE MEDICAMENTOS Y EQUIPAMIENTO ELECTRONICO, DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA, EN 2010	CS LUNA	
AT.PRIMARIA	295	JUAREZ VELA, RAUL	PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL, INCLUYENDO LA PREVECION, EN ENFERMOS	CS LUNA	

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

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			CON HERIDAS CRONICAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA, DURANTE 2010		
AT.PRIMARIA	522	ALFONSO CORTES, MARIA ISABEL	INFORMACION Y APOYO TELEFONICO O POR CORREO ELECTRONICO EN CUIDADOS DE SALUD PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN AP	DAP ZARAGOZA 1	
AT.PRIMARIA	88	CLERENCIA CASORRAN, CARLOS	PROYECTO DE MEJORA DE UNA UNIDAD DOCENTE MEDIANTE LA ELABORACION E INTEGRACION DE UN PLAN DE CALIDAD	DAP ZARAGOZA 1	
AT.PRIMARIA	96	BARTOLOME MORENO, CRUZ	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN FORMACION Y DOCENCIA GRACIAS UNA HERRAMIENTA NOVEDOSA: SECOND LIFE	UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1	
AT.PRIMARIA	93	GARCIA GARCIA, INMACULADA	PROYECTO DE MEJORA DE UNA UNIDAD DOCENTE MEDIANTE LA ELABORACION E INTEGRACION DE UN PROTOCOLO ADMINISTRATIVO	UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1	
AT.PRIMARIA	91	MELUS PALAZON, ELENA	AMPLIACION DE UNA HERRAMIENTA WEB CON LAS NUEVAS HERRAMIENTAS DISPONIBLES, PARA COORDINACION, INFORMACION, Y DOCUMENTACION, ORIENTADA A GESTION DE FORMACION DE RESIDENTES DE MFYC EN UNA UNIDAD DOCENTE DEL SALUD	UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1	
AT.ESPECIALIZ.	8	LORENTE GORDO, MARIA PURIFICACION	CONTROL DE HISTORIAS RECUPERADAS	CME GRANDE COVIAN	
AT.ESPECIALIZ.	82	ANDRES ARRIBAS, IGNACIO	MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE RIFAMPICINA INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DE TUBERCULOSIS DE LA SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA DE ZARAGOZA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	239	CANOVAS PAREJA, CARMEN	CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION AL FINAL DE LA VIDA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	26	CASALLO MANTECON, CONSUELO	CREACION DE UNA PAGINA WEB DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZA I	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	495	CORCHERO MARTIN, JOSE IGNACIO	ENCUESTA INTERNA SOBRE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	27	CRUZ SANJUAN, LUIS	PICTOGRAMA DE ACOGIDA PARA INMIGRANTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. UNA INFORMACION DE CALIDAD	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	79	DE MIGUEL GIMENO, SEGUNDO	MEJORA DEL CONTROL DEL PESO Y PARAMETROS METABOLICOS EN PACIENTES PSIUIATRICOS EN TRATAMIENTO CON OLANZAPINA Y CLOZAPINA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL NTRARIA SRA DE GRACIA-C S ACTUR SUR	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	80	DOMIQUE VALIENTE, NIEVES	MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UCA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA.	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	449	IRIARTE RAMOS, SONIA	ELABORACION E IMPLANTACION DE LA TRAYECTORIA CLINICA DEL EDEMA AGUDO DE PULMON CARDIOGENICO (EAP) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	226	JIMENEZ SAENZ, JUANA	DERIVACION PREFERENTE DESDE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	401	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE, JUAN	MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS CON LA COMUNICACION DEL ALTA HOSPITALARIA DEL PACIENTE A SU MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	394	JORDAN JARQUE, MANUEL	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DIGITAL DE DOCUMENTACION SANITARIA DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	368	LOPEZ LANCIS, ANGEL	DETECCION Y PREVENCION DE LA INFECCION URINARIA NOSOCOMIAL ASOCIADA AL SONDAJE VESICAL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REAL NTRA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			SRA DE GRACIA		
AT.ESPECIALIZ.	258	LOZANO ORTIZ, ROBERTO	MANEJO DE LA HIPERPROLACTINEMIA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON RISPERIDONA PARENTERAL.	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	83	LOZANO ORTIZ, ROBERTO	MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO); INFLUENCIA DE LAS VARIABLES GENETICAS Y FARMACOCINETICAS	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	130	MATEOS BARRIONUEVO, FRANCISCO JAVIER	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL, Y AMPLIACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A OTROS PROCESOS DE ANATOMIA PATOLOGICA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	19	MEDINA CEREZAL, MARIA PILAR	IMPLEMENTACION DEL TEST DE PRUEBA DE PROTEINAS RESIDUALES	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	85	MEDINA CEREZAL, MARIA PILAR	ELABORACION DEL CATALOGO DE MATERIAL/INSTRUMENTAL Y GUIA PRACTICA PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DE LOS MISMOS SEGUN LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	333	TARRERO LOZANO, MARIA CARMEN	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN FOLLETO FORMATIVO SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	250	VAZQUEZ RODRIGUEZ, MARIA DOLORES	MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL N.SRA. DE GRACIA EN TRATAMIENTO CON PALIPERIDONA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	
AT.ESPECIALIZ.	274	ARROYO RUBIO, ERNESTO	PROYECTO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR DESDE ATENCION PRIMARIA A LA CONSULTA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	492	BANDRES LISO, ANA CRISTINA	PLAN DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	302	BANDRES NIVELA, MARIA OROSIA	CONSULTA PRESENCIAL DE ENDOCRINOLOGIA EN CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA I	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	39	BOLINAGA MORAL, MARIA INMACULADA	DISFAGIA: INFORMAR Y FORMAR EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA A PROFESIONALES PACIENTES Y/O CUIDADORES EN DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES (CONTINUACION DEL 2009)	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	207	BONO ARIÑO, MARIA CARMEN	MEJORA DE INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DURANTE SU ESTANCIA EN LA SALA DE DESPERTAR, ASI COMO, DE LA INFORMACION AL PROPIO PACIENTE Y MAYOR CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	352	BORDONADA HERRERO, MARIA JESUS	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: ADECUACION DE LA GRAFICA A LOS CUIDADOS ACTUALES. ELABORACION DE UNA GUIA PARA CUMPLIMENTAR LA GRAFICA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	145	CANALES CORTES, VICENTE	DETECCION DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES >65 AÑOS INGRESADAS EN EL HOSPITAL ROYO V. POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	508	DE LA CERDA VELAZ, ANA ISABEL	ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL USO DE LA TERAPIA VAC EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	390	DORADO REGIL, MARIA PALOMA	IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE. II	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	496	FERRANDO VELA, JUAN	DISMINUCION DE RIESGOS Y COSTES ASOCIADOS A LA TERAPIA INTRAVENOSA: IMPLANTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	423	FRANCO GARCIA, MARIA ESTHER	CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	201	GONZALEZ CABALLERO, MARTA	INCIDENCIA DE UPP EN EL PACIENTE CRITICO. VALORACION DE CUIDADOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	489	HORNA OREJA, OIHANA	MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	418	LOPEZ GOMEZ, LUIS	REVISION DE LA INDICACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) CON MOTIVO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA (ETE). ADECUACION A LA EVIDENCIA CIENTIFICA. (PARTE 2)	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	304	LUMBRERAS VIRGOS, RUTH ELISA	OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZA I	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	313	LUMBRERAS VIRGOS, RUTH ELISA	OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON GONARTROSIS DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZA I	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	505	MARTIN ALGORA, ISABEL	PLAN DE MEJORA DE LA FARMACOTERAPIA EN ANCIANOS: REVISION DE FARMACOS INADECUADOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	432	MARTINEZ ALVAREZ, ROSA	EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	32	MONCIN TORRES, CARLOS ANGEL	INFORMACION A PACIENTES EXTERNOS SOBRE MEDICAMENTOS EXTRANJEROS 2.010: PROSPECTO EN ESPAÑOL	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	306	NAVARRO GARCIA, EVELIO	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR MEDIANTE INMOVILIZACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	89	PASCUAL PARRILLA, MARISOL	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I: INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	196	PEREZ TRULLEN, JOSE MARIA	DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	298	RODRIGUEZ CHACON, LUIS	DESARROLLO DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A UNA SUSTITUCION TOTAL DE CADERA, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	124	RUBIO FELIX, SANTIAGO	GUIA DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN URGENCIAS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	87	SANCHEZ BARTOLOME, ELENA	GESTION DE LA INFORMACION Y ORGANIZACION DE LA FORMACION CONTINUADA DEL SECTOR I	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	151	SANTOLAYA SANCHEZ, NATIVIDAD	REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMOS EN LA ACOGIDA AL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	15	SEBASTIAN DOMINGO, JUAN JOSE	PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	10	SERRANO BARCOS, LAURA	IMPLEMENTACION TEST DETERMINACION RAPIDA DE VIH	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	312	SIMON PARACUELLOS, MARIA PAZ	IMPLANTACION DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA PARA: PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	417	SORIANO GODES, JUAN JOSE	ARTRO-RM ARTICULAR. CORRELACION ATROSCOPICA Y QUIRURGICA. GUIA DE BUENA PRACTICA CLINICA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	165	UTRILLA BUEY, JUANA	ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL CUIDADOR DE UN PACIENTE CON DEMENCIA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
AT.ESPECIALIZ.	470	VARONA LOPEZ, WENCESLAO	MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	

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

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	100	VIDAL PERACHO, CONCEPCION	COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
SALUD MENTAL	162	MARIN LACASA, MARIA DE LOS REYES	PROGRAMA DE CONTROL DE PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO UNIPOLAR Y BIPOLAR QUE REQUIEREN TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA	USM ACTUR SUR	
SALUD MENTAL	176	MARIN LACASA, MARIA DE LOS REYES	MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO DE PACIENTES NEUROLOGICOS (PARKINSON, HUNTINGTON,ESCLEROSIS MULTIPLE,ETC) EN TRATAMIENTO CON AGOMELATINA	USM ACTUR SUR	
SALUD MENTAL	249	PASCUAL GARCIA, ASUNCION	PROTOCOLO DE MEJORA DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	USM ACTUR SUR	
SALUD MENTAL	414	TELLERIA SANJUAN, AINHOA	MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD	USM INFANTO-JUVENIL MOVERA	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 292

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DEL TIEMPO DEDICADO A LA CONSULTA, MEDIANTE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO E IMPLEMENTACION, DE UN CIRCUITO DE GENERACION Y DISPENSACION DE RECETAS DE LARGO TRATAMIENTO EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DEL CENTRO

2. RESPONSABLE M JESUS FERNANDEZ PARCES
· Profesión MEDICO
· Centro CS ACTUR NORTE
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DE FAMILIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALFREDO BENITO JIMÉNEZ- MF ACTUR NORTE
MARÍA BLESÁ RAMÍREZ- MF ACTUR NORTE
EUGENIO GALVE ROYO- MF ACTUR NORTE
SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD- MF ACTUR NORTE
MIGUEL ÁNGEL SILVESTRE ORTE- ADMTIVO- ACTUR OESTE
EMERENCIANA RUBIRA MARTÍNEZ- ADMTIVO- ACTUR NORTE
AMPARO SALAS SIMÓN- ADMTIVO- ACTUR NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Oportunidad de mejora:
Porcentaje excesivamente elevado en consulta, de demandas de atención por parte de nuestros pacientes con un contenido estrictamente burocrático, que limita el tiempo que podemos dedicar a otras actividades con un contenido intrínseco más elevado.

Importancia y utilidad:

Actualmente las consultas de AP se encuentran masificadas, y más en concreto, en nuestro centro de salud. Por otra parte, un porcentaje importante del tiempo de esas consultas lo dedicamos exclusivamente a tareas con un contenido estrictamente burocrático, como la dispensación reiterada de fármacos incluidos en tratamientos prolongados, tareas, que por otro lado, podrían ser asumidas por el personal administrativo del centro. Toda actuación enfocada en este sentido, es decir, la derivación de este tipo de tareas fuera de las consultas, va a suponer una mejora cualitativa importante en la gestión eficiente del tiempo dedicado a la misma.

Métodos de detección y priorización empleados:

Hemos elegido un grupo nominal de Delbecq donde se han identificado diversas oportunidades de mejora para el CS, permitiendo a su vez, su priorización en función de diversos criterios, como: que afecten a procesos habituales, evitar procesos pendientes de cambios, elección consensuada, y estar en relación con una misión y visión claras dentro del Plan de Mejora Continua de la Calidad.

También hemos aplicado criterios de priorización de Hanlon: magnitud y severidad del problema, eficacia y factibilidad de la intervención

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Reuniones periódicas cada dos meses de los componentes del Equipo de Mejora para analizar el desarrollo del proyecto.
-Realización de 3 sesiones del Equipo de Mejora con el resto de miembros del Equipo del Centro de tipo informativo y de asesoramiento sobre la puesta en marcha del proyecto.
-Reuniones formativas específicas para los miembros del equipo que se han incorporado progresivamente al proyecto.
-Información específica a Médicos Sustitutos y a Administrativos Sustitutos del funcionamiento del circuito de generación y dispensación de recetas.
-Participación como docentes en el curso Organizado por el Sector II de Zaragoza " Seguridad del Paciente en Atención Primaria: optimización de las herramientas disponibles " el 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 2009.
-Se ha incrementado el número de sesiones clínicas en el Equipo, con elaboración propia por miembros del Equipo, (se dispone de más tiempo para la preparación y participación en estas actividades)
-Se ha incrementado el porcentaje de cumplimiento de cartera de Servicios.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

292

MEJORA EN LA GESTIÓN DEL TIEMPO DEDICADO A LA CONSULTA, MEDIANTE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO E IMPLEMENTACION, DE UN CIRCUITO DE GENERACION Y DISPENSACION DE RECETAS DE LARGO TRATAMIENTO EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DEL CENTRO

- Ha disminuido la demora en las consultas de Medicina General desde la implantación del proyecto de mejora.
- Ha mejorado la percepción de los profesionales con respecto al control de la demanda , incrementándose el tiempo de dedicación al paciente y disminuyendo la carga burocrática.
- Ha mejorado la interrelación entre los distintos estamentos del equipo, lo cual facilita la continuación de la implantación de este proyecto y otros posteriores.
- La incorporación al Proyecto en la actualidad es de 6 profesionales de Medicina General y uno de Pediatría, está prevista la próxima incorporación de 3 Consultas de Medicina General.
- El número de episodios de solicitud de recetas por parte del usuario en el área de admisión, de enero de 2009 a diciembre de 2009, del conjunto de CIAS implicadas en el proyecto en el momento actual es de 1.225.
- Se ha incrementado el número de visitas programadas.
- Se está elaborando una encuesta de satisfacción para entregar a los pacientes en el momento de recogida de los lotes de recetas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Aumentar la eficiencia de la consulta, al descargarla de tareas con contenido estrictamente burocrático.
- Gestión más eficiente del tiempo dedicado a la consulta de demanda, en favor de otras actividades hasta ahora descuidadas (consulta programada, actividades de formación, investigación y coordinación interna del EAP, actividades de educación y promoción de la salud, etc.).
 - Una interrelación más eficaz entre el área administrativa y sanitaria, con un objetivo común de favorecer la atención y accesibilidad del usuario al sistema.
 - Aumentar la satisfacción tanto del usuario como de los propios trabajadores del centro.
 - Disminuir el riesgo de nuestras actuaciones y aumentar el porcentaje de auto resolución, al disponer de un mayor tiempo dedicado a las mismas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Se han incorporado nuevos profesionales al equipo, esto obliga a retomar el aspecto de comunicación y formación. Se realizarán sesiones informativas impartidas por los propios miembros del Equipo de Mejora (EM) al resto de profesionales del EAP, para el conocimiento preciso del protocolo general y del circuito, en particular, establecido con la unidad administrativa del centro, que será la encargada, de la ejecución del proceso clave final de la generación y dispensación de los lotes de recetas.
- La implantación progresiva del protocolo en los diferentes CIAS del EAP, con el fin de que el área administrativa vaya asumiendo de una forma progresiva el exceso de tarea que se vaya produciendo.
 - Establecer una atención especial al periodo de verano, dado que en la primera fase del proyecto ha generado ciertos problemas en la recogida de los lotes. Medidas aplicadas para oportunidad de mejora.
 - La resolución de posibles problemas de carácter práctico que puedan ir surgiendo con la aplicación del protocolo, conjuntamente con el Servicio de informática del Área.

Los responsables: Serán los propios miembros del EM

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará con una periodicidad anual, coincidiendo con la evaluación de la cartera de servicios, mediante la monitorización de los diversos indicadores establecidos para tal fin, y de forma continuada en el tiempo como ciclo de mejora continua de la calidad, acorde con la filosofía EFQM, estableciendo los objetivos sucesivos en función de los resultados alcanzados.

Indicador principal:

El número de episodios de solicitud de recetas por parte del usuario en el área de admisión por mes y CIAS.

Otros indicadores:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 292

MEJORA EN LA GESTION DEL TIEMPO DEDICADO A LA CONSULTA, MEDIANTE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO E IMPLEMENTACION, DE UN CIRCUITO DE GENERACION Y DISPENSACION DE RECETAS DE LARGO TRATAMIENTO EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DEL CENTRO

- El porcentaje de consulta programada sobre el total de consulta durante un período de tiempo determinado y por CIAS.

Objetivo fundamental del proyecto:

Conseguir una consulta programada estable próxima al 50% del total de consulta al cabo de 5 años, mediante el aumento progresivo de un 10% anual. El incremento progresivo en el tiempo dedicado a la consulta programada, se hará a expensas, de una disminución igualmente progresiva en el tiempo dedicado a la consulta de demanda.

Objetivos secundarios:

- Conseguir la implicación del 100% de CIAS del centro mediante la aplicación y el desarrollo del protocolo al cabo de un año, coincidiendo con la primera evaluación.
- Un aumento progresivo anual en el número de sesiones de formación del EAP.
- Un aumento progresivo del grado de satisfacción, tanto del cliente externo como de los propios profesionales del centro, mediante la elaboración y cumplimentación de encuestas de opinión, que deberán realizarse anualmente.
- Un aumento progresivo del grado de auto resolución de las consultas, mediante la disminución en el número de solicitudes de interconsulta realizadas en el EAP, durante un período determinado de tiempo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del Proyecto en Enero de 2010, Finalización en Diciembre de 2010.

Se realizará una primera monitorización del proceso en Junio, valorando el cómputo del número de episodios de solicitud de recetas por parte del usuario en el área de admisión, por mes y CIAS, realizados hasta ese momento, con el fin de, obtener una valoración de la evolución del proyecto en el ecuador de su período de ejecución.

El proyecto, como ya se ha comentado, pretende seguir evaluándose en el tiempo, como ciclo de mejora continua de la calidad y acorde con la filosofía EFQM

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Material Informático	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 149

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE EDUCACION AL NIÑO ASMATICO (DESDE LA INFANCIA HASTA 14 AÑOS)

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASUNCION SANCHEZ ZAPATER-PEDIATRA-C.S. ACTUR NORTE
LUCIA BARTOLOME LALANZA-PEDIATRA-C.S. ACTUR NORTE
BLANCA MARTINEZ ABADIA-DUE-C.S. ACTUR NORTE
MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE-ADMTIVO-C.S. ACTUR OESTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Oportunidad de mejora: continuar con la formación y adiestramiento a niños y familiares para controlar el tratamiento y cuidados del niño asmático.

Importancia y utilidad:

- En las consultas de pediatría de AP se comunica el diagnóstico de la enfermedad pero, a veces, la información es escasa. Las entrevistas previas realizadas a los grupos de educación del año 2009, nos confirman este hecho.
- Recogida de datos insuficiente en la historia clínica: antecedentes familiares y personales.
- Deficiente evaluación de la gravedad del asma.
- Insuficiente realización del plan de cuidados.
- Escasa realización del Plan de Acción escrita individualizada

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ETAPAS DE DESARROLLO AÑO 2009: NIÑOS ENTRE 7 Y 14 AÑOS.

1ª ETAPA: De marzo a agosto de 2009:

- Revisión bibliográfica y actualización del tema.
- Revisión de las historias clínicas de los niños de 7 a 14 años pertenecientes al C.S. Actur Norte y Actur Oeste para detectar la prevalencia de niños asmáticos. La población referida está formada por 3562 niños, de los cuales, tras la revisión de todas las historias clínicas, 145 padecen asma activa, es decir que han presentado síntomas de asma en los últimos 12 meses.

2ª ETAPA: De agosto a septiembre de 2009:

- Se programaron reuniones en el centro de salud por las enfermeras componentes del Proyecto de Mejora (Blanca Martínez y Carmen Viñas) para informarles a los padres y a los niños de las sesiones educativas sobre asma, que se iban a impartir e partir del mes de octubre. Se habló de los beneficios de recibir la educación sanitaria en asma y la distribución de los grupos por edades.
- Cada paciente que ha aceptado participar en la educación sanitaria ha rellenado una ficha de datos clínicos del niño/a asmático para completar su historia clínica, se solicita consentimiento informado por escrito al padre/madre/tutor para la participación en la educación sanitaria en asma.
- Preparar la educación sanitaria grupal en asma.

3ª ETAPA: De octubre a diciembre de 2009:

- Puesta en marcha del programa de educación sanitaria al niño asmático. Realizado por las enfermeras integrantes del Equipo de Mejora.
- Se crearon grupos de 8-10 niños distribuidos por edades. Cada niño ha recibido 3 sesiones, distanciadas entre si por 3 semanas.
- Se han realizado 18 sesiones de "Educación asmática" y el total de niños de 7 a 14 años que han recibido esta formación ha sido de 60

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Que tanto los niños mayores de 7 años, como todos los padres sepan reconocer una crisis de asma y puedan actuar adecuadamente.

2.- Lograr que en niño lleve una vida normal, incluidas las actividades deportivas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

149

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE EDUCACION AL NIÑO ASMATICO (DESDE LA INFANCIA HASTA 14 AÑOS)

- 3.- Mantener la función pulmonar dentro de límites normales.
- 4.- Prevenir la limitación pulmonar dentro de límites normales.
- 5.- Evitar los efectos secundarios de la medicación y retirarla en cuanto sea posible.
- 6.- Elaborar un plan individual de tratamiento.
- 7.- Elaborar un plan para el tratamiento de la agudización del asma en el domicilio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras la detección de las deficiencias señaladas anteriormente, se cree conveniente hacer una priorización y estructuración de las actividades a llevar a cabo para subsanarlas. Para ello establecemos unos criterios de trabajo:

PRIMER SEMESTRE 2010:

- 1.- Complimentar la historia clínica: antecedentes familiares y personales sobre alergias, dermatitis atópica, rinitis y otros.
- 2.- evaluar la gravedad de la enfermedad en el niño asmático.
- 3.- Establecer un plan de cuidados personalizado.
- 4.- Entrevista individualizada a cada niño con sus padres para recoger los datos sobre la vivencia de la enfermedad después de las charlas.
- 5.- Valoración de la evolución de la enfermedad durante 6 meses desde la educación sanitaria.
- 6.- Puesta en común con el pediatra del niño para estimar la eficacia de las tareas realizadas.

SEGUNDO SEMESTRE 2010:

- 1.- Captación activa de niños asmáticos entre 7 y 14 años para repetir los pasos de la primera etapa (entrevista, obtención de datos y educación).
- 2.- Sesión de reciclaje para los niños y padres que han recibido la formación en el años anterior.
- 3.- Preparación de formación para padres de niños asmáticos menores de 7 años.

RESPONSABLES: Todos los miembros sanitarios del Equipo de Mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del Proyecto se realizará con una periodicidad anual, coincidiendo con la evaluación de la cartea de servicios, mediante la monitorización de los indicadores establecidos, y planteando los objetivos sucesivos en función de los resultados alcanzados.

INDICADOR 1:

Aumento, confirmado mediante datos de OMI-AP, de la cumplimentación de los niños asmáticos de edades comprendidas entre 7 y 14 años. Datos comparativos entre Cartera de Servicios de 2009 y 2010.

INDICADOR 2:

Evaluar la diferencia en la Calidad de Vida del niño asmático 6 meses después de la educación sanitaria. Se medirá por auditoría interna mediante recogida de información, en entrevista a niños y padres, que se realizará en junio de 2010 a los pacientes que recibieron las sesiones en el 2009

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA INICIO: Enero 2010.
FECHA DE CONTROL: Noviembre 2010.

Antes de julio de 2010:

- Transcribir a la historia clínica del paciente, los datos recogidos en las entrevistas de las sesiones grupales del año 2009.
- Programación de entrevistas individuales con los padres y niños que han recibido la formación.
- Actualización de historia si fuera necesario.

Antes de octubre de 2010:

- Preparación de sesión de reciclaje para los niños que ya asistieron a educación en el año 2009.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

149

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE EDUCACION AL NIÑO ASMÁTICO (DESDE LA INFANCIA HASTA 14 AÑOS)

- Preparación de grupos de "Educación al niño asmático" para niños de 7 a 14 años, con las tres sesiones tal como fueron establecidas en el proyecto Inicial de 2009.
- Preparación grupo de formación para padres de niños asmáticos menores de 7 años

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Espirómetro	400 €
· Medidores de pico-flujo y boquillas desechables	200 €
· Equipamiento informático móvil	1.500 €
· Materiales para la educación sanitaria (fármacos y accesorios de aplicación)	200 €
· Material informativo de de apoyo: tarjetas ... (*)	200 €
Total	2.500 €

11. OBSERVACIONES. (*) Material informativo de de apoyo: tarjetas de autocontrol, libretas de registro de FEM, etc.

1. TÍTULO

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP DE ACTUR-OESTE

2. RESPONSABLE ROBERTO GARUZ BELLIDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se trata de un proyecto de mejora que continúa y en este espacio debería estar las tablas que resumen la evaluación inicial

Las derivaciones fueron realizadas por los médicos titulares y sustitutos del equipo de atención primaria entre el 1-7-2008 y el 30-6-2009 inclusive. No están englobadas en estas derivaciones las realizadas a las unidades de apoyo (ej. Fisioterapia o Matrona), ni las realizadas a algunas especialidades como oftalmología y obstetricia, en el primer caso porque la mayoría corresponden a la medición de la agudeza visual y en el segundo, a las mujeres embarazadas, episodios ambos, que siempre se han seguido inicialmente desde atención especializada.

Durante los meses de Julio a Septiembre se ha procedido a revisar 20 derivaciones de las dos especialidades mas demandadas por cada médico y se ha procedido a clasificarlas en tres posibles categorías: derivaciones adecuadas, inadecuadas o se precisa mas información. La evaluación fue realizada por un médico distinto al que solicitó la interconsulta y se verificó en una posterior revisión por pares.

Se clasificaba como derivación inadecuada cuando el episodio podía ser resuelto en atención primaria, no precisaba para ser diagnosticado de pruebas de laboratorio o imagen no autorizadas para ser solicitadas por médicos del primer nivel o no se solicitaba una segunda opinión de diagnóstico y/o tratamiento.

Como consecuencia de la evaluación se obtuvieron algunas conclusiones, unas generales y otra específicas, dirigidas a implementar medidas de mejora. Entre las generales: que en muchas ocasiones no quedaba claro el motivo principal de la derivación, en otras, la derivación obedecía a la solicitud del paciente sin que mediara otra razón o motivo técnico que motivara la solicitud de derivación (Ginecología). También observamos, que en algunas ocasiones, no se cerraban los episodios que habían originado la derivación con la respuesta del especialista. En algunas especialidades, los motivos de derivación inadecuadas se centraban en determinadas patologías (traumatología: patología del pie y procesos degenerativos). En los procesos musculo-esqueléticos se observó la posibilidad de mejorar las derivaciones en función de la oferta disponible y las soluciones ofrecidas por los distintos servicios (fisioterapia, rehabilitación, reumatología y traumatología)

Las medidas de mejora adoptadas se pueden agrupar en diversas categorías: información y registro, intervenciones formativas, reciclaje con especialistas y establecimiento de la posibilidad de una segunda opinión entre los mismos médicos de atención primaria.

Entre las medidas de información y registro: la necesidad de que el motivo de la derivación quede claro es una primera medida necesaria para establecer, en futuras evaluaciones. El cierre de los episodios derivados con anterioridad también parece una medida inicial decisiva que debería contener toda historia clínica. Se han realizado sesiones formativas relacionads con episodios musculo-esuqueléticos y ginecológicos. Algunos profesionales han realizado reciclajes con especialistas durante una semana (Dra. Ariño en Ginecología -ya realizado-, Dra. Penón en Dermatología -pendiente-. Asi mismo, se ha establecido la posibilidad de solicitar una segunda opinión, para una derivación, a otro médico familia del mismo turno horario

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 128

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP DE ACTUR-OESTE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador Portatil HP Compaq 6730b	900 €
· Impresora HP Laserjet color CP3525N/CP3525DN	610 €
Total	1.510 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 260

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE AP, MEDIANTE LA PUESTA EN MARCHA DE UN CANAL DIRECTO DE COMUNICACION CON LOS PACIENTES, A TRAVES DEL CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO

2. RESPONSABLE TERESA HERRERO LOPEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ACTUR OESTE
· Servicio/Unidad .. CS ACTUR OESTE
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE-JEFE DE ADMISIÓN-CS "AMPARO POCH"
MARIA ISABEL LOSTAL GRACIA-PEDIATRA-CS "AMPARO POCH"

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Atención a consultas que no precisan la presencia del niño.
- Mejorar la accesibilidad cuando los padres o tutores no pueden acudir a la consulta por motivos laborales.
- Disminuir la consulta de demanda aumentando el tiempo dedicado a programada y educación para la salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la atención y cuidado del niño.
2. Optimizar el tiempo de consulta.
3. Contribuir a que los padres o tutores tengan mayor accesibilidad a la consulta a cualquier hora.
4. Aumentar la calidad y servicio a los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Proporcionar el correo corporativo mediante carta a los padres o tutores de los pacientes. Inicialmente se dirigirá a la población de edad inferior a los 2 años. Paulatinamente a lo largo del año, se irán añadiendo otros grupos de edad, según posibilidades.
- Compromiso de apertura y contestación diaria de las preguntas, excepto festivos y períodos vacacionales.
- Registro en una carpeta de OMI, de las preguntas recibidas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Encuesta de satisfacción interna realizada a los pacientes.
2. Buzón de sugerencias del Centro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio Marzo 2010. Fecha de finalización Marzo 2011.
- Envío de cartas con información sobre la puesta en marcha del nuevo sistema de consulta por email inicialmente a la población de edad inferior a 2 años. Marzo Abril 2010.
- Revisión Carpeta OMI con las preguntas recibidas, analizando nº de email/día y contenido de los mismos. Agosto 2010.
- Ampliación de la población objeto de mejora de accesibilidad, según resultados del análisis de la utilización del sistema por los usuarios. Septiembre- Octubre 2010.
- Sugerencias del Buzón. Apertura semestral.
- Encuesta de satisfacción Febrero 2011.
- Informe de resultados Marzo 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Apoyo informatico (portátil) 800 €
Total 800 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 260

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE AP, MEDIANTE LA PUESTA EN MARCHA DE UN CANAL DIRECTO DE COMUNICACION CON LOS PACIENTES, A TRAVES DEL CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 254

1. TÍTULO

ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA PRESCRIPCION DEL GRUPO DE ANTIASMATICOS EN POBLACION PEDIATRICA, EN ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL LOSTAL GRACIA
- Profesión MEDICO
 - Centro CS ACTUR OESTE
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARMEN LABARTA MANCHO-FARMACEÚTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA-SECTOR ZARAGOZA 1
ANGEL MARCO RIVED-PEDIATRA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-UNIDAD DE NEUMOLOGÍA INFANTIL
MARIBEL MONEO HERNÁNDEZ-PEDIATRA-CS FUENTES NORTE-COORDINADORA GRUPO VÍAS RESPIRATORIAS DE LA ASOCIACIÓN ARAGONESA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (ARAPAP)
JOSÉ ANTONIO CASTILLO LAITA-PEDIATRA-CS FUENTES DE EBRO- MIEMBRO DEL GRUPO DE VÍAS RESPIRATORIAS DE LA ARAPAP
CÉSAR GARCÍA VERA-PEDIATRA-CS SAGASTA-MIEMBRO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE LA ARAPAP
CARMEN PUIG GARCÍA-PEDIATRA-CS AMPARO POCH
JESÚS RUIZ BARRANCO-DIRECTOR DE ENFERMERÍA- ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA 1

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia del asma en España ha aumentado en los últimos años, afectando aproximadamente al 10% de la población infantil, lo que supone un gasto alto de recursos humanos y económicos. La informatización de la Historia Clínica y la receta médica electrónica permiten disponer de información tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo de los fármacos prescritos y su adecuación a la patología del paciente. No se dispone de estudios publicados sobre prescripción de antiasmáticos en Atención Primaria, en población pediátrica de nuestro medio. El análisis de la información del consumo farmacéutico relacionándolo con el diagnóstico, aportará conocimiento sobre este tema y su adecuación a las guías clínicas recomendadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocer el perfil de prescripción en Atención Primaria, del grupo de antiasmáticos en población pediátrica.
2. Ofrecer esta información a los profesionales implicados.
3. Conocer el grado de adecuación de la prescripción a las recomendaciones basadas en la evidencia.
4. Mejorar la calidad de prescripción de estos fármacos por parte de los facultativos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Explotación de las base de datos de prescripción: DDD,DHD, gasto cuantitativo, indicadores cualitativos, CIAS,EAP. Subgrupos terapéuticos objeto de análisis: Beta-2 inhalados, beta-2 orales, anticolinérgicos, corticoides inhalados, corticoides inhalados en asociación, antileucotrienos. Año 2009. Sector Zaragoza 1.
2. Explotación de la Historia Clínica informatizada, OMI-AP.
3. Análisis de los datos.
4. Presentación de un informe en la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) de Atención Primaria.
5. Elaboración de una sesión formativa.
6. Presentación en cada EAP del Sector 1, del estudio y de la sesión formativa, aportando datos del EAP y sus facultativos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° niños con diagnóstico de asma/ N° niños en la población analizada.
2. DDD y DHD de beta-2 adrenérgicos y anticolinérgicos.
3. N° niños con diagnóstico de asma tratados con corticoides inhalados solos o en asociación/N° niños con diagnóstico de asma.
4. N° niños con diagnóstico de asma tratados con antileucotrienos/N° niños con diagnóstico de asma.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 254

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE ANTIASMÁTICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, EN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I

5. Nº niños con diagnóstico de asma tratados con corticoides inhalados solos o en asociación y antileucotrienos/Nº niños con diagnóstico de asma

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio Marzo 2010. Fecha finalización Marzo 2011.
Explotación base de datos de prescripción e historia clínica OMI-AP. Marzo-Abril 2010.
Análisis de los datos Mayo-Agosto 2010.
Elaboración Sesión Formativa Septiembre 2010.
Presentación del estudio y sesión formativa EAP Octubre-Diciembre 2010.
Evaluación del Proyecto Enero-Marzo 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Apoyo informático para análisis estadístico y tratamiento de los datos	1.200 €
· Material soporte informático	800 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

051

MANTENIMIENTO, MEJORA Y SEGUIMIENTO DE LOS CANALES INFORMATIVOS PUESTOS EN MARCHA EN NUESTRO CENTRO: INTERNOS (PARA PROFESIONALES DEL CENTRO) Y EXTERNOS (PARA LOS USUARIOS DE NUESTRA ZONA)

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE

- Profesión MEDICO
- Centro CS ACTUR OESTE
- Servicio/Unidad .. ADMISION
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TERESA HERRERO LOPEZ-ADMINISTRATIVA-CENTRO DE SALUD AMPARO POCH-ADMINISTRATIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ANALISIS SITUACIÓN:

INFORMACIÓN INTERNA (PROFESIONALES CENTRO):

- Incorporación por traslados , de Enfermeras nuevas que nunca han trabajado en Atención Primaria
- Necesidad de conocer el OMI
- Realización de cursos de manejo de correo corporativo e internet

INFORMACIÓN EXTERNA (USUARIOS DE LA ZONA):

- Próxima apertura de C.S. Goya y de C.S. Actur Norte, con la división de usuarios y profesionales según domicilio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. INFORMACIÓN INTERNA:

- Rápido acoplamiento y puesta al día del funcionamiento del Centro, de las Enfermeras nuevas que se acaban de incorporar en los traslados.
- Conocimiento y utilización al máximo de OMI
- Manejo de correo corporativo y de internet

INFORMACIÓN EXTERNA:

- Perfecto conocimiento de fechas, cambios y modificaciones que van a sufrir los usuarios de la zona, debido a las aperturas de los centros nuevos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. INTERNOS:

- Mediante Sesiones formativas y Reuniones de Equipo
- Entrega de Manuales Internos de Funcionamiento

EXTERNOS:

- Actualización hojas informativas y de horarios
- Actualización de nombres en Directorio del centro
- Colocación de carteles de información con las modificaciones que se vayan llevando a cabo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INTERNOS:

- Según datos de registro de episodios en el OMI
- Según resultados/corte de Cartera de Servicios 2010
- Pregunta directa en reuniones de equipo.

EXTERNOS:

- Mediante Buzón de sugerencias (según nº de sugerencias por este motivo)
- Mediante Libro de Reclamaciones (según nº de reclamaciones por este motivo)
- Mediante encuestas de Satisfacción de los usuarios (encuesta remitida por el Salud)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

051

MANTENIMIENTO, MEJORA Y SEGUIMIENTO DE LOS CANALES INFORMATIVOS PUESTOS EN MARCHA EN NUESTRO CENTRO: INTERNOS (PARA PROFESIONALES DEL CENTRO) Y EXTERNOS (PARA LOS USUARIOS DE NUESTRA ZONA)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- A lo largo del año 2010
- Apertura Buzón de sugerencias.....Semestral
- Control reclamaciones.....Semestral

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MAQUINA DE ROTULAR ELECTRONICA (*)	105 €
· PEN-DRIVE DE 10 Gb	60 €
Total	165 €

11. OBSERVACIONES. (*) MAQUINA DE ROTULAR ELECTRONICA DE SOBREMESA- Mod. LABEL MANAGER 220P. MARCA: DYMO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 171

1. TÍTULO

DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL (PARTE II)

2. RESPONSABLE ROGELIO ALTISENT TROTA
· Profesión MEDICO
· Centro CS ACTUR SUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELENA MELUS PALAZÓN
PILAR LOPEZ LAHOZ-PEDIATRA-ACTUR SUR
CARMEN LAFUENTE-ADMINISTRATIVO-CS ACTUR SUR
ROBERTO ARTIGAS-ADMINISTRATIVO-CS ACTUR SUR
ENCARNACIÓN MARAÑÓN -ADMINISTRATIVO- CS ACTUR SUR
JUAN PUERTOLAS- ADMINISTRATIVO-CS ACTUR SUR
SARA LOPEZ-ENFERMERA-CS ACTUR SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En las conclusiones elaboradas tras una sesión de formación del equipo sobre ética clínica realizada en el C.S. Actur Sur se llegó al consenso de que las interrupciones en la consulta eran excesivas y no siempre justificadas, afectando de manera significativa a la calidad de la asistencia, al clima de confianza de la relación clínica y con alto riesgo de lesionar la confidencialidad. Esta conclusión tiene una especial relevancia si se tiene en cuenta que ha sido compartida por todos los estamentos del equipo y más específicamente medicina, enfermería y administrativos.

Es un hecho objetivo que lo largo de la consulta son numerosas las interrupciones que tienen lugar: llamadas telefónicas, entradas de enfermería o medicina para firmar las recetas, para comentar casos, incluso a veces identificando a los pacientes ante terceros.

Está estudiado que las interrupciones en consultas incrementan de forma notable los fallos de los profesionales y los retrasos en las citaciones, lo cual supone un deterioro de la calidad de la atención así como de la satisfacción de los usuarios, a lo cual hay que añadir el malestar crónico que genera en los profesionales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Se han realizado sesiones informativas y motivacionales en el centro de salud con exposición de videos donde se mostraban las interrupciones en consulta y los problemas éticos de confidencialidad derivados de las mismas.
- Se han realizado reuniones de equipo para valorar actitudes y decidir mejoras en este sentido.
- Existe un "grupo interdisciplinar" compuesto por médicos, enfermeras y administrativos donde se tratan periódicamente los aspectos de mejora.
- En Diciembre 09 se realizó una encuesta personalizada y anónima con un nivel aceptable de respuesta (60%). De ellas destaca un menor nivel de respuesta del personal de admisión (si bien hay que destacar que en esas fechas estaban muchos de ellos de permiso y había personal sustituto),
- Se han modificado actitudes: Más del 70% han dejado de mostrar las listas de pacientes encima de la mesa; un 80% de enfermeras al pasar a firmar recetas intentan no mostrar las recetas delante del paciente.
- El 80% de los profesionales que han respondido ven necesario evitar las interrupciones en consulta, sólo en dos casos prefieren que se interrumpa la consulta si hay llamadas demorables, el resto ven imprescindible el articular sistemas de no interrumpir en consultas.
- Ha mejorado el uso de mensajes internos vía OMI entre los profesionales del centro.
- Se han dado instrucciones concretas y reuniones con los facultativos para que el circuito de bajas (IT) no dé lugar a llamadas de admisión por fallos cuando el paciente viene a recoger las IT al mostrador.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL (PARTE II)

Como aspectos pendientes e importantes a trabajar en este año:

- Implicar más a todos los estamentos (baja participación de admisión en la encuesta)
- Implementar los sistemas de recetas crónicas fuera de consulta.
- Implementar sesiones y/o reuniones que recuerden/motiven sobre temas de confidencialidad y de interrupciones en consultas.
- Mejorar el circuito de IT para que no tengan que llamar tanto desde admisión cuando llega el paciente al mostrador.
- Trabajar todo el tema de implantación de mecanismos para usar mensajes internos .
- Valorar sistemas de detección de interrupciones en consultas (con videograbaciones y otros métodos de evaluación ...).
- Difundir entre los pacientes la información para evitar las interrupciones y derivar las consultas a determinados horarios.

En resumen de los dos objetivos propuestos inicialmente:

1.- Objetivo:

Todos los estamentos del, habrán alcanzado en cada nivel y/o categoría profesional, consenso de los puntos fuertes y débiles del equipo, a los tres meses del inicio del proyecto.

Indicador:

Nº de estamentos (categoría profesional) del EAP con documento consensuado/Nº de estamentos del EAP (3/3)

Estandar:

100%

2.- Objetivo

El equipo de Atención Primaria Actúr Sur habrá diseñado tres indicadores evaluables, por consenso mayoritario del EAP, a los seis meses del inicio del proyecto.

Indicador

El equipo tiene seleccionados , consensuados y diseñados, tres indicadores de evaluación tras un proceso de consenso de todo los estamentos del equipo de AP.

Estandar 80%

Alcanzado 60%

(los indicadores eran ver las necesidades sentidas de mejorar los probelmas eticos y de confidencialidad en el centro..se ha medido por un aencuesta a todos los profesionales..y de los que han contestado el 90% encuentran que hay que mejorar las probelmas éticos y el 80% que hay que mejorar las interrupciones en consulta (el 20% han mostrado que prefieren que se els llame a la consulta en cualquier momento).

Se encuentra la necesidad de seguir trabajando un tema tan prioritario y buscar una herramienta que pueda medir mejor la mejora. Así como instalar un circuito en el equipo para todos por igual para disminuir las interrupciones (independientemete de la opinion individual) y fijar el protocolo por escrito de funcionamiento que a nivel de admisión (y en caso de sustituciones) unificaría criterios de actuación (ya se está elaborando)

Se han empleado los recursos concedidos y se precisaría contar con más material para seguir trabajando en este proyecto que luego podría ser exportable al resto de equipos. Se precisaría más cámaras para video grabar en consultas y material para difundir en admisión así como apoyo a las sesiones y reuniones del proyecto de calidad

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo 1. Mejorar la organización del equipo generando circuitos de comunicación interna que sean de calidad, evitando en la medida de lo posible, las interrupciones en las consultas.

Objetivo 2. Elaborar un protocolo consensuado en el equipo para la atención de llamadas telefónicas durante las consultas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL (PARTE II)

Objetivo 3. Garantizar la confidencialidad cuando por razones asistenciales sea imprescindible tratar cuestiones clínicas ante terceros pacientes

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

- ACTIVIDAD I. Una reunión de trabajo de cada estamento del EAP por separado (medicina, enfermería, administrativos) para consensuar los puntos fuerte y débiles del Equipo con relación al objetivo de este proyecto. (coordinado por los correspondientes miembros del equipo responsable del proyecto).
- ACTIVIDAD II. Una Sesión plenaria del Equipo dedicada a:
 - a) Definir el consenso del Equipo sobre los 3 objetivos del proyecto. (15 minutos)
 - b) Explicar el fundamento de la confidencialidad, el secreto profesional y razones prácticas para eventuales excepciones en la actividad asistencial. (20 minutos)
 - c) Iniciar el debate para seleccionar tres indicadores evaluables dentro de 6 meses (15 minutos).
- ACTIVIDAD III. Charla coloquio con el equipo sobre "Calidad asistencial y ética clínica" impartida por Rogelio Altisent y Elena Melus.
- ACTIVIDAD IV. Trabajo del grupo responsable del proyecto para definir 3 indicadores medibles que se pondrán en marcha para su evaluación a los 6 meses.
- ACTIVIDAD V. Trabajo del grupo responsable del proyecto para recordar las medidas de mejora adoptadas.
- ACTIVIDAD VI. Evaluación de los indicadores a los 6 meses y presentación de los resultados en una sesión plenaria del Equipo.

Entre las actividades que se proponen para debatir en los grupos:

- Proponer fijar un horario de llamadas para los pacientes que no interfiera con las horas de consulta.
- Crear unos circuitos de notas donde figure la llamada de teléfono, la hora y el motivo. Para que el facultativo pueda llamar fuera de la consulta.
- Dejar unos espacios entre las consultas a modo de huecos en la agenda donde se citen las consultas que no pueden esperar.
- Poner en marcha un sistema de mensajes en tiempo real en OMI para que desde admisión, medicina o enfermería se pueda avisar de las demandas puntuales y el profesional pueda contestar como leído o recibido.
- Poner "flash " en OMI que adviertan de que un mensaje ha entrado en su correo y del carácter de la prioridad.
- Crear circuitos para firmar las recetas fuera de consultas y para mejorar el sistema de incidencia en las bajas laborales sin que tengan que llamar por teléfono desde admisión.
- Disponer de material por escrito que evite pronunciar el nombre de terceras personas delante de otros pacientes.

Pero lo más importante es el consensuar tanto las actividades como los indicadores con el resto del equipo para implicarles en ver la necesidad real de esta mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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

Situación actual: En el momento actual se ha analizado un cupo de forma aleatoria donde se apreció que en dos días de diferente semana había habido de 25 a 30 interrupciones a lo largo de la mañana. La mayoría habían sido: 8 llamadas de admisión (1 de un paciente que dijo ser urgente y era para una receta; 3 para dar

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL (PARTE II)

los partes de baja que no habían salido abajo, y 4 de pacientes que querían ser visitados indemorablemente y podían esperar); 3 de compañeros del centro; 12 de enfermería para firmar recetas de crónicos, 1 de admisión al subir a recoger los informes, 1 de la auxiliar de clínica al entrar a revisar material, y además las del residente y del alumno. Hay que añadir que en otros días se han contabilizado hasta 15 llamadas de admisión para avisar de incidencias y de pacientes más las internas del centro y las interrupciones de las recetas de crónicos que a diario suman de 12 a 15 pacientes fijos y las de los compañeros lo que pueden llegar a un total de 35 a40.

Si el promedio son unas 25 -30 interrupciones y les imputamos un promedio mínimo de 3 minutos (alguna vez puede ser de cinco minutos incluso más). Hacen un total de 90 minutos de retraso en las consultas, si contamos que tenemos un promedio de 35 consultas a seis minutos por consulta, el retraso imputables a las interrupciones puede llegar a ser de 90 minutos mínimo. Es un tiempo que se le resta de atención a otros pacientes que se podría incrementar en dos minutos más por visita. Se ha demostrado y así está publicado que las interrupciones en las consultas, aumentan los fallos con los pacientes.

Parece pues una situación grave y que hasta ahora no se le ha dado la importancia que tiene. Al menos queremos que de forma piloto en tres cupos de medicina (dos de medicina de familia y uno de pediatría) y en las respectivas consultas de enfermería, articular la forma de mejorar este problema. Se trata de extrapolarlo posteriormente al resto del equipo y si es posible en un futuro al resto de centros.

Aunque somos conscientes de la dificultad de la medida de forma cuantitativa, no dudamos que cualitativamente mejorara la atención prestada. Definiríamos dos conceptos: interrupción demorable/ inadecuada y la no demorable o urgente/adecuada

- Interrupción demorable es aquella que puede esperar a resolverse cuando el facultativo ha terminado la actividad que está realizando.
- Interupción no demorable o urgente es la que por el motivo que sea tanto asistencial como laboral o personal no puede esperar y debe de ser atendida en ese mismo momento.

La primera parte del proyecto tiene como finalidad elaborar tres indicadores, uno para cada uno de los tres objetivos planteados (ver apartado 6), que sean: a) específicos, b) medibles, c) asequibles, d) realistas, e) tangibles.

El grupo responsable del proyecto piensa sugerir como orientativos los siguientes, aunque esto debe ser finalmente resultado del consenso del Equipo previo el asesoramiento por los expertos consultados:

INDICADORES:

Incluimos en la medición tres consultas dos de medicina de familia y una de pediatría (esta última la que más interrupciones tiene por ser la coordinadora), tras introducir las medidas de mejora a los dos meses se medirán las mismas variables en los tres cupos de estudio.

Objetivo 1. Mejorar la organización del equipo generando circuitos de comunicación interna que sean de calidad, evitando en la medida de lo posible, las interrupciones en las consultas: Indicador 1. nº de consultas interrumpidas para firmar recetas (recogido por médicos).

Tras la Intervención A LOS DOS MESES se medirá en los tres cupos:

Nº de interrupciones para firmar recetas/ objetivo: una reducción del 60%
en dichas interrupciones por ese motivo.

Objetivo 2. Elaborar un protocolo consensuado en el equipo para la atención de llamadas telefónicas durante las consultas: indicador 2. nº de llamadas en la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL (PARTE II)

consulta percibidas como demorables /inadecuadas (recogido por médicos y enfermeras)

Tras la Intervención A LOS DOS MESES medido en los tres cupos:

Nº de interrupciones no demorables por motivo de llamadas.
Objetivo: haber reducido en un 60% dichas interrupciones.

Objetivo 3. Garantizar la confidencialidad cuando por razones asistenciales sea imprescindible tratar cuestiones clínicas ante terceros pacientes: Indicador 3. nº de situaciones en las que se han tratado cuestiones confidenciales en lugar o momento inadecuado/ demorables (recogido de manera anónima por cualquier miembro del equipo)

Tras la Intervención A LOS DOS MESES, en los tres cupos:

Nº de interrupciones no demorables donde se traten cuestiones confidenciales
Objetivo: haber reducido en un 60% dichas interrupciones

B) En la segunda parte del estudio se tratara de medir la mejora en los tiempos reales de atención a los pacientes al disminuir los tiempos imputables a las consultas inadecuadas/demorables.

- (SITUACIÓN INICIAL)El promedio de interrupciones demorables por día en los tres cupos : 20 (estimación aproximada).
- Retraso medio de tres minutos imputables a cada interrupción: el retraso imputables sería en las tres consultas aproximadamente de: 60minutos.

Tras la Intervención A LOS DOS MESES:

- Medir el tiempo de retraso de la consulta y al menos haber mejorado los tiempos imputables a las interrupciones en un 60%.

-En un futuro podría hacerse la evaluación con una grabación de esos cupos donde en un día completo se analizasen las interrupciones, pero de momento será motivo de otro trabajo o de consenso en el equipo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Contando con que la situación de partida ya están realizadas las actividades 1,2,3,4 y que alguna de ellas hay que retomar.

Abril-Mayo 2010: Actividad 4

Junio-Noviembre 2010: Actividad 5

Noviembre - Diciembre 2010: Actividad 6

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Videocamara para grabaciones	500 €
· scanner para los documentos	100 €
· tripode para el video	300 €
· disco duro externo	100 €
· ordenador portatil	700 €
Total	1.700 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
(PARTE II)

11. OBSERVACIONES. Las personas que lideramos el proyecto somos realmente dos (Dr Altisent y Elena Melús) pero al estar Elena en otro proyecto por de la Unidad docente y ver en las normas que sólo se puede estar en uno, lo hemos dejado como un sólo coordinador pero hacer constar que son ambos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 450

EDUCACION A GRUPOS EN LACTANCIA MATERNA

2. RESPONSABLE MUÑOZ DOMINGUEZ LOURDES
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS ACTUR SUR
· Servicio/Unidad .. MATRONA/PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROSA MARIA TOLEDO PEREZ-ENFERMERA PEDIATRIA-C.S.ACTUR SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejora del periodo de lactancia materna en calidad y tiempo, con el objetivo de estrechar el vínculo afectivo Madre-Hijo y alargar este periodo para mejorar el estado físico del Recien Nacido, respetando la decisión de la Madre. Hemos observado una disminución del periodo de lactancia materna (entre 3-6 meses), de forma progresiva a través de nuestra actividad asistencial. Las causas fundamentales, a nuestro entender son:
-Laborales (mujeres trabajadoras)
-Influencia del entorno (publicidad, familia, amistades.....)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Aumentar el periodo de lactancia materna hasta los 12 meses de edad del R.N

2-Disminución de intolerancia a la lactosa, proteínas vacunas, alergia a proteínas vacunas y efectos adversos a otros componentes de las leches maternizadas.

3-Disminución de la prevalencia de obesidad en el niño

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Educación grupal con métodos audiovisuales y dinámica de grupo.
-Dos sesiones sobre lactancia materna insertadas en los grupos de educación materna preparto.
-Tres meses de apoyo grupal posterior al parto.
-Seguimiento y refuerzo de lactancia materna a los 3-6-12 meses del parto en cta de Matrona

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluar tiempo de lactancia del grupo.-
Indicador 1.- N° de madres que han dado lactancia durante 1 año/N° total de madres que han recibido educación grupal
Indicador 2.- Grado de satisfacción de las madres de su periodo de lactancia mediante encuesta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La Educación materna se impartirá a 8 grupos de 12-14 personas por grupo, de marzo 2010 a febrero 2011 (1 sesión semanal durante 8 semanas)

2 sesiones sobre lactancia en cada grupo preparto.
Grupo abierto durante 3 meses consecutivos post parto 1 día por semana

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Cañón de techo para la sala de grupos 756 €
Total 756 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

494

PROYECTO DE MEJORA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL BELLOSO RODANES
- Profesión MEDICO
 - Centro CS ARRABAL
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA DE FAMILIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JAVIER GARCÍA LATASA-DERMATOLOGO-CME GRANDE COVIÁN
SOL REIXA VIZOSO-MÉDICO DE FAMILIA-CS ARRABAL
DIANA SANZ MARTINEZ-MÉDICO DE FAMILIA-CS ARRABAL
ESTHER RUIZ.-ADMINISTRATIVA-CS ARRABAL
CARMEN ALEGRE-ENFERMERA-CS ARRABAL
ETHEL GARCIA-PEDIATRA-CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se pretende con la continuación de este proyecto valorar la ampliación de este proyecto al resto de consultas de nuestro Equipo de Atención Primaria, y ver las dificultades y opciones de cara a su extensión y futura oferta como servicio del centro. Los resultados obtenidos con la experiencia piloto avalan la idoneidad de implantar una consulta de este tipo en Atención Primaria. La población diana son los pacientes con patología dermatológica vista en las consultas de atención primaria y pediatría del Centro de Salud Arrabal

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo de 2009 hemos llevado a cabo una experiencia piloto entre dos consultas del Centro de Salud Arrabal y el Servicio de Dermatología del CME Grande Covián, para interconsulta de pacientes con patología dermatológica que ofrecen dudas diagnósticas. Hasta la fecha se han pilotado 10 pacientes, con buenos resultados en cuanto a concordancia diagnóstica y resolución de problemas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Implantación y estabilización de un servicio de teledermatología en el Centro de Salud.
- Mayor rapidez diagnóstica.
 - Aplicación del tratamiento adecuado lo antes posible y la minimización de secuelas.
 - Disminución en los tiempos de demora de las derivaciones a Cirugía General, y Cirugía Plástica, de las patologías dermatológicas que lo precisen.
 - Disminución de derivaciones de presencia física al nivel especializado.
 - Ahorro de costes.
 - Mejora de las competencias de los profesionales en patologías tan frecuentes como las dermatológicas.
 - Mejora de la satisfacción del paciente, evitando demoras y desplazamientos.
 - Mejora de la relación y coordinación entre atención primaria y especializada a través de la puesta en marcha tutelada de un servicio
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reunión de coordinación entre los integrantes del equipo.
- Reunión de formación sobre instrucciones básicas de manejo de la cámara fotográfica e instrucciones sobre normas comunes de realización de las fotografías (fondo, distancia, número de lesiones,..).
 - Instrucciones sobre el modo de envío de las imágenes por correo electrónico con garantías de seguridad (imágenes y datos personales).
 - Elaboración del consentimiento informado.
 - Preparación del diagrama de flujo del circuito de envío de imágenes, sospecha diagnóstica y respuesta.
 - Reuniones periódicas para comentar resultados.
 - Sesiones clínicas fundamentadas en casos "especiales" y otras relacionadas con patologías más frecuentes.
 - Utilizar el banco de imágenes recopiladas para realizar sesiones clínicas específicas con residentes y estudiantes de Medicina que roten por el centro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de reuniones relacionadas con la puesta en marcha del proyecto: coordinación, seguimiento, información

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 494

PROYECTO DE MEJORA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA

al equipo, ..

- Número de pacientes incluidos en la nueva consulta.
- Tiempo transcurrido entre el envío de imágenes y la obtención del diagnóstico.
- Concordancia entre la impresión diagnóstica del médico de familia y el diagnóstico del especialista en Dermatología.
- Descripción de las patologías.
- Evolución de las patologías.
- Control evolutivo de las patologías que han podido precisar derivación a Cirugía Plástica, Medicina Interna, etc.
- Número de profesionales implicados en la nueva consulta.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales implicados.
- Encuesta de satisfacción del paciente.
- Sesiones clínicas realizadas con el material obtenido

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La implantación estructurada de la consulta se pretende hacer durante 2010 a modo de continuidad de la experiencia de 2009.

Ello dependerá del número de profesionales implicados, de la incidencia de patología dermatológica en las consultas y de la disponibilidad del profesional especialista en Dermatología.

Una evaluación anual de los indicadores y reuniones de seguimiento del programa nos ayudarán a valorar la continuidad del proyecto. Así como elaboración de una memoria anual sobre el mismo y un banco de imágenes para utilizar en el ámbito docente

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Cámara fotográfica digital de alta resolución	350 €
Total	350 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

086

MEJORA EN EL USO Y DISTRIBUCION DE TIRAS REACTIVAS PARA AUTOCONTROL DE GLUCEMIA

2. RESPONSABLE ENCARNA CAMBRA CAMBRA
· Profesión MEDICO
· Centro CS ARRABAL
· Servicio/Unidad .. CS ARRABAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NURIA RAMOS-AUXILIAR DE CLÍNICA-CS ARRABAL
SOL REIXÀ VIZOSO-MÉDICO DE FAMILIA-CS ARRABAL
CARMEN LEZAUN-ENFERMERA-CS ARRABAL
MARISA BENITO CORNAGO-ADMINISTRATIVA-CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha detectado en el Centro de Salud un uso inadecuado, por exceso, de tiras reactivas para autocontrol de glucemias en loa pacientes diagnosticados de diabetes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Uso adecuado de tiras, en el sentido de que se distribuyan para aquellos pacientes, en los que realmente está indicado.
2- Fomento de la autorresponsabilidad de los pacientes para un buen uso de este recurso.
3- Distribución de la tiras, seún las nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica.
4.- Ahorro de recursos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades.
1.- Consenso y recopilación sobre las últimas evidencias en cuanto al autocontrol de diabetes. Responsable: Médicos y enfermeras del proyecto.
2.- Evaluación de la situación de partida: recogida de información sobre gasto por paciente y sobre indicacióna decuada o no de la frecuencia de autocontrol. Responsable: Auxiliar de clínica, médicos y enferemeraras.
3.- Diseño de la actividad en base a los resultados del punto 1 y 2. Flujo de pacientes, procedicimiento de distribución, registro etc. Respsnable: todos los miembros del equipo.
4. Presentación en el centro de la propuesta. Consenso.
5. Puesta en marcha de la actividad.
6. Reevaluación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores.

Porcentaje de diabeticos que utilizan el servicio. A través de los registros propios
Gasto por persona/año de tiras. Idem.
Adecuación de uso. Mediante audit.
Ahorro de coste previsto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1 y 2: marzo-abril 2010
Actividad 3: mayo 2010
Actividad 4: junio 2010
Actividad 5: junio-noviembre 2010

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 086

MEJORA EN EL USO Y DISTRIBUCION DE TIRAS REACTIVAS PARA AUTOCONTROL DE GLUCEMIA

Actividad 6: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador para búsqueda bibliográfica, bases de datos etc.	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto practicamente no requiere costes y si que está previsto ahorro de recursos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

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

2. RESPONSABLE MARISA JUAN GERMAN
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS ARRABAL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELISA AREVALO-MEDICA-CENTRO DE SALUD ARRABAL
ROSA MAGALLON-MEDICA-CENTRO DE SALUD ARRABAL
SOL REIXA-MEDICA-CENTRO DE SALUD ARRABAL
VIRGINIA LOPEZ-MEDICA-CENTRO DE SALUD DE ARRABAL- ENFERMERIA Y SERVICIO DE ADMISIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la salud física, psicológica, social y emocional de las mujeres, a través de técnicas y terapias complementarias a nuestra medicina occidental. Nos parece importante el promover espacios de encuentros y de reflexión de otras técnicas y terapias para trabajar el equilibrio físico y emocional de mujeres; encontramos el centro sanitario como un espacio ideal para transmitir ideas, conceptos, nuevas terapias para trabajar aspectos como el control emocional

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación de Grupo de 15 Mujeres con el objeto de equilibrar la salud a nivel físico y emocional. Creación de un grupo de autoayuda. Dar información de prestaciones de carácter social y sanitario. Conocer nuevas técnicas para trabajar la ansiedad, control del estrés, el dolor, etc. a través de la relajación, preparación respiratoria y corporal, Asana, Pranayama, Dharana; Etc

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Una sesión semanal, impartida en el Centro de salud de hora y media; cada semana la impartirá un terapeuta o profesor formado en estas técnicas; se pretende que cada mes se cambie de actividad; YOGA, Arteterapia, Medicina Oriental, Medicina Natural, etc...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Sesión semanal de hora y media. -Cuestionario de evaluación a principio y final del curso-taller

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una sesión semanal de Septiembre del 2010 a junio 2011; durante el curso escolar

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Pagar al profesorado 2.500 €
Total 2.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

523

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE VIRGINIA LOPEZ CORTES
- Profesión MEDICO
 - Centro CS ARRABAL
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROCIO FERRER-CIRUJANA
JOSÉ ANTONIO FATÁS CABEZA- CIRUJANO-H.ROYO VILLANOVA
M^a JESÚS LARRAGA-ENFERMERA-C.S. ARRABAL
NURIA RAMOS -AUXILIAR-C.S. ARRABAL
ANA MIÑANA-ENFERMERA-C.S. ARRABAL
ELISA ARÉVALO-MÉDICO-C.S. ARRABAL
MERCÉ PAU PUBIL-MÉDICO-C.S. ARRABAL
JAVIER GARCIA LATASA-DERMATOLOGO-C.E. GRANDE COVIÁN
INMACULADA GRASA-MÉDICO-C.S. ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro Equipo de Atención Primaria tiene profesionales bien formados y con inquietudes para el desarrollo en el centro de salud de las competencias propias de la atención primaria como son la resolución de pequeñas intervenciones en el marco de la cirugía menor. Aunque muchos de nosotros seguimos desarrollando estas actividades, a lo largo de los años, el material propio para hacer bien esta tarea se ha ido deteriorando y perdiendo, no siendo renovada. Además, con la reestructuración de algunas actividades del centro, tenemos la opción de centralizar toda la cirugía menor en una sala que se equipe y adecue para ello. Concretamente en la planta baja, con sala de espera independiente. Por otra parte, el Servicio de Cirugía del Hospital Royo Villanova está asumiendo la atención de problemas menores de cirugía, que bien podían ser resueltos en el primer nivel asistencial, evitando derivaciones innecesarias y molestias al paciente.

POBLACIÓN DIANA

- Pacientes con patología susceptible de ser intervenida en consulta de cirugía menor en el Centro de Salud. Se incluyen: fibromas, verrugas, nevus, queratosis, granulomas, lipomas, cuernos cutáneos, infiltraciones, abscesos, uña incarnata, etc

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Implantación y estabilización de un servicio de consulta de cirugía menor en el Centro de Salud.
- Disminución de derivaciones innecesarias al nivel especializado.
 - Mejora de las competencias de los profesionales.
 - Mejora de la satisfacción del paciente, evitando demoras y desplazamientos.
 - Disminución de los costes de la atención en este tipo de patología.
 - Mejora de la relación y coordinación entre atención primaria y especializada a través de la puesta en marcha tutelada de un servicio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reunión de coordinación entre los integrantes del equipo. Detección de necesidades de: formación, actualización de conocimientos y re-entrenamiento en habilidades prácticas a los profesionales de atención primaria. A lo largo de Abril de 2010

- Elaboración del calendario de formación. Desarrollo del mismo. Mayo-junio de 2010.
- Elaboración del plan de necesidades y organización, para la puesta de marcha de la consulta: circuito de citación, sesiones formativas y de información del servicio, listado del material necesario, previsión de horarios, elaboración de la hoja informativa y consentimiento informado, etc. Mayo, junio de 2010.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

523

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD

- Presentación de la iniciativa en el Consejo de Salud.
- Inicio de la actividad: julio de 2010 en adelante.
- Monitorización mensual de la actividad y reevaluación en diciembre de 2010

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de reuniones relacionadas con la puesta en marcha del proyecto: de coordinación, de seguimiento, de información al equipo. Etc.

- Número de pacientes incluidos en el nuevo servicio.
- Número de pacientes derivados inadecuadamente.
- Descripción de las patologías resueltas.
- Número de profesionales formados. Satisfacción con la formación recibida
- Número de profesionales implicados en el nuevo servicio.
- Análisis de hojas de incidencias.
- Encuesta de satisfacción del paciente.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales implicados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La implantación estructurada del Servicio de Cirugía Menor del Centro de Salud se pretende hacer, tal como se ha detallado en las actividades, al inicio del verano de 2010. Ello dependerá, no solo de que el resto de actividades programadas se lleven a cabo, según se han descrito, sino de que se consiga el material necesario, y se pueda organizar estructural y funcionalmente la consulta en el plazo previsto. Requerirá pues de la ayuda e impulso de la Dirección de Atención Primaria, a través del Plan de Necesidades. En este sentido, se cuenta con el apoyo inicial de la misma, al que se le ha comentado ya la propuesta, aunque no puede cubrir con todas las necesidades requeridas. El programa tiene intención de continuidad, con evaluación anual de los indicadores y reuniones de seguimiento del programa. Así como elaboración de una memoria anual sobre el mismo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Material quirúrgico específico: lámpara, ... (1)	3.500 €
Total	3.500 €

11. OBSERVACIONES. (1) Material quirúrgico específico: lámpara, camilla específica, instrumental quirúrgico

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

084

MEJORA DE LA ATENCION A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL A TRAVES DE UNA PAGINA WEB

2. RESPONSABLE SOL REIXA VIZOSO

- Profesión MEDICO
- Centro CS ARRABAL
- Servicio/Unidad .. CS ARRABAL
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIRGINIA LOPEZ CORTÉS-MÉDICO DE FAMILIA-CENTRO DE SALUD ARRABAL
ENCARNA CAMBRA-ÉNFERmera-CS ARRABAL
MARISA BENITO CORNAGO-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-CS ARRABAL
ESTER RUIZ MARTÍN-AUX ADMINISTRATIVO-CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hoy en día y cada vez más, Internet es un instrumento fundamental para informar y facilitar las gestiones a los usuarios de la red. De hecho, están en marcha varias campañas del Gobierno central y del Gobierno de Aragón para potenciar el uso de las nuevas tecnologías por la mayoría de la población.

En el ámbito sanitario es una herramienta que aún está "por explotar", que puede acercar la Sanidad Pública a los usuarios y facilitar la actividad asistencial a los profesionales sanitarios. A través de Internet, se puede informar a los usuarios de los servicios, teléfonos de interés, horarios, comunicación on-line, enlaces a recursos sanitarios de interés, gestión de actividades formativas del centro, gestión de trámites, consultas, etc.

En nuestro Centro de Salud, se ha hecho un análisis preliminar sobre la opinión de los usuarios respecto a la implantación de este nuevo servicio, con muy buena aceptación por parte de los mismos.

Esta información de carácter local, complementa los dispositivos de información del Gobierno de Aragón, y le daría cercanía y personalización. Nuestra propuesta es la realización de una página Web, propia del Centro de Salud, como instrumento de mejora de la atención al usuario, como herramienta de comunicación con el mismo y como elemento también de facilitación de la relación e intercambio de opiniones y experiencias clínicas entre los profesionales y con otros sectores y grupos de la zona de salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta la fecha existe un sistema de comunicación vía correo electrónico (además de las sesiones presenciales y reuniones de equipo), en el que se van transmitiendo las novedades en cuanto a boletines terapéuticos,...

Algunos profesionales facilitan su correo electrónico a determinados pacientes para su seguimiento y consulta on-line.

Además se ha establecido comunicación periódica on-line con todas las oficinas de farmacia de la zona de salud.

Un servicio web integrado e integrador, facilitaría estas y otras opciones de comunicación: consejos estacionales, alarmas, informaciones varias, etc.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Poner en marcha un nuevo servicio de atención que ha dado ya buenos resultados en otros ámbitos.

- Mejorar la información a los usuarios.
- Facilitar información en casos de determinados procesos de salud (sobre un brote de meningitis en el barrio, consejos para la gripe en temporada, etc...)
- Facilitar la comunicación y accesibilidad a determinado tipo de usuario que tiene dificultades horarias de acceso al médico o a la enfermera.
- Mejorar la comunicación interna entre los profesionales del equipo.
- Facilitar la accesibilidad del usuario con dificultades horarias o laborales de acudir al centro.
- Facilitar la comunicación con otros colectivos de la zona: farmacias, ampas, aavv, etc

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Web del Centro de Salud Arrabal tendría dos enfoques:

1.- Orientada fundamentalmente al usuario, con los siguientes apartados:

- Pagina Principal: Información sobre el Centro de Salud (dirección, teléfono, e-mail)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 084

MEJORA DE LA ATENCION A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL A TRAVES DE UNA PAGINA WEB

- Información para el usuario: En este apartado se pueden incluir información sobre los servicios que se prestan, los profesionales que trabajan, horarios, atención urgente, comentarios y sugerencias..Así como la información relativa a la atención especializada y otros servicios.
- Servicios que oferta el Centro: incluiría cartera de servicios. Esto facilitaría una mayor información del usuario sobre las posibilidades que le brinda la atención primaria, evitando un uso inadecuado de otros niveles.
- Teléfonos: Teléfonos de urgencias, teléfonos de los departamentos del Centro de Salud, teléfono de cita, teléfonos externos de interés, Atención a la Mujer,...
- Urgencias: Teléfonos
- Profesionales: miembros del EAP, Unidades de apoyo, PAC, horarios de consulta, etc.
- Pagina de la Comunidad: Actividades comunitarias, proyectos de promoción de la salud, información útil para el usuario sobre el barrio, asociaciones de vecinos, servicios que ofrece el barrio (centro cívico, INAEM, etc.)
- Apoyo a la consulta: Dietas, consejos del PAPPs, Terapias y técnicas, Guías y protocolos, informes y documentos, test y escalas más utilizadas, etc.
- Espacio interactivo: en el que se facilitaría la comunicación directa del usuario con su profesional sociosanitario de referencia, para consultas rápidas, gestiones, dudas sobre el tratamiento etc.
- . facilitación de sugerencias de mejora

2. Habría también un apartado de uso exclusivo para profesionales con:

- Direcciones de interés para los profesionales: enlaces a páginas web médicas, bases de datos médicas, etc.
- Revistas médicas, enlaces a PubMed, Cochrane, ProQuest, TripDatabase, etc.
- Investigación: Recursos, ayudas a la investigación, proyectos puestos en marcha, congresos, tesis doctorales, etc.
- Formación continuada: docencia pregrado, postgrado, formación continuada y calendario.
- Curso de formación previo a la implantación de OMI
- Direcciones y software.
- Tablón de anuncios.
- GuiaSalud.

Responsables: en el grupo de calidad están representados todos los estamentos del equipo. Se asignarían las tareas de seguimientos y de mantenimiento y, en especial, de la interactividad con el usuario

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de usuarios y profesionales que visitan y hacen uso de la Web
- Numero de consultas realizadas a través de la Web
 - Encuesta de satisfacción: profesionales, y pacientes
 - Análisis de la hoja de sugerencias sobre la Web y sobre el Centro y su funcionamiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diseño y trabajo de la Web: febrero-abril 2010

Campaña de difusión de la Web: mayo-junio 2010

Puesta en marcha de la Web. junio 2010

Evaluación: diciembre 2010

No hay fecha de finalización prevista, pues se trata de la implantación de un nuevo servicio, aunque la experiencia se evaluará a los 6 y 12 meses de su puesta en funcionamiento

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Ordenador	1.000 €
• Diseño y mantenimiento de la web	2.500 €
Total	3.500 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 084

MEJORA DE LA ATENCION A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL A TRAVES DE UNA PAGINA WEB

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

180

FORMACION DEL EQUIPO ADMISION C.S. LA JOTA SOBRE LA LEGISLACION QUE SUSTENTA LA INFORMACION QUE DAMOS A LOS USUARIOS DEL CENTRO

2. RESPONSABLE LUIS ALBERTO CASILLAS FERRANDIZ
· Profesión ADMINISTRATIVO
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Servicio/Unidad .. ADMISION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA JESUS QUINTANA GRACIA-ADMINISTRATIVO-CS LA JOTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad nos encontramos que estamos dando información a los usuarios sobre temas que tienen un respaldo legal que desconocemos y que ante cualquier problema o petición de información más detallada no sabemos donde podemos apoyarnos.

EJEMPLOS

-Tarjeta sanitaria
-Historia clínica
-Decreto Garantías
-Libre elección de médico de familia y especialista
-Registro y archivo de documentos
-Ley General de Sanidad y SAS (derechos y deberes)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adquirir un mayor conocimiento de la legislación actual sobre aquellos temas que el servicio de admisión puede dar información al usuario.

* Tener un acceso rápido y sencillo desde cualquier puesto del servicio de admisión a aquella normativa de nuestro uso

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del Equipo de admisión sobre la legislación y el manejo de la herramienta que utilizemos para el acceso desde cualquier puesto de trabajo a esta normativa específica.

- Establecer una herramienta útil y rápida para la obtención de la información

* Encuesta de opinión al Equipo de Admisión sobre conocimientos actuales de la normativa de uso en admisión. PUNTO DE PARTIDA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Al menos una sesión de formación sobre la legislación (al año)

Al menos una sesión de formación sobre la herramienta a utilizar (al año)

Se ha realizado la herramienta informática SI/NO

Se informa sobre nueva normativa SI/NO

Encuesta al servicio de admisión sobre los conocimientos adquiridos, uso de herramienta y posibilidades de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 15/5/2010 FINALIZACION: 31/12/2010

* MAYO 2010 ENCUESTA INICIAL

* JUNIO 2010 SESION FORMATIVA LEGISLACION

SEPTIEMBRE 2010 COMPLETADA HERRAMIENTA INFORMÁTICA

SEPTIEMBRE 2010 FORMACION SOBRE HERRAMIENTA INFORMÁTICA

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 180

FORMACION DEL EQUIPO ADMISION C.S. LA JOTA SOBRE LA LEGISLACION QUE SUSTENTA LA INFORMACION QUE DAMOS A LOS USUARIOS DEL CENTRO

DICIEMBRE 2010 ACTUALIZACION SOBRE LEGISLACION
DICIEMBRE 2010 EVALUACION (REALIZACION ENCUESTA)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL INFORMATICO DIVERSO	500 €
· MATERIAL OFICINA DIVERSO	500 €
· OTROS	500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. En estos momentos desconocemos las necesidades reales de material y de su importe en euros

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 316

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA ADECUACION DE SESIONES DOCENTES EN EL CENTRO DE SALUD “LA JOTA” PARA CONSEGUIR LA ACREDITACION COMO CENTRO DOCENTE

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO CEÑA GARCIA
- Profesión MEDICO
 - Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
 - Servicio/Unidad .. CENTRO DE SALUD
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELEN LOMBA GARCIA-MEDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información..
Tras evaluación de Contrato Programa de 2009, se detecta un déficit en el número de Sesiones Clínicas impartidas en el Centro de Salud.
Por otra parte se ha comenzado el trámite para la solicitud de Acreditación del Centro de Salud “La Jota” como docente, lo que implica un objetivo a conseguir que requiere una organización para consecución de objetivos tanto cualitativos como cuantitativos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Conocer las necesidades formativas de los miembros del EAP
2.- Elaborar un calendario anual, donde se especifique tipo de sesión, contenido de la misma y docente.
3.- Conseguir la participación de todos los estamentos del EAP
4.- Cumplimiento de Contrato Programa 2010

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • 1.- Elaborar una encuesta para todos los miembros del EAP donde se recojan las necesidades formativas de los mismos (3 como máximo)
- 2.- Elaborar un listado a partir de la encuesta.
 - 3.- Elaborar un calendario de sesiones donde se especifique, tema, docente y fecha.
 - 4.- Elaborar Hojas de Registro para control.
 - 5.- Ajustar sesiones a nuevo contrato Programa 2010

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • 1.- Cumplimiento de Calendario nº de sesiones/mes
- 2.- Cumplimentación la hoja de registro: Grado de cumplimiento %
 - 3.- Número de trabajadores que acuden a sesiones Formativas
 - 4.- Número de trabajadores que se implican en el proyecto.
 - 5.- Cumplimiento de Contrato Programa 2010.
 - 6.- Nº total de sesiones médicas de familia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: enero 2010.
Control cumplimiento: septiembre 2010.
Fecha finalización: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- AUDIOVISUAL/CAMARA DE FOTOS 320 €
 - AUDIOVISUAL/CAMARA DE VIDEO 400 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 316

PROGRAMA DE MEJORA PARA ADECUACION DE SESIONES DOCENTES EN EL CENTRO DE SALUD "LA JOTA" PARA CONSEGUIR LA ACREDITACION COMO CENTRO DOCENTE

· AUDIOVISUAL/PANTALLA FIJA PROYECCION	300 €
Total	1.020 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 237

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CAPTACION PRECOZ, DIAGNOSTICO Y EVALUACION INICIAL DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

2. RESPONSABLE LOURDES ENCISO CIRIANO
· Profesión MEDICO
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a JOSÉ BEL CASTILLO-MÉDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA
PILAR CALLAU BARRIO-MÉDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA
LOURDES LOPÉZ PEREZ-MÉDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA
CARMEN CALVO CASTILLO-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LA JOTA
M^a ANGELES HERNAEZ MAYORAL-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LA JOTA
TERESA BIBIAN MIGUEL-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LA JOTA
CRISTINA ALVAREZ ANDUJAR-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LA JOTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es la enfermedad respiratoria crónica más prevalente (10,2% de afectados entre los 40 y 80 años; alrededor de 1500 serian esperables en nuestra zona básica) , y continua aumentando a pesar de los avances en el conocimiento de la enfermedad ,Este aumento de prevalencia va asociado al envejecimiento de la población y al consumo de tabaco. Sabemos que es una enfermedad infradiagnosticada(solo se diagnostican un 20% de los casos reales). El análisis de resultados de evaluación de Contrato Programa, muestra claras deficiencias. (Solo un 6° de los EPOC-ASMA tiene registrado el DGP "FEV1/CVF"; solo el 49% tiene realizado el DGP " CONSEJO ANTITABACO").

Sospechamos que el diagnostico y evaluación no se hace con arreglo a las normas consensuadas en las "guías". El estudio EPISCAN (2009) señala cómo el Tabaquismo, no hace sino aumentar la incidencia de esta enfermedad. Mientras sufren EPOC el 7,6% de varones no fumadores, (5,5% en mujeres), esta cifra sube hasta el 18% en exfumadores (6% mujeres exfumadoras); y llega hasta el 30,9% en varones fumadores de + de 30 paquetes/año (15,4% mujeres).

Valoramos la necesidad de actuar de forma precoz, en aquellos grupos donde las medidas preventivas sean más eficientes (fumadores de 40 a 70 años).

Identificado como plan de mejora, nos planteamos:

- 1- Conocer la situación de partida, nuestra prevalencia real, tanto casos sospechosos, como confirmados. revisando registros e historias clínicas.
- 2- Conocer el grado de adecuación de la evaluación inicial del EPOC, con las normas consensuadas, (respecto a pruebas complementarias que no deberían faltar en una 1º evaluación tras el diagnostico, así como en el grado de severidad y el pronostico (espirometría).
- 3- Implantar la realización de Espirometrías en nuestro Centro de Salud.
- 4- Conocer nuestro grupo de riesgo (fumadores de 40 a 70 años), así como nuestro compromiso ante el programa del Tabaquismo, de obligado cumplimiento en estos pacientes .
- 5- Unificar la práctica clínica en nuestro Centro, familiarizándonos con el uso de una única "Guía Clínica" ampliamente consensuada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Conocer la Prevalencia de EPOC, (sospechoso, y confirmado) en el Centro.
2-Realización de Espirometrías en el Centro, formar a personas implicadas .
2-Mejorar el registro en OMI, tanto en diagnósticos, como en Espirometrías.
3-Mejorar la atención tras el diagnostico, evaluación y nivel de gravedad.
3-Mejorar el diagnostico precoz en pacientes de riesgo (fumadores de 40 a 70 años).
4-Mejorar el cumplimiento del programa del tabaco.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 237

MEJORA EN LA CAPTACION PRECOZ, DIAGNOSTICO Y EVALUACION INICIAL DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

5-Implantar el uso de la Guia SEPAR, entre todos los profesionales del centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Revisar listados de EPOC; y de personas fumadoras de 40 a 70 años, y de personas en tratamiento con spiriva o atrovent. Aumentar así la población diana para alcanzar nuestros objetivos.
2-Recogida de datos de la historia clínica de todos los pacientes EPOC del centro.
3-Sesión formativa para médicos-enfermeras: se intentará consensuar, cómo, cuándo y quién va a realizar las Espirometrías en el Centro, así como el obligado registro, y se establecerán unas pautas de interpretación .
4-Puesta en común, a todos los profesionales sanitarios del Centro, de la "Guía de Practica Clínica de Diagnostico y Tratamiento de la EPOC". SEPAR 2009.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Conocer la población susceptible de desarrollar EPOC: pacientes fumadores de edad comprendida entre los 40 y los 70 años/ pacientes de 40 a 70 años.
2- Diagnostico de sospecha de EPOC : pacientes fumadores mayores de 40 años y con clínica respiratoria / pacientes diagnosticados de sospecha EPOC.
3- Diagnostico de confirmación: N° de personas diagnosticadas de EPOC con Espirometría con PBD / n° de pacientes diagnosticados de EPOC .
4- Pruebas de evaluación inicial: Pacientes con Espirometría con PBD y Rx Torax / n° pacientes diagnosticados de EPOC.
5- Grado de severidad y pronostico: n° de pacientes con evaluación del grado de severidad y pronostico según normas de SEPAR / n° de pacientes diagnosticados de EPOC.
6- Intervención en el tabaquismo: Paciente fumador con EPOC que ha recibido consejo y tratamiento del tabaquismo / paciente fumador con EPOC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010
Control de cumplimiento de programa : octubre 2010. Reevaluación bianual.
Fecha de Finalización: No se considera fecha de finalización.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Espirómetro	1.000 €
· 8 Pulsioxímetros portátiles (100 €/unidad)	800 €
Total	1.800 €

11. OBSERVACIONES. Necesitaríamos un espirómetro en buen funcionamiento (tenemos uno que el 90% del tiempo está estropeado). Como entendemos que es un material muy caro si no es posible nos vendrían muy bien los pulsioxímetros portátiles para todas las consultas. Necesitaríamos que las enfermeras implicadas pudieran reciclarse en la práctica de las espirometrías; entendemos que es una prueba difícil y que necesita su aprendizaje.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 198

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA CON LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA Y DE ATENCION INICIAL AL INMIGRANTE

2. RESPONSABLE MARIA DEL CAMINO FERNANDEZ FALCON
. Profesión MEDICO
. Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
. Servicio/Unidad .. CENTRO DE SALUD
. Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE ANTONIO MERINO MONTESA-MEDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA
CAROLINA MENDI METOLA-MEDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA
CRISTINA ALONSO LOPEZ-MEDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA
CONSUELO PARDO PARDO-TRABAJADOR SOCIAL-CENTRO DE SALUD LA JOTA
MARIA LUISA LABADIA NAVARRO-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LA JOTA
LUIS ALBERTO CASILLAS FERRANDIZ-ADMINISTRATIVO-CENTRO DE SALUD LA JOTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

. El Centro de Salud La Jota pertenece al Sector I de Zaragoza, que da cobertura sanitaria a 36000 personas .En los últimos años, se ha detectado un aumento de usuarios procedentes de otros países, que estimamos se corresponde con un 10% de la población total.

. Ante esta nueva realidad surge en el centro la necesidad de formación y actualización en diversas cuestiones de salud relacionadas con patología importada, así como de adquirir habilidades para el manejo del paciente inmigrante en la consulta.

.Esta situación supone un reto en la labor de atención diaria. Consideramos que La creación de un Protocolo de acogida y atención al inmigrante, facilitará y mejorará la práctica asistencial, permitiendo recibir adecuadamente al paciente, identificar problemas de salud y situaciones de riesgo, y, en definitiva, ofrecer una asistencia integral dentro de la dinámica habitual del centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. .Conocer las características de la población inmigrante en nuestro Centro de Salud.

.Mejorar la accesibilidad al centro de Salud y a sus prestaciones y servicios,
.Mejorar la atención sanitaria y social al usuario inmigrante desde el centro de salud.
.Mejorar los conocimientos de los profesionales sobre:

- . enfermedades prevalentes según país de origen
- . actualización calendario vacunal
- . duelo migratorio
- . normativa y servicios-recursos específicos.

.Protocolizar la atención de salud, según características propias (país de origen, edad, tiempo de estancia,...).

..Mejorar el registro de datos en la historia clínica OMI.

.Mejorar la comunicación, detectando y actuando precozmente sobre patología sanitaria y/o problemática social.

. Mejorar la satisfacción de los profesionales y de los usuarios con los servicios prestados / recibidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Conocer características de la población inmigrante del Centro de Salud (número origen, edad y sexo, tiempo de

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

198

MEJORA DE LA ATENCION AL INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA CON LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA Y DE ATENCION INICIAL AL INMIGRANTE

residencia...). Colaboración con Servicio de Admisión

-Establecer un protocolo de actuación y atención ante solicitud de consulta por parte del usuario inmigrante. Elaboración de plantilla de registro en OMI..Elaboración de un folleto informativo básico acerca del funcionamiento del CS y sus recursos. Equipo de mejora

-Impartir formación a los miembros del EAP sobre patología prevalente según lugar de origen y actualización calendario vacunal. Responsable del programa/ miembros del equipo.

.Presentación del Protocolo al EAP. Responsable del programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. . % usuarios inmigrantes de < de 2 años de estancia en nuestro país que solicitan consulta en cualquier unidad del centro con plantilla de registro en OMI. Objetivo 75%

. % de usuarios inmigrantes de < de 2 años de estancia en nuestro país y que solicitan consulta con estudio analítico adecuado según protocolo. Objetivo 70%

.% de usuarios inmigrantes con inicio de actualización vacunal correcta. Objetivo 70%

. Número de sesiones formativas al EAP para la adquisición de conocimientos y presentación del Protocolo. Objetivo mínimo 2.

. % usuarios inmigrantes de < de 2 años de estancia en nuestro país con entrevista realizada con la trabajadora social. Objetivo 40%

.Valoración de la satisfacción de los profesionales tras la implantación del protocolo. Encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010

Fecha de finalización: Marzo 2011

Calendario:

1-Fecha de inicio sesiones formativas abril 2010

2-Elaboración Protocolo, plantilla de registro hasta junio2010.

3-Presentación del Protocolo al EAP en junio 2010, recogiendo sugerencias.

4-Puesta en marcha del protocolo a partir de junio2010.

5-Seguimiento del protocolo, problemas detectados,.. Octubre-Noviembre 2010

6-Evaluación final marzo 2011 Encuesta de satisfacción

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL INFORMÁTICO/IMPRESORA COLOR HP LASERJET COLOR CP3525N	610 €
· EQUIPOS INFORMÁTICOS/HP SANJET 5590C	1.400 €
· EQUIPOS AUDIOVISUALES/CAMARA FOTOS DIGITAL NIKON -COLLPIX D220	160 €
· MATERIAL INFORMÁTICO/OTROS	500 €
Total	2.670 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 286

MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN SU SALUD, MEDIANTE ENCUENTROS CON ASOCIACIONES DE SALUD Y AYUDA MUTUA

2. RESPONSABLE CONSUELO PARDO PARDO
- Profesión ATR
 - Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
 - Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las actividades comunitarias, aquellas orientadas hacia la promoción de la salud, el incremento de la calidad de vida y el bienestar social, potencian la capacidad de las personas y grupos para abordar sus propios problemas, demandas y necesidades. En el Sistema de Salud, y específicamente en Atención Primaria de Salud, la participación con y en la comunidad es un elemento prioritario en el que pueden incluirse todos: pacientes, familias, profesionales, organizaciones, y ciudadanos en general. Las Asociaciones de Salud y Ayuda Mutua se integran también dentro de esta participación en salud. Los afectados asumen con ello tener más protagonismo en su propio bienestar.

Así, desde este proyecto de mejora de la calidad en el C.Salud de "La Jota", tratamos de mejorar la salud de pacientes y familiares de la Zona de Salud con la participación de AA. de Salud y Ayuda Mutua

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el acceso a la información sobre la enfermedad y apoyos y servicios para afrontarla tanto el usuario como la familia
- Brindar oportunidad de compartir dudas y experiencias
 - Posibilitar creación o integración en grupos de ayuda mutua

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de encuentros temporalizados según se acuerde (uno cada 2 meses aprox.), abiertos a pacientes, familiares, profesionales y población general invitando a distintas AA de Salud y Ayuda Mutua.
- Trabajo en red: Colaboración profesionales del Centro; colaboración interinstitucional (préstamo Centro Municipal), y profesionales y asociaciones vecinales para que la información llegue al mayor número de pacientes y familiares afectados y a las personas interesadas de la zona.
 - Realización del Encuentro con transmisión de la información y espacios para el debate, dudas y compartir experiencia.
 - Elaborar plantillas: de transmisión información mínima; de participación posterior en grupos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Análisis de la satisfacción de los asistentes
- Valoración de asistentes que desean posterior integración en grupos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo en Febrero del 2.010 con la realización de uno de los encuentros. Término en Enero 2.011. Se espera la realización de unos 4 ó 5 encuentros en este periodo. Evaluación en Febrero del 2.011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Carteles divulgativos	300 €
· Pago a ponentes y colaboradores (en especie)	300 €
Total	600 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

286

MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN SU SALUD, MEDIANTE ENCUNTROS CON ASOCIACIONES DE SALUD Y AYUDA MUTUA

11. OBSERVACIONES. Si se exigiera algún miembro más del EAP en el equipo de mejora, entiendo no habría problema (solicitaría que me lo comunicaran) pero he considerado que la la participación, implicación y mejora es para todo el EAP

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

197

CONSEJO DE SALUD DE LUNA. CIUDADANOS Y PERSONAL SANITARIO, JUNTOS EN LA SALUD

2. RESPONSABLE ALEJANDRO BIERGE VALERO

- Profesión MEDICO
- Centro CS LUNA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA-MÉDICO-DENTRO DE SALUD DE LUNA
FÉLIX ERDOCIAIN AYERBE-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE LUNA
AURITA AURÍA LAMBÁN-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE MORATA
ANA Mª GARZÓN RUBIO-TRABAJADORA SOCIAL-SERVICIO SOCIAL DE BASE DE LUNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN 2009, EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LUNA, SE CONSTITUYÓ EL CONSEJO DE SALUD Y SE INICIÓ SU ANDADURA CON UNA BUENA ACOGIDA ENTRE LOS AGENTES SOCIALES Y LA POBLACIÓN GENERAL.

DURANTE 2010 BUSCAMOS SU CONSOLIDACIÓN Y SEGUIR TRABAJANDO CON LOS CIUDADANOS PARA DETECTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD SENTIDOS POR LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD, PARA REALIZAR ACTIVIDADES FORMATIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, ASÍ COMO INTENTAR CORREGIR AQUELLOS FACTORES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN LA SALUD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. SE HA CONSTITUIDO EL CONSEJO DE SALUD DE LUNA COMO ÓRGANO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA. SE HAN ACERCADO EL CENTRO DE SALUD A LOS CIUDADANOS, INFORMANDO DE SU FUNCIONAMIENTO. SE HAN REALIZADO ACTIVIDADES FORMATIVAS, EN FORMA DE TALLER, DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- MANTENER REUNIONES PERIÓDICAS, SEGÚN EL REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO DE SALUD, QUE FIJA UN MÍNIMO DE TRES AL AÑO.

2 -CONSEGUIR UNA COMUNICACIÓN FLUIDA CON LOS AGENTES SOCIALES Y REPRESENTANTES VECINALES.

3-CONSEGUIR UNACOMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN ADECUADAS ENTRE EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA COMUNIDAD.

4-DETECTAR NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS POR LA POBLACIÓN.

5-PUESTA EN MARCHA, IMPULSADA POR EL CONSEJO DE SALUD, DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y/O MEJORA DE LA SALUD, SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS POR LA POBLACIÓN.

6-INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN, A TRAVÉS DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES DE LAS ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR EL CONSEJO DE SALUD.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-TRABAJO CONJUNTO CON LA ASOCIACIÓN PARA LA SALUD "CINCO VILLAS ORIENTALES" EN SU PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD INCLUIDO EN LA RAPPS.

2-REALIZACIÓN DE TALLERES DE FORMACIÓN/INFORMACIÓN EN LAS LOCALIDADES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LUNA.

3- REUNIONES PERIÓDICAS DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DE SALUD PARA CONOCER LAS NECESIDADES DE SALUD SENTIDAS POR LA POBLACIÓN.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- EXISTENCIA DE UNA INFORMACIÓN FLUIDA Y PERIÓDICA A LOS AYUNTAMIENTOS Y ASOCIACIONES DE LA ZONA.

2- CELEBRACIÓN DE, AL MENOS, TRES REUNIONES DEL CONSEJO DE SALUD.

3- REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN Y/O MEJORA DE LA SALUD, QUE SE REALIZARÁ EN FORMA DE TALLER.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-PRIMER TRIMESTRE: DETECCIÓN DE TEMAS DE INTERÉS Y PROBLEMAS SENTIDOS POR LA POBLACIÓN Y DECISIÓN DE SOBRE CUÁLES SE VA A ACTUAR.

2-SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE: REALIZACIÓN DE TODAS LAS ACTUACIONES OPORTUNAS PARA INCIDIR SOBRE EL TEMA DECIDIDO EN LA PRIMERA REUNIÓN DEL CONSEJO DE SALUD.

4-CUARTO TRIMESTRE: REALIZACIÓN DE AL MENOS UN TALLER FORMATIVO/INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE LA ZONA.

5-DICIEMBRE: EVALUACIÓN.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 197

CONSEJO DE SALUD DE LUNA. CIUDADANOS Y PERSONAL SANITARIO, JUNTOS EN LA SALUD

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CAÑÓN PROYECTOR	800 €
· MINI ORDENADOR PORTÁTIL	300 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

303

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION Y USO DE MEDICAMENTOS Y EQUIPAMIENTO ELECTRONICO, DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA, EN 2010

2. RESPONSABLE ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA
· Profesión MEDICO
· Centro CS LUNA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JESUS ANGEL NAUDIN BERDUQUE-MEDICO-CENTRO SALUD LUNA-MEDICO ATENCION PRIMARIA
LUZ MARINA VALLE SERRANO-MEDICA-CENTRO SALUD LUNA-MEDICA ATENCION PRIMARIA
CONCEPCION DE PEREZ MADORRAN-MEDICA-CENTRO SALUD DE LUNA-MEDICA ATENCION PRIMARIA
CARLOS GRIMAL ALIACAR-MEDICO-CENTRO SALUD LUNA-MEDICO ATENCION PRIMARIA
MARTA DIAZ FLE-MEDICA-CENTRO SALUD LUNA-MEDICA ATENCION PRIMARIA
ALEJANDRO BIERGE VALERO-CENTRO SALUD LUNA-MEDICO ATENCION PRIMARIA
RAUL JUAREZ VELA-ENFERMERA-URGENCIAS-CS LUNA
SILVIA GIMENEZ BESCOS-URGENCIAS-ENFERMERIA- CS LUNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La importancia del proyecto viene dada por la enorme trascendencia para la seguridad del paciente y la calidad asistencial que se derivan de disponer de todos los medicamentos necesarios, dentro de su periodo de uso, organizados en el carro de paradas y maletines, accesibles, junto con el conocimiento y buen funcionamiento del aparataje disponible... para la atención urgente que ha de ser además de respuesta inmediata.

Además acogemos así las propuestas de la Dirección de Atención primaria y de la Comisión de Uso Racional del medicamento con su proyecto de mejora de calidad.

En nuestro centro de Salud, por la enorme dispersión y por tanto mínima permanencia de profesionales en el centro, la gestión de medicamentos y aparataje es compleja, de difícil coordinación y de especial interés para nuestra satisfacción profesional

El método de detección y priorización ha sido la propuesta de dirección y el consenso del equipo de atención primaria

La situación de partida:

Tenemos ya un grupo de responsables de la sala de urgencias, tres grupos para la revisión por turnos del carro de paradas y maletines, con el calendario quincenal fijado para 2010 y los impresos con los medicamentos y aparataje a revisar y las incidencias a recoger.

Este proyecto se suma a otros dos planteados en nuestro centro con lo que conseguiremos que casi todos los profesionales estemos implicados en acciones de mejora. con lo que conlleva de motivación, acreditación e implantación de una cultura de mejora de calidad y de excelencia en la asistencia, como se nos demanda desde nuestra empresa.

EN ESTE PROYECTO, ADEMÁS NOS PROPONEMOS UN COSTE CERO. YA QUE PROYECTAMOS AUTOFORMACIÓN, Y EN CASO DE DUDA CONSULTA CON LOS COMPAÑEROS DEL 061; ACTUALIZAR LA BIBLIOTECA EN ESTOS TEMAS CON AYUDA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA, Y ESPERAMOS QUE SE SOLUCIONEN LAS DIFICULTADES QUE TENEMOS PARA QUE SE NOS PROPORCIONE COMO SUMINISTRO HABITUAL, DESDE ALMACEN, UN JUEGO DE PARCHES, CADA VEZ QUE SE USEN O CADUQUEN, PARA EL DESFIBRILADOR MANUAL Y MARCAPASOS EXTERNO CON EL QUE CONTAMOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

303

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION Y USO DE MEDICAMENTOS Y EQUIPAMIENTO ELECTRONICO, DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA, EN 2010

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. DISPONER SIEMPRE DEL 100% DE LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS, DENTRO DE SU PERIODO RECOMENDADO DE USO, EN EL CARRO DE PARADA Y MALETINES DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD

2. ACTUALIZAR LA FORMACION DE TODOS LOS PROFESIONALES EN FARMACOLOGIA DE LOS MEDICAMENTOS DE USO URGENTE, PROTOCOLOS DE MAXIMA URGENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DOS DESFIBRILADORES, MARCAPASOS Y DEMAS APARATAJE DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES

3. ELABORAR UN DOCUMENTO ELECTRONICO Y EN PAPEL CON LAS INSTRUCCIONES MINIMAS NECESARIAS PARA EL APARATAJE; LA FARMACOLOGIA IMPRESCINDIBLE DE LOS MEDICAMENTOS DE USO URGENTE Y LOS PROTOCOLOS CONSENSUADOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reunion del equipo de mejora cada dos meses para programacion de la formacion, valoracion de las incidencias de las revisiones, evaluacion continua del proyecto con seguimiento de los indicadores y propuesta de nuevas actividades, si fuera necesario
-Revisiones de carro de paradas y de los maletines de urgencias del centro de salud, por los grupos de revision, segun calendario previsto
-Cumplimentacion del parte de incidencias en cada revision o en cualquier momento para que los errores o dificultades sirvan para la elaboracion de procedimientos que los eviten en el futuro.
-4 sesiones de formacion

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 La realizacion de las revisiones previstas del carro de paradas y maletin de urgencias con la cumplimentacion escrita de incidencias. El objetivo es llegar al 100% de su cumplimentacion de febrero a diciembre 2010.
2. La elaboracion durante este año del documento en papel y electronico con la informacion pertinente y suficiente sobre medicamentos urgentes: dosis, indicaciones y contraindicaciones; sobre instrucciones de uso de aparataje y los protocolos de actuaciones de maxima urgencia actualizados, consensuados y adaptados a nuestro centro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 28/1/2010 Consenso del equipo para la realizacion del proyecto, grupos de revision, calendario, etc
Fecha finalizacion: enero 2011: Elaboracion de la memoria del proyecto
Calendario quincenal de revisiones
Reuniones bimensuales equipo de mejora
4 Sesiones de formacion

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL, INCLUYENDO LA PREVECIÓN, EN ENFERMOS CON HERIDAS CRONICAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA, DURANTE 2010

2. RESPONSABLE RAUL JUAREZ VELA
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS LUNA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALEJANDRO BIERGE VALERO-MEDICO-CENTRO DE SALUD LUNA-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA-MEDICA-CENTRO SALUD LUNA-MEDICA DE ATENCION PRIMARIA
SILVIA GIMENEZ BESCOS-ENFERMERA-CENTRO SALUD LUNA-ENFERMERA ATENCION PRIMARIA
MARIA TERESA GRACIA PELIGERO-ENFERMERA-CENTRO SALUD DE LUNA-ENFERMERA ATENCION PRIMARIA
BEGOÑA SAIZ PEREZ-ENFERMERA-CENTRO SALUD DE LUNA-ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA
SILVIA SARASA AQUILUE-ENFERMERA-CENTRO SALUD LUNA-ENFERMERA ATENCION PRIMARIA
PILAR ABADIA PARDO-MEDICA-CENTRO SALUD DE LUNA-MEDICA ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las heridas cronicas representan un importante problema por sus repercusiones en la salud de quien las padece, y desde una perspectiva económica suponen un elevado consumo de recursos. Desde un punto de vista profesional plantea cuestiones de responsabilidad ética y legal al ser consideradas como un problema previsible y en la mayoría de los casos evitables. Se calcula que su incidencia en la población general es del 1.7% entre los 55 y 69 años y del 3.3% entre 70 y 75 años. Mas del 70% de las heridas crónicas ocurren en mayores de 70 años. Cabe destacar que de todas las fuentes consultadas, no existen datos fiables de su incidencia en atención primaria. Según Jhon Posnet, Catedrático de Economía de la Salud de la Universidad de York (Reino Unido), el coste global del tratamiento de las heridas crónicas que le supone a un Sistema Nacional de Salud, en base a una estimación muy conservadora, alcanzaría la cifra de 505 millones de euros, incluyendo materiales de curas, días extras de estancia hospitalaria debido a la lesión y las complicaciones añadidas, como la infección. Debido al hecho de que la Calidad en el Sistema de Salud se mide en términos de mortalidad evitada, de sufrimiento y ansiedades paliadas y de gastos, sino evitados, sí derivados hacia otras necesidades, no podemos olvidar la magnitud de este problema en el campo de la atención primaria y sin duda, la posibilidad de mejora tanto en el diagnóstico precoz de pacientes de riesgo, como de la reducción de costes en tratamientos unificados y la valoración integral estableciendo un circuito de atención primaria. El método de detección del problema y su priorización ha sido la discusión y consenso de todo el equipo de atención primaria.

La situación de partida es que no disponemos de registros de los enfermos con heridas crónicas ni de protocolo de circuito preventivo y asistencial. Por lo que este proyecto servirá de base para conseguir, y en su momento valorar, una menor incidencia, una reducción de costes y de tiempo de evolución.

La situación de especial dispersión geográfica y de envejecimiento de nuestra zona con 13 pueblos, 60 km. de distancia máxima, y 3 enfermeras para atenderlos, hace compleja y muy costosa la atención de estos enfermos con heridas crónicas que requieren seguimiento continuado durante mucho tiempo. El establecimiento de un protocolo consensuado que permita una mejor prevención, mayor cooperación entre médicos y enfermeras, la utilización de los materiales adecuados que permitan curas menos frecuentes... es de una especial relevancia para nosotros.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejora de la calidad asistencial y disminución de la tasa de incidencia de heridas crónicas en la zona básica de salud.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL, INCLUYENDO LA PREVECIÓN, EN ENFERMOS CON HERIDAS CRONICAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA, DURANTE 2010

2. Unificar criterios de tratamiento , que permitan disminuir costes sanitarios.
3. Formular un protocolo de prevención y de tratamiento, atendiendo las Características intrínsecas de la zona de salud, como puede ser la dispersión y envejecimiento de la población y sus recursos asistenciales.
4. Iniciar un sistema de información que recoja resultados sensibles que nos permitan obtener estándares de calidad y grado de satisfacción del usuario de los servicios sanitarios.
5. Actualización en la formación de todos los profesionales implicados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Método para el análisis de la situación :
??A la hora de establecer el análisis de la situación con el objetivo de identificar todos los problemas susceptibles de mejora se realiza la técnica del grupo nominal.
??Se usará el método DAFO para detectar situaciones de riesgo y el diagrama de ishikawa para detectara causas atribuibles a factores individuales .

b) Actividades para mejorar :
1. Identificación proactiva de pacientes de riesgo.
1.1.Acción Clave : Mejorar la eficacia en la asignación correcta a la población de riesgo mediante la aplicación de métodos diagnósticos que permitan establecer una priorización del riesgo en los pacientes.

Elaboración de documento de consenso para identificar a los pacientes de riesgo
-Determinación del índice tobillo-brazo mediante dopler para aumentar la motivación de hábitos saludables y administrar medidas complementarias de tratamiento en casos de arteriopatía.

2. Identificación de acción de mejora centrada fundamentalmente en el área de formación: taller práctico sobre el tratamiento de heridas crónicas y la gestión de recursos materiales. y talleres de revisión conjunta de los profesionales implicados de los casos atendidos, documentando su evolución con fotografías de suficiente resolución
2.1.Acción Clave : Incrementar el nivel de conocimientos, favorecer un cambio de actitudes y adquisición de valores que mejoren la práctica profesional y que garanticen una atención segura al paciente.

3. Elaboración de un protocolo integral de atención a pacientes con heridas crónicas adaptado a nuestro alto grado de dispersión poblacional.
3.1. Acción Clave : Garantizar la continuidad de cuidados mediante un sistema de gestión por procesos , evitando costes , y desplazamientos innecesarios.
4. Recogida de indicadores : estándares de calidad y grado de satisfacción. (Encuestas)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ??El presente proyecto se basa fundamentalmente en la mejora del proceso asistencial que se le brinda al paciente portador de heridas crónicas o aquellos susceptibles de desarrollarlas, así como, la reducción del gasto asociado a dicho proceso.

Nuestros indicadores para evaluar nuestro proyecto seran:

1. La participación en un taller de formación. Nuestro objetivo será alcanzar la participación del 75% de los profesionales de nuestro equipo, personal de refuerzo incluido
2. La satisfacción percibida de profesionales y usuarios. A través de encuestas.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 295

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL, INCLUYENDO LA PREVECIÓN, EN ENFERMOS CON HERIDAS CRONICAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA, DURANTE 2010

3. La elaboración de un registro de enfermos con heridas crónicas que en diciembre 2010 incluya identificación, diagnóstico, tratamientos aplicados y tiempo de evolución. Nuestro objetivo es tener incluidos y actualizados al 75% de los afectados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: 17/02/2010 primera reunión equipo de trabajo para elaborar protocolo heridas crónicas.

Fecha finalización: febrero 2011.

Cronografía: reuniones 2º mes de cada trimestre para revisar y evaluar protocolo por parte del equipo de mejora y puesta en común de casos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Formación	300 €
· CAMARA FOTOGRAFICA	400 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 522

INFORMACION Y APOYO TELEFONICO O POR CORREO ELECTRONICO EN CUIDADOS DE SALUD PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN AP

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL ALFONSO CORTES
· Profesión ENFERMERIA
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Servicio/Unidad .. ENFERMERA ENLACE SECTOR 1
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA JESUS PARDO DÍEZ-ENFERMERA VALORACIÓN SECTOR1- H.ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria, tanto los de nueva incorporación de otros niveles asistenciales como las plantillas ya existentes en los centros de salud, deben afrontar las demandas en cuidados de salud, cada vez más concretas y específicas a las necesidades de la persona para su cuidado o para la persona que cuida

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar las áreas de cuidados en las que se dan, mayor número de consultas y dudas para trabajarlas con los profesionales y unificar criterios.
Analizar las necesidades manifestadas por los profesionales para buscar soluciones y formar en ellas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Dar información a los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre este proyecto, que ofrece información y apoyo por medio de consulta telefónica o correo electrónico en cuidados de salud que faciliten el desarrollo de su actividad.
Facilitar teléfonos y correos electrónicos donde realizar la consulta.
Mejorar la dispensación de cuidados, y por tanto, la calidad de los mismos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de consultas realizadas por teléfono

N° de profesionales de enfermería de AP

N° de consultas realizadas por correo electronico

N° de profesionales de enfermería de AP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Rotar por los Centros de Salud del Sector 1 para difundir el proyecto.
2. Elaborar registro de la actividad.
3. Atender las consultas que soliciten

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Impresion /Reprografia 500 €
Total 500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 088

PROYECTO DE MEJORA DE UNA UNIDAD DOCENTE MEDIANTE LA ELABORACION E INTEGRACION DE UN PLAN DE CALIDAD

2. RESPONSABLE CARLOS CLERENCIA CASORRAN
· Profesión MEDICO
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE-DIRECTOR ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I
ELENA MELUS PALAZON-JEFE DE ESTUDIOS-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
JUAN CARLOS PALACÍN ARBUES-MEDICO-DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO
ROSA MAGALLÓN BOTAYA-MÉDICO DE FAMILIA-CS ARRABAL
INMACULADA GARCIA GARCIA-ADMINISTRATIVO-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
CRUZ BARTOLOMÉ MORENO-MÉDICO DE FAMILIA-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La existencia de un Plan de Calidad es necesario para conseguir avanzar hacia la excelencia en la Docencia en los Centros sanitarios, de lo contrario las acciones realizadas suelen ser incoordinadas, a menudo carecen de objetivos estratégicos y su desarrollo e impacto es difícil de evaluar.
Por otro lado, la mera existencia de un Plan no asegura su éxito. Es necesario que los objetivos estratégicos sean factibles y de impacto; que las iniciativas sean realizables y ayuden realmente a conseguir los objetivos; y que los indicadores sean medibles y objetivos.
Además, es imprescindible que el Plan de Calidad de la Docencia esté en línea con la estrategia del centro y que los órganos y personas que desarrollan el plan estén en sintonía con el organigrama directivo del centro. Asimismo, también es imprescindible que el equipo directivo del Centro preste su apoyo decidido a los responsables de Docencia en el desarrollo de sus Planes Estratégicos y de Calidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaboración de un plan de calidad de una unidad docente integrado en el plan de calidad del sector.
Su fin último es la promoción y fomento del óptimo desarrollo de la Medicina de Familia y Comunitaria en Aragón, así como su contribución al desarrollo de la Atención Primaria de Salud y a la mejora de salud de la población. Su actividad se fundamenta en un trabajo cooperativo y participativo, siendo la excelencia científica y asistencial sus dos máximos exponentes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración del plan de calidad entre todos los actores implicados (Jefe de estudios, técnico de salud, administrativo, tutores, residentes) como medida para facilitar la consecución de su objetivo principal

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Señalamos dos de todos los indicadores que se utilizarán para monitorizar este proyecto:
Indicador 1: Índice de cumplimiento de requisitos en las auditorías docentes de la UD.
Medida: % de ítems cumplidos de los requeridos en el formulario de auditoría de UD (www.msyc.es).
Objetivo: >80%
Periodicidad: semestral (junio y diciembre).

Indicador 2: Índice de satisfacción de los residentes con la formación recibida en la UD
Medida: % global obtenido en la Encuesta de satisfacción del residente de la UD
Objetivo: >70%.
Periodicidad: anual (mayo)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 088

PROYECTO DE MEJORA DE UNA UNIDAD DOCENTE MEDIANTE LA ELABORACION E INTEGRACION DE UN PLAN DE CALIDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2009-Diciembre 2009: Búsqueda bibliográfica y de recursos.
Enero-Marzo 2010: Redacción preliminar.
Abril 2010- Revisores grupo expertos
Mayo 2010: Redacción definitiva. Publicación e implementación.
Noviembre 2010: evaluación indicadores. Propuestas de mejora.
Diciembre 2010: Presentación resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático	750 €
Total	750 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 096

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN FORMACION Y DOCENCIA GRACIAS UNA HERRAMIENTA NOVEDOSA: SECOND LIFE

2. RESPONSABLE CRUZ BARTOLOME MORENO
· Profesión MEDICO
· Centro UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELENA MELUS PALAZON-JEFE DE ESTUDIOS-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
INMACULADA GARCIA GARCIA-ADMINISTRATIVO-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
CARLOS CLERENCIA CASORRAN-TECNICO DE SALUD-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
ALEJANDRO OSCAR BIERGE VALERO-MÉDICO-CS LUNA
JAVIER LEGAZ-MÉDICO-CS ZUERA
PILAR LÓPEZ LAHOZ-PEDIATRA-CS ACTUR SUR
SOL REIXA VIZOSO-MÉDICO-CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se realizó en Noviembre de 2009, encuesta de opinión, sobre necesidades de formación. En base a los resultados se detectó, entre otras, la necesidad de respuesta para poder facilitar las labores de formación y docencia, por lo que se pensó en alguna herramienta que diese solución a estos problemas. La herramienta propuesta, Second Life, es sencilla y permite dar solución a todos los Centros del Sector rentabilizando recursos, con bajo coste en inversión tras la informatización de todos los centros de salud del sector

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Formación tanto del personal sanitario del Sector Zaragoza I en una herramienta básica para la docencia, puesto que da la oportunidad de realizar o asistir a una reunión o sesión clínica, de manera virtual y no física, lo cual permite a todos los asistentes un ahorro de tiempo, a la vez que asegura una mayor asistencia de todos los miembros. Se pretende promover la realización de sesiones clínicas y otras actividades formativas sin la barrera de la dispersión ni la presión asistencial y sin necesidad de desplazamientos. Se dotará a todos de las habilidades necesarias para poder crear un avatar que permita interactuar dentro de la Isla de la Salud; asistir a las sesiones/reuniones a las que sea convocado y realizar él mismo una sesión

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Taller para conocer el programa, saber crear avatar, conocer la isla de la salud, saber tanto participar como asistente a una sesión clínica y contar con los recursos necesarios para dar una sesión clínica en Second Life. El taller se impartirá en la Unidad Docente. Responsables: Elena Melús Palazón, Cruz Bartolomé Moreno, Inmaculada García García. Sesiones clínicas conjuntas en Second Life. Participarán todos los CS del sector que se hayan formado, se elaborará un calendario conjunto de sesiones clínicas. Encuesta antes de iniciar la actividad formativa y encuesta de satisfacción después del período formativo y de la actividad propuesta (sesiones clínicas)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Señalamos dos de los indicadores que se utilizarán para monitorizar este proyecto:

Indicador de proceso: numero de sesiones clínicas realizadas en los centros antes de realizar el taller.
Medida: cuestionario pretaller

Indicador de resultado: numero de sesiones clínicas realizadas en un centro tras el taller/ número de sesiones clínicas realizadas en el mismo centro antes del taller.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 096

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN FORMACION Y DOCENCIA GRACIAS UNA HERRAMIENTA NOVEDOSA: SECOND LIFE

Medida: llamada telefónica a los tres meses.
Objetivo: >20%
Periodicidad: trimestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero- Febrero 2010: Solicitud acreditación actividad formativa y búsqueda recursos
Abril 2010: Talleres presenciales.
Mayo-Junio 2010: Sesiones clínicas conjuntas
Julio 2010: evaluación indicadores y propuestas de mejora.
Septiembre 2010: evaluación indicadores y propuestas de mejora.
Diciembre 2010: evaluación indicadores y presentación resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático (altavoces, tarjeta de memoria...)	200 €
· Cámara digital SONY CYBERSHOT DSC-T90 (*)	400 €
· Cañón portátil	300 €
· Tarjeta prepago con 100 euros	100 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. Nos gustaría aclarar para que necesitamos la tarjeta prepago con 100 euros:
Para poder dar una sesión clínica en second life hay que subir las presentaciones en un formato especial, no sirve el mas conocido Power Point, y tiene un coste el poder subirlas, cada diapositiva cuesta 10 dólares linden (la moneda de second life, con 7 euros, puedes comprar 2000 dólares linden, por lo que el gasto de una presentación de 10 diapositivas sería de 100 dólares linden, que al cambio serían unos 0,35 euros). La tarjeta prepago con 100 euros se destinará a este fin, se ha pensado en centralizarlo en una persona, que será la que tenga la tarjeta y se encargue de subir las presentaciones al aula de Second Life que los centros necesiten subir. El procedimiento será el siguiente: se enviará a la Unidad Docente la presentación en el formato requerido mediante email, con una antelación mínima de 48 horas antes de la sesión, la Unidad Docente será la encargada de subirla a Second Life y realizar el pago. Una vez subida al aula, se informará al interesado mediante email que ya está a su disposición.

(*) Cámara digital SONY CYBERSHOT DSC-T90 y trípode HAMA STAR 20 CABEZAL 3D y FLEXIBLE GORILLAPOD

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 093

PROYECTO DE MEJORA DE UNA UNIDAD DOCENTE MEDIANTE LA ELABORACION E INTEGRACION DE UN PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

2. RESPONSABLE INMACULADA GARCIA GARCIA
· Profesión ADMINISTRATIVO
· Centro UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE-DIRECTOR ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I
ELENA MELUS PALAZON-JEFE DE ESTUDIOS-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
CRUZ BARTOLOMÉ MORENO-MÉDICO DE FAMILIA-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
CARLOS CLERENCIA CASORRAN-TECNICO DE SALUD-DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la puesta en marcha de la Unidad Docente MFyC del Sector Zaragoza I, se hace necesaria la elaboración de un Protocolo de actuación, que sirva como guía sustancial de procedimientos y actuaciones a tener en cuenta, no sólo por cada uno de los miembros del equipo que componen esta Unidad Docente a nivel de trabajo diario, sino también para todas aquellas personas que, implicadas de una manera u otra, establezcan una relación profesional o contacto con esta Unidad Docente.
El presente protocolo de actuación pretende dar conocimiento del cauce formal de todos aquellos procedimientos que se han de llevar a cabo, con la finalidad de lograr los objetivos propuestos, por esta Unidad Docente y esta en la línea de los documentos de acogida con que se recibe a los profesionales que empiezan en un destino nuevo, con la complejidad añadida de todas las actividades que se realizan en una Unidad Docente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaboración de un plan administrativo de una unidad docente integrado en el plan de calidad de la Unidad Docente. Su fin último es la promoción y fomento del óptimo desarrollo de las múltiples actividades específicas que se tienen que desarrollar en una Unidad Docente como acreditaciones de centros y tutores todos los procesos administrativos relacionados tanto con residentes como con tutores, todas las actividades derivadas de la formación. Además tiene el valor añadido de utilizar desde el comienzo nuevas herramientas disponibles gracias a la informatización de todos los centros y que facilitan la interrelación de todos como es la pagina web y del uso de las nuevas tecnologías englobadas como web 2.0. Su actividad se fundamenta en un trabajo cooperativo y participativo, siendo la excelencia científica y asistencial sus dos máximos exponentes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración del plan administrativo entre todos los actores implicados (Jefe de estudios, técnico de salud, administrativo, tutores, residentes) como medida para facilitar la consecución de su objetivo principal

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Señalamos dos de todos los indicadores que se utilizarán para monitorizar este proyecto:
Indicador 1: % de actas de reunión de la Comisión asesora del último año.
Medida: Formularios de auditoria de UD (www.msyc.es)
Periodicidad: anual.
Objetivo: >90%.

Indicador 2: % de residentes que utilizan el formulario de cambio de guardia de la página web
Medida: contabilizar cuantos formularios se han descargado de la página web y cuantos han llegado por otra vía (formato papel: correo interno, entrega en mano)
Periodicidad: trimestral.
Objetivo: >80% de los formularios se descarguen de la página web

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero 2010: Búsqueda bibliográfica y redacción preliminar.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 093

PROYECTO DE MEJORA DE UNA UNIDAD DOCENTE MEDIANTE LA ELABORACION E INTEGRACION DE UN PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Febrero 2010: Revisión externa.
Marzo 2010: Redacción definitiva y publicación.
Abril-Mayo 2010: Implementación.
Junio 2010: evaluación indicadores y propuestas de mejora.
Septiembre: evaluación indicadores y propuestas de mejora.
Diciembre 2010: evaluación indicadores y propuestas de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Destruccionadora de documentos	200 €
· Impresora multifuncion	200 €
· Memoria externa	200 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 091

AMPLIACION DE UNA HERRAMIENTA WEB CON LAS NUEVAS HERRAMIENTAS DISPONIBLES, PARA COORDINACION, INFORMACION, Y DOCUMENTACION, ORIENTADA A GESTION DE FORMACION DE RESIDENTES DE MFYC EN UNA UNIDAD DOCENTE DEL SALUD

2. RESPONSABLE ELENA MELUS PALAZON
· Profesión MEDICO
· Centro UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARLOS CLERENCIA CASORRAN-TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA-DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA-SECTOR ZARAGOZA I
ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE-MEDICO-DAP SECTOR ZARAGOZA I
CRUZ BARTOLOMÉ MORENO-MEDICO-UNIDAD DOCENTE DE MFYC SECTOR ZARAGOZA I
INMACULADA GARCÍA GARCÍA-ADMINISTRATIVO-UNIDAD DOCENTE DE MFYC SECTOR ZARAGOZA I

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estructura informática actual de los Servicios de Salud donde se forma el especialista, pone a su alcance y al de sus tutores prácticamente todo lo que necesitan para habilitar sus conocimientos.

En contraste con lo anterior, a pesar de existir un estructura consolidada en nuestro sector y herramientas disponibles, sin embargo no son conocidas por los usuarios potenciales, ni residentes ni tutores lo que dificulta la intercomunicación.

Una UD de MF y C, tiene entre sus competencias la gestión completa de las actividades tanto de los residentes como de sus tutores, y es responsable de un gran número de tareas de coordinación, de información, orientación y de gestión, de supervisión y evaluación, además de las estrictamente formativas. El compromiso de calidad funcional de la UD requiere realizar estas tareas de forma eficiente, con accesibilidad y la mayor satisfacción posible tanto para residentes como para los tutores, pero nos encontramos con la barrera del desconocimiento de las nuevas tecnologías por parte de todos lo que enlentece y dificulta la intercomunicación.

Este objetivo de calidad justifica y exige el diseño y desarrollo de un espacio en entorno Web que resuelva las citadas obligaciones ya que parece la herramienta adecuada y eficaz para lograr las metas propuestas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha creado una página web funcional tanto para residentes como para tutores. Su fin es amplio, soporte tanto para la consulta, como para la investigación, todo tipo de documentación, formularios, enlaces a páginas de interés.

Hasta ahora se han realizado:

Marzo de 2009: Inicio del proyecto

Marzo 2009: Identificación, priorización y selección de contenidos:

Marzo, Mayo 2009: Diseño, y desarrollo de la aplicación.

Junio- Septiembre 2009: Publicación de la aplicación. Evaluación de la puesta en marcha.

Septiembre -Octubre 2009: Establecimiento de un monitor de satisfacción, Detección de problemas.

Noviembre - Diciembre 2009: Resolución de sugerencias y de problema detectados

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Integrar en la docencia las nuevas herramientas que ofrece la web 2.0 como herramientas de google: traductor, calendarios, documentos compartidos por grupos, canales como RSS, difusión de contenidos y adquisición de los mismos mediante sistema de suscripción gratuitos como netvibes, redes sociales para facilitar la comunicación entre todos como twitter

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificación, priorización y selección de contenidos para ser incluidos en la aplicación. Responsables: Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD, Médicos de familia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 091

AMPLIACION DE UNA HERRAMIENTA WEB CON LAS NUEVAS HERRAMIENTAS DISPONIBLES, PARA COORDINACION, INFORMACION, Y DOCUMENTACION, ORIENTADA A GESTION DE FORMACION DE RESIDENTES DE MFYC EN UNA UNIDAD DOCENTE DEL SALUD

Diseño, desarrollo y publicación de la aplicación. Responsables: Equipo de Diseño. Web master supervisor.
Establecimiento de un monitor de satisfacción de usuarios. Responsables Web master supervisor.
Evaluación de la puesta en marcha, detección de problemas, resolución de sugerencias. Responsables Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD.
Resolución de problemas detectados. Responsables Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Señalamos dos de todos los indicadores que se utilizarán para monitorizar este proyecto:
Objetivo: Página web funcional para los médicos residentes de Medicina de Familia
Indicador: % de residentes que se convocan para realizar los cursos de competencias comunes mediante la pagina web.
Objetivo: >80% de los residentes se convocan mediante la página web
Periodicidad: trimestral.
Objetivo: Página web funcional para los tutores
Indicador: % de tutores que utilizan la pagina web para inscribirse a cursos.
Objetivo: 80% de las inscripciones de los tutores a cursos se han tramitado por la página web.
Periodicidad: trimestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero-Febrero 2010: Desarrollo nuevas herramientas. Web 2.0.
Marzo- Abril 2010: Formación en las nuevas herramientas.
Mayo 2010: evaluación utilización de los nuevos recursos, mediante evaluación indicadores y elaboración propuestas de mejora.
Junio 2010: implementación propuestas de mejora.
Septiembre 2010: evaluación indicadores, propuestas de mejora.
Diciembre 2010: evaluación indicadores y presentación resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Renovacion anual pagina web	115 €
· Alojamiento y mantenimiento web	300 €
· Material informatico necesario	400 €
Total	815 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 008

CONTROL DE HISTORIAS RECUPERADAS

2. RESPONSABLE MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ATR
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Servicio/Unidad .. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a JESÚS ARTERO GIL-AUX.ADMVO.-CME GRANDE COVIÁN-ARCHIVOS
CARMEN SERRANO ALAMÁN-AUX.ADMVO.-CME GRANDE COVIÁN-ARCHIVOS
MARIFÉ TENA TOMÁS-AUX.ADMVO.-CME GRANDE COVIÁN-ARCHIVOS
MARIANO VALDEZATE GONZÁLEZ-AUX.ADMVO.-CME G.C.-ARCHIVOS
FRANCISCO CLAVERO ENGUITA- AUX.ADMVO.-CME G.C.-ARCHIVOS
ANA JULIÁN ZARAZAGA-AUX.ADMVO.-CME GRANDE COVIÁN-ARCHIVOS
SUSANA ASCASO VILLAGRASA-AUX.ADMVO.-CME G.C.-ARCHIVOS
MARIBEL CORTÉS EZQUERRA-AUX.ADMVO.-CME G.C.-ARCHIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Todas las historias que bajan de consultas diariamente se recuperan con un lector de código de barras y se archivan en el momento. Es un trabajo que se realiza a demanda, y en la mayoría de los casos con un ritmo rápido de trabajo, es la última parte del trabajo de la jornada y hay que recogerlo todo antes de marchar. Estas circunstancias hacen que se cometan más fallos que en otras tareas programadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La revisión de las historias recuperadas nos permitirá detectar los errores cometidos en el archivado y subsanarlos en el momento. El margen de tiempo que dispondremos para encontrar dossieres extraviados se amplía y repercutirá en una mejora en la preparación de historias programadas, pues todos los dossieres estarán bien colocados. Este resultado será beneficioso para los pacientes y Consultas Externas del Centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar, se hace una revisión de la colocación de todos los dossieres del archivo. En segundo lugar, sacaremos diariamente listados de dossieres recuperados el día anterior con un programa cedido por el Servicio de Informática del Sector II y dos personas se encargarán de revisarlos en las estanterías. Esas personas antes se encargaban de la revisión del dígito que les correspondiera. Marcaremos: historias bien colocadas, mal colocadas y no encontradas. Investigarán las historias no encontradas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de historias mal colocadas
% de historias no encontradas - extraviadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero: revisión del archivo
Marzo: revisión de dossieres con listados
Junio: revisión de dossieres con listados. Indicadores.
Septiembre: revisión de dossieres con listados. Indicadores.
Noviembre: revisión de dossieres con listados, Indicadores.
Diciembre: Indicadores, memoria anual con conclusiones.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· EQUIPO MULTIFUNCIÓN HP LASERJET CM1312NFI 500 €
Total 500 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 008

CONTROL DE HISTORIAS RECUPERADAS

11. OBSERVACIONES. El número total de personas que presentamos el proyecto es 9, contando la responsable del mismo. Hasta ahora, todos los años que hemos presentado proyecto, hemos participado toda la plantilla, pues todos pertenecemos al equipo de mejora. Espero que no haya inconveniente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

082

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE RIFAMPICINA INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DE TUBERCULOSIS DE LA SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE IGNACIO ANDRES ARRIBAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIRIAM GARCÍA VAZQUEZ-ATS-SALUD PUBLICA-SANIDAD
ROBERTO LOZANO ORTIZ-FEA-S.FARMACIA-H. GRACIA
M^a LUISA ESPINOSA VALLÉS-SALUD PUBLICA-SANIDAD
M^a RAFAELA SANZ ARTIGAS-SALUD PUBLICA-SANIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ? IMPORTANCIA: El tratamiento de la TUBERCULOSIS (TBC), su seguimiento y cumplimiento y efectividad es fundamental para su control y evitar la resistencia del bacilo a, como mínimo, la isoniazida y la rifampicina, los dos tuberculostáticos más potentes. La tuberculosis farmacorresistente se desarrolla como consecuencia de un tratamiento parcial o anómalo, cuando el paciente incumple el tratamiento por distintas causas (OMS). La Rifampicina es un fármaco con un comportamiento farmacocinético de gran variabilidad interindividual afectado por procesos de inducción y metabolismo hepático relacionados con las vías enzimáticas UGT1A1 y citocromo CYP3A4, por lo que cualquier alteración producida por incumplimiento o por interacciones con otros medicamentos, da lugar a disminución de su actividad terapéutica y a la resistencia del bacilo.

? Continuando con la línea de trabajo multidisciplinar del Servicio de Farmacia del Hospital N^a S^a de Gracia, consolidada en años anteriores, para el seguimiento y mejora de los pacientes tratados con medicamentos con alta variabilidad farmacocinética y farmacodinámica (Litio, Risperidona, Escitalopram) nos permite plantear nuevas líneas de mejora en la atención clínica en este caso con pacientes afectados de TBC en tratamiento con Rifampicina. Para ello se ha establecido un grupo multidisciplinar con el equipo de Programas de Salud de la Subdirección Provincial de Salud Pública de Zaragoza y el Servicio de Farmacia del Hospital N^a S^a de Gracia de Zaragoza.

? UTILIDAD: El control farmacocinético y farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con Rifampicina supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.

? MÉTODOS La Rifampicina se elimina mediante glucoronconjugación, via UGT 1A1. El inhibidor más importante de esta reacción es la bilirrubina, que se elimina de por la misma vía; Se propone el estudio de la bilirrubinemia no conjugada como biomarcador de niveles plasmáticos de Rifampicina. Se recopilarán los datos antropométricos, determinaciones de BT y B indirecta al inicio del tratamiento hasta alcanzar dosis de mantenimiento y recuento total de Glóbulos Blancos (WBC). Asimismo se analizarán las posibles interacciones de medicamentos debidas a fenómenos de inducción enzimática y se estudiarán los posibles individuos con polimorfismo enzimático.

? SITUACION DE PARTIDA: En la actualidad uno de los programas de Salud de la Subdirección Provincial de Salud Pública es el seguimiento de los pacientes con TBC en la Provincia de Zaragoza. El Servicio de Farmacia del Hospital N^a S^a de Gracia colabora con dichos programas en el tratamiento farmacológico. Con este proyecto se propone incrementar la seguridad, eficacia y cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes con TBC, en especial aquellos con patologías concomitantes como SIDA y/o drogodependencia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha completado el seguimiento de 60 pacientes con análisis de bilirrubina (BT BD y BI) y WBC estableciéndose como valores de referencia, 0.8 para BT y considerando respuesta positiva a rifampicina en aquellos paciente s con una disminución de 3 puntos en el WBC. Establecimiento relacion cuantitativa entre niveles plasmáticos de Rifampicina y dosis, peso y BT.

Control BT como punto limitante de la toxicidad de Rifampicina.

Se ha detectado un 10% con BT por encima de 0.8 (riesgo de toxicidad) y un 15% por debajo de 0.6-0.7 (mala adherencia o infradosificados).

Dada la utilidad del seguimiento a estos pacientes, via BT y WBC, y la detección de problemas toxicológicos, de dosificación, resistencia a rifampicina e interacciones y su posterior resolución, se estima oportuno que el equipo multidisciplinar formado contine con este proyecto extendiendolo a la totalidad de

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 082

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE RIFAMPICINA INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DE TUBERCULOSIS DE LA SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA DE ZARAGOZA

los pacientes durante el año 2009.

Finalmente estos resultados se han presentado como comunicación al 54 Congreso Nacional de la SEFH

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aumentar la seguridad del paciente en tratamiento de la TBC con Rifampicina, dadas las características clínicas de dichos pacientes.

2. Aumentar la eficacia del tratamiento con Rifampicina en el caso de variaciones individuales y/o interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente.

3. Iniciar la colaboración con niveles asistenciales no integrados en el SALUD, creando nuevos Equipos de trabajo Multidisciplinar.

4. Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicio de Psiquiatría, farmacia y Laboratorio, encaminada al uso racional de Psicofármacos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1 Recogida de los datos anatomoclinicos de los pacientes con TBC en tratamiento con Rifampicina. Miriam García Vázquez .

7.2 Creación de protocolo con Farmacia de Modelo de recogida de datos donde figuran datos del paciente y resultados.

7.3 Reuniones periódicas de los Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

METODICA.

- El personal de Programas de Salud de la Subdirección de Salud Pública realiza la recogida de la información del protocolo. Seguimiento de pacientes en tratamiento con Rifampicina. Pauta de petición de pruebas, control sintomático y de efectos adversos: Miriam García Vázquez y M^a Rafaela Sanz Artigas.

- Farmacia: realiza recogida de datos del paciente y realiza análisis de los datos y emisión de informes farmacoterapéuticos. Ignacio Andrés y Roberto Lozano

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1 Pacientes totales en tratamiento con Rifampicina/pacientes respondedores +

8.2 Pacientes totales en tratamiento con Rifampicina/ Pacientes con seguimiento de Bilirrubina.

8.3 Pacientes totales en tratamiento con Rifampicina /pacientes con efectos secundarios

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio : enero de 2010

Revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.

Diciembre de 2010:Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.

Enero de 2011 :Evaluación y propuesta de mejoras

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pruebas laboratorio	500 €
· Asistencia a congresos	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

239

CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION AL FINAL DE LA VIDA

2. RESPONSABLE CARMEN CANOVAS PAREJA

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ERNESTO GARCÍA-ARILLA CALVO-MÉDICO GERIATRA-SERVICIO DE GERIATRÍA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ELENA REBOLLAR TORRES-FARMACÉUTICA-SERVICIO DE FARMACIA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
AURORA MARTÍN COLMENERO-MÉDICO RESIDENTE-SERVICIO DE GERIATRÍA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
SOFÍA SOLSONA FERNÁNDEZ-MÉDICO RESIDENTE-SERVICIO DE GERIATRÍA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
SILVIA FERNÁNDEZ DOBLADO-MÉDICO RESIDENTE-SERVICIO DE GERIATRÍA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
SILVIA PRADES PITARCH-ENFERMERA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
CARMEN SANZ GIMENO-TRABAJADORA SOCIAL-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el ámbito del Servicio de Geriatria del Hospital Real y General Nuestra Señora de Gracia, incluida en su cartera de servicios, se contempla la atención al paciente geriátrico tributario de cuidados paliativos. El modelo de atención proporcionado por la Geriatria basado en la Valoración Integral y la participación interdisciplinar en distintos niveles asistenciales permite su aplicación al paciente mayor de 75 años, su población diana específica; también pueden incluirse pacientes individualizados entre 65 y 75 años en el proceso asistencial de cuidados paliativos atendidos desde el servicio de Geriatria.

Entre el 8 y 13% de los pacientes atendidos en el Servicio cada año se han considerado dentro del proceso de atención al final de la vida. Supone alrededor de 120 pacientes al año, de 85 años de edad media, con estancias inferiores al mes en el área de hospitalización y con diagnóstico de situación final de enfermedad variado (demencia, cáncer, insuficiencia cardiaca y respiratoria). Tanto el paciente oncológico como el no oncológico (énfasis para los casos de demencia en estadio GDS 7 de Reisberg) están representados en la población diana atendida. En este sentido, se han difundido en reuniones y congresos autonómicos y nacionales distintos estudios parcelares sobre el perfil de paciente tributario de cuidados paliativos en el Servicio de Geriatria

Durante los últimos años se han consolidado actividades formativas por iniciativa del Servicio de Geriatria dirigidas al mejor conocimiento del tema por los profesionales implicados en su atención. Para 2010, dentro del Plan de Formación Continuada, también está previsto un curso con este objetivo.

En el 2008 se publica la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos dentro del marco de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y en enero de 2009 se publica el Programa de Cuidados Paliativos de Aragón.

En el marco del Programa se enmarcan distintas acciones vinculadas a la Atención Especializada, al Sector Zaragoza 1 y al Hospital Nuestra Señora de Gracia.

El objetivo del proyecto contempla, desde la evidencia disponible en la Guía de Práctica Clínica citada y las actuaciones previstas en el Programa de Aragón, su adaptación operativa a nuestro entorno concreto (ámbito de hospitalización del Servicio de Geriatria) y su difusión a los profesionales encargados de su implantación y aplicación. La información, comunicación y toma de decisiones, el control de síntomas, el apoyo psicosocial y espiritual, la atención en los últimos días (sedación paliativa) así como la accesibilidad desde los distintos dispositivos asistenciales, constituyen los puntos clave del trabajo propuesto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre los cuidados paliativos a los pacientes geriátricos, un proceso en continua renovación.

Adaptación de las medidas incluidas en la Guía de Práctica Clínica citada a las peculiaridades del paciente geriátrico y su familia.

Elaborar pautas de actuación en el control de síntomas, que faciliten la toma de decisiones en relación con la población diana.

Seleccionar las escalas de valoración aplicables a la población geriátrica.

Incorporar en la historia clínica aspectos relacionados con el proceso de comunicación al paciente y su familia.

Facilitar la identificación del paciente tributario de cuidados paliativos mediante el código CIE-9^a V66.7

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 239

CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION AL FINAL DE LA VIDA

Facilitar el acceso directo y rápido sin el tránsito por urgencias ante la solicitud de ingreso por el MAP y/o el ESAD
Promover grupo de asesoramiento en toma de decisiones complejas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificación de la población con criterios de enfermedad terminal tributarios de cuidados paliativos y su procedencia al ingreso
Identificación en la documentación clínica de la fase de agonía
Recogida de síntomas y situación funcional por paciente
Registro de administración de opioides
Pauta de actuación adaptada por consenso del grupo multidisciplinar desde la Guía de Práctica Clínica, para el manejo farmacológico del dolor, anorexia, astenia, anorexia, nutrición, síntomas respiratorios, digestivos, psicológicos y psiquiátricos, urinarios y cuidados de la piel.
Difusión de fármacos con potencial uso por vía subcutánea en cuidados paliativos para el control de síntomas
Coordinación con Unidad de Admisión para facilitar la hospitalización
Difusión de documento síntesis que incluya concepto y requerimientos para la aplicación de sedación paliativa en la agonía

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes con enfermedad avanzada o terminal incluidos en cuidados paliativos al ingreso en relación con el total de pacientes hospitalizados
% de pacientes oncológicos y no oncológicos incluidos en cuidados paliativos
% de pacientes con identificación de la fase de agonía en la historia clínica
% de pacientes en cuidados paliativos que reciben prescripción de opioides
% de pacientes que en la historia clínica tienen registrado el consenso con el paciente y la familia sobre las medidas de control de síntomas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2010

Primer trimestre
Difusión a profesionales y participación de miembros del equipo asistencial en foros de Cuidados Paliativos y administración subcutánea de fármacos para control de síntomas
Segundo trimestre
Estudio transversal sobre pacientes ingresados tributarios de cuidados paliativos
Cada miembro del equipo estudia y elabora su propuesta sobre el apartado previamente distribuido. Una vez al mes el grupo se reúne para unificación de criterios
Segundo semestre
Consenso sobre conducta a seguir en cada síntoma y situación y proceso documental

2011

Primer semestre
Presentación de resultados y documento final
Consolidación de grupo de apoyo permanente en la toma de decisiones complejas en pacientes en situación terminal de enfermedad constituido por:
Dos Médicos Geriatras
Una enfermera
Trabajadora Social

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MINIORDENADOR PORTATIL	330 €
· MATERIAL PAPELERÍA ELABORACIÓN DE SOPORTE	270 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 239

CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION AL FINAL DE LA VIDA

Total 600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 026

CREACION DE UNA PAGINA WEB DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE CONSUELO CASALLO MANTECON
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
· Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRO RODRIGUEZ ABAD- MÉDICO-SERVICIO DE GINECOLOGÍA-HOSPITAL NTRA.SRA. DE GRACIA-ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Ginecología del Sector 1 Zaragoza está ubicado en el Hospital N^oS^a de Gracia. Desde hace un año y medio y previsiblemente durante otro año y medio las obras del centro han disgregado los servicios y a los facultativos del mismo de forma que estamos presentes en el hospital mencionado (consultas y preoperatorios), en el Centro de Especialidades Grande Covian (consultas) y en el Hospital de la Defensa (cirugía y hospitalización). Esta realidad de dispersión no es bien comprendida por las pacientes, dificulta la unidad del Servicio, La coordinación entre los facultativos y el personal de enfermería y se transmite a las pacientes impresión de desorganización. Pensamos sería positivo presentar a la población a un equipo de profesionales preparado para la atención ginecológica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la comunicación con la población a cargo del Servicio de Ginecología. Presentar los servicios ofertados, los centros donde se prestan dichos servicios y la organización y medios con los que contamos. Presentación de contenidos de educación sanitaria.
-Mejorar la imagen del Servicio de Ginecología.
-Mejorar la coordinación entre todos los profesionales que formamos parte del Servicio de Ginecología del Sector 1

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Contacto con los técnicos informáticos que puedan hacerse cargo de la construcción del espacio web. Planteamiento de objetivos.
-Elaboración de un cronograma de reuniones con dichos técnicos para elaborar los contenidos.
Responsables : Consuelo Casallo y Pedro Rodriguez

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - existencia de una dirección funcionante a partir de Diciembre 2010.
- al menos 3 elementos creados en esa página web, aunque se siga ampliando en un futuro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio Abril 2010.
- Página disponible en Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|---------------------------------------|---------|
| · Trabajo técnicos informáticos | 1.500 € |
| · Alquiler del servidor/año | 200 € |
| Total | 1.700 € |

11. OBSERVACIONES. En caso que el trabajo de los técnicos informáticos sea desarrollado por personal del SALUD , el proyecto no necesitaría de un presupuesto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

026

CREACION DE UNA PAGINA WEB DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

económico sino sólo del tiempo reservado para realizarlo tanto por parte de los informáticos como de los dos ginecólogos responsables

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

495

ENCUESTA INTERNA SOBRE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCISCO RUIZ VALERO-MEDICO-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA-INTENSIVISTA HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
JAVIER GONZALEZ CORTIJO-MÉDICO-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA-INTENSIVISTA HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
MARISA MARTÍNEZ LÓPEZ-ENFERMERA-SUPERVISORA ENFERMERÍA UCI HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se plantea el presente programa de mejora de la calidad como el inicio de un plan de calidad global en el Servicio de Medicina Intensiva.
Como herramienta inicial se da a los trabajadores del Servicio la posibilidad de opinar, mediante la cumplimentación de una encuesta interna, sobre los programas de mejora de la Calidad, asimismo se pide opinión sobre los aspectos susceptibles de realizar nuevos programas de mejora.
A lo largo de los últimos años se han llevado a cabo dentro del Servicio diferentes programas de mejora de la calidad; la implicación del personal de la Unidad en los mismos ha sido limitada, por ello se planteó la necesidad de, para mejorarla conseguir ampliar el número de profesionales desde el inicio del proceso, extendiendo a todo el personal el grupo de mejora de la Unidad.
Posteriormente, una vez priorizados los aspectos en los que se deberá incidir se brindará a todo el personal la posibilidad de diseñar y llevar a cabo programas de mejora.
Con todo ello, si ,como pretende este programa, se implica a la mayoría del personal de la Unidad, se comenzará a elaborar el Plan de Calidad del Servicio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Valorar el conocimiento de los profesionales de los planes de Calidad llevados a cabo en el Servicio.
2.- Conocer la valoración que se hace de los mismos.
3.- Conocer los aspectos que el personal valora como adecuados para llevar a cabo programas de mejora de la Calidad.
4.- Implicación de la mayor parte la plantilla en la mejora de la calidad. Constitución de un grupo estable como grupo de mejora.
5.- Iniciar la elaboración de un plan global de calidad del Servicio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar encuesta interna de calidad, que incluya:
Conocimiento de programas previos de calidad.
Aspectos sobre los que se debe incidir en el futuro.
Se repartirá dicha encuesta a todo el personal para conocer los datos requeridos.
Se elaborará un informe con los resultados, que sirva de base para la futura elaboración de un plan de calidad y programas de mejora de la calidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Elaboración encuesta de calidad interna del Servicio
2.- Reparto al 100 % de la plantilla .
3.- Conseguir el mayor nº posible de respuestas, al menos, se plantea como objetivo, el 70 % de la misma

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril- Mayo 2010. Elaboración encuesta.
Junio Septiembre: Repart y cumplimentación.
Octubre Enero 2011. Estudio resultados y elaboración informes

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 495

ENCUESTA INTERNA SOBRE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PDA	500 €
· Material informático	200 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

027

PICTOGRAMA DE ACOGIDA PARA INMIGRANTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. UNA INFORMACION DE CALIDAD**2. RESPONSABLE** LUIS CRUZ SANJUAN

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GEMA LÓPEZ-MENCHERO MINGUEZ-ENFERMERA-SERVICIO DE URGENCIAS-H.NTRA SRA DE GRACIA
VALENTIN PORRAS MOLINA-MEDICO-SERVICIO DE URGENCIAS-H.NTRA SRA DE GRACIA
FRANCISCO DEL RIO ROMAN-TEL-SERVICIO DE LABORATORIO-H.NTRA SRA DE GRACIA
GLORIA CONDE OLIVAN-ENFERMERA-SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA-H.MIGUEL SERVET

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

Este problema plantea la necesidad de elaborar unos pictogramas o documentos gráficos, para evitar errores en el entendimiento que condujeran a posibles errores en el diagnostico, tanto medico como de enfermería, y por supuesto en el tratamiento.

Este pictograma se realizaría en los siguientes idiomas: español, árabe, rumano, francés, ingles, alemán, chino.

Ya que estos idiomas nos ocasionan dificultad idiomática y corresponden a los pacientes que más atendemos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto que presentamos para este año 2010, es continuidad de los presentados en los años anteriores, 2008 y 2009. Los dos nos han ayudado muchísimo a la hora de realizar nuestro trabajo, tanto el medico como el de enfermería, por lo que necesitamos seguir creando pictogramas de situaciones y problemas específicos que nos ayuden a entendernos con los pacientes, muy numerosos por cierto, que carecen de conocimientos de español. Para realizar los pictogramas tuvimos numerosas reuniones entre los miembros del equipo para determinar, primero, el problema mas importante a nivel de asistencia con los que nos encontrábamos, seleccionamos dos, que han sido los desarrollados en estos años, pasamos a continuación a realizar el diseño del registro que se iba a presentar al paciente, se trabajo en el ordenador con diferentes programas informáticos y se puso en marcha. Se contabilizó estadísticamente en le mes de noviembre para presentar resultados numéricos, simplemente llevando un registro de asistencias, pero lo hemos seguido utilizando a partir de entonces de forma muy eficaz y muy efectiva

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Es necesario, por todo lo anteriormente expuesto, seguir elaborando pictogramas que nos ayuden en nuestro trabajo y sobretodo que la falta de comunicación idiomática no ponga en peligro el diagnostico y tratamiento de los pacientes. La realización de este trabajo constituye una motivación y es una satisfacción para los componentes del equipo. Se consigue una unificación de los criterios e intervenciones en la práctica médica y de enfermería. Se unifican los registros comunes y el lenguaje. Se observa una mayor satisfacción del usuario en la atención recibida. Y por supuesto mejora la calidad en la realización de acciones por el equipo cuidador de médicos y enfermería.

* Para este año nos gustaría poder presentarlo en los idiomas árabe y chino, hecho que en estos dos años anteriores ha sido imposible realizar por falta de presupuesto, siendo además estos idiomas con los que más dificultades de comprensión y comunicación tenemos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones de trabajo del equipo para:

- la elección del tema específico a desarrollar en el pictograma
- la unificación de criterios con relación al contenido del pictograma
- la creación del diseño en el programa informático
- establecer los criterios de actuación y la comprensión de los traductores
- creación del registro de asistencias
- Consulta de bibliografía

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 079

MEJORA DEL CONTROL DEL PESO Y PARAMETROS METABOLICOS EN PACIENTES PSIUIATRICOS EN TRATAMIENTO CON OLANZAPINA Y CLOZAPINA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL NTRARIA SRA DE GRACIA-C S ACTUR SUR

2. RESPONSABLE SEGUNDO DE MIGUEL GIMENO
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROBERTO LOZANO ORTIZ FARMACÉUTICO-HOSPITAL N°SªGRACIA
Mª JESÚS SANTACRUZ-ENFERMERA-UNIDAD DE SALUD MENTAL
FRANCISCA SEBASTIÁN PEREZ-ENFERMERA-UNIDAD DE SALUD MENTAL
IGNACIO ANDRES ARRIBAS-FARMACEUTICO-HOSPITAL N°SªGRACIA
REYES MARIN LACASA-PSIQUIATRA-CS ACTUR SUR
ASUNCIÓN PASCUAL GARCIA-PSIQUIATRA-CS ACTUR SUR
FERNANDO DE LA FUENTE-ADMINISTRATIVO-UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1 IMPORTANCIA: La Clozapina y Olanzapina han demostrado su eficacia como antipsicóticos atípicos, siendo ambos de gran utilización en Trastorno Mental Grave. Sus efectos idiosincrásicos adversos mas frecuentes y de gran repercusión a largo plazo son el aumento de peso y/o alteración de los parámetros metabólicos correspondientes (Glu, TG, Col T, HDL y Cociente Col/HDL).

4.2 UTILIDAD: El control Clínico , monitorizando los efectos farmacológicos y/o adversos propios y la farmacocinética de otros fármacos pautados en el tratamiento del paciente , determina la prevención e identificación de pacientes con mayor riesgo de padecer dichos efectos secundarios.

4.3 METODOS: La Clozapina se elimina a través de CYP1A2 y Olanzapina a través de CYP1A2 y mediante glucoronconjugación via UGT 1A4 siendo la bilirrubina el inhibidor más importante de esta última y el tabaco el inductor del CYP1A2 mas extendido; Se propone la Bilirrubina T y el consumo de tabaco como biomarcador bioquímico e inductor del CYP no farmacológico mas importante respectivamente, calculando el IMC y realizando determinaciones de BT y B indirecta al inicio del tratamiento hasta alcanzar dosis de mantenimiento y anotando el nº de cigarrillos/día .

4.4 SITUACION DE PARTIDA: Los pacientes en la actualidad en la USM son informados de la posibilidad de aumento de peso y alteración de parámetros bioquímicos relacionados con el metabolismo , con orden estricta de comunicar al psiquiatra de referencia cualquier síntoma de los comentados; Se revisiones frecuentes para control del peso y análisis bioquímico e indagar en profundidad la presencia de dichos síntomas adversos.

4.5.El equipo multidisciplinar encargado de llevarlo a cabo ,ya esta formado y funcionando desde aproximadamente 3 años y medio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ? N° pacientes estudiados: 50
? N° pacientes IMC<25 / Total pac. = 8/33, 25%
? N° pacientes IMC = 25-30 / Total pac. = 9/33, 27%
? N° pacientes IMC= 30-35/ Total pac.= 11/33

Ganancia peso y síndrome metabólico en función del tiempo en tratamiento y directamente relacionados con alto nivel de Cortisol y/o Prolactina, entre otros factores hormonales

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.1. Aumentar la seguridad del paciente que debe de mantener tratamiento con Clozapina y Olanzapina, dadas las

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

079

MEJORA DEL CONTROL DEL PESO Y PARAMETROS METABOLICOS EN PACIENTES PSIUIATRICOS EN TRATAMIENTO CON OLANZAPINA Y CLOZAPINA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL NTRARIA SRA DE GRACIA-C S ACTUR SUR

características clínicas de dichos pacientes.

6.2 Aumentar el control sobre alteraciones metabólicas y tóxicas e interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente y desarrollar pautas farmacológicas de actuación a fin de evitarlas.

6.3 Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicios de Psiquiatría y Farmacia, encaminada al uso racional de Psicofármacos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1 Implantación de Protocolo de Información. Derivación a Farmacia y Laboratorio. Recogida de datos. Seguimiento en USM de pacientes en tratamiento con Olanzapina y Clozapina Dres R. Marin Lacasa, A Pascual y S de Miguel.

7.2 Creación de protocolo con Farmacia y Laboratorio de Modelo de petición donde figuran datos del paciente y resultados.

7.3 Reuniones periódicas de los tres Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

METODICA.

- En USM se inicia la realización del protocolo. Inicio de tratamiento o seguimiento de tratamiento con lamotrigina. Pauta de petición de pruebas, control sintomático y de efectos adversos: Dr S De Miguel, R Marin y A pascual.

- Efermería realiza el volante de peticiones periódicas a Laboratorio: MJ. Santacruz.

- Farmacia: realiza recogida de datos del paciente y realiza informe :Roberto Lozano

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1 Pacientes totales en tratamiento con Clozapina/IMC <25

8.2 Pacientes totales en tratamiento con Olanzapina/IMC <25

8.3 Pacientes totales en tratamiento con Clozapina /pacientes fumadores (nº cigarro/a/día)

8.4 Pacientes totales en tratamiento con Olanzapina /pacientes fumadores (nº cigarro/a/día)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio : enero de 2010

Revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.

Diciembre de 2010:Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.

Enero de 2011 :Evaluación y propuesta de mejoras.Se decide continuar en vista de la utilidad de los resultados obtenidos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pruebas laboratorio	500 €
· Asistencia a congresos	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

080

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UCA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA.

2. RESPONSABLE NIEVES DOMEQUE VALIENTE

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS. SERVICIO DE PSIQUIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROBERTO LOZANO ORTIZ-FEA-FARMACIA-H NTRA SRA GRACIA
VANESA RIBAS-ATS-UCA-H NTRA SRA GRACIA
MARIBEL CORVINOS GARIN-ATS-UCA-H NTRA SRA GRACIA
IGNACIO ANDRES ARRIBAS-FEA FARMACIA-H NTRA SRA GRACIA
DOLORES TORRELLAS MORENO-ATS-UCA H NTRA SRA GRACIA
CONCEPCIÓN PERALBAREZ-ATS-UCA-H NTRA SRA GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ? IMPORTANCIA: Actualmente la UCA, con la colaboración de la Cruz Roja y Proyecto Hombre, atiende las necesidades de la población adicta a opiáceos (alrededor de 900 pacientes) de esta ciudad mediante el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). La Metadona es suministrada por el Servicio de Farmacia del Hospital N^a S^a de Gracia de Zaragoza. Este Programa reduce y/o elimina el consumo de Heroína, disminuye la mortalidad y permite mejorar la salud y calidad de vida y la productividad social del paciente. El perfil del paciente en PMM se caracteriza por presentar diversas enfermedades crónicas y/o infecciosas, abuso y/o dependencia a otras drogas o fármacos y una mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas que la población general, lo que genera el problema añadido de polimedicación.

? Continuando con las líneas de trabajo multidisciplinar del Hospital N^a S^a de Gracia , consolidada en años anteriores, para el seguimiento y mejora de los pacientes tratados con medicamentos con alta variabilidad farmacocinética y farmacodinámica (Litio, Risperidona, Escitalopram. Lamotrigina , Rifampicina ..etc) nos permite plantear nuevas líneas de mejora en la atención clínica, en este caso a los pacientes en PMM en tratamiento con Metadona. Para ello se ha establecido un grupo multidisciplinar con el equipo de la UCA y el Servicio de Farmacia del Hospital N^a S^a de Gracia de Zaragoza.

? UTILIDAD: El control farmacocinético , farmacoterapéutico y clínico de los pacientes en tratamiento con Metadona supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.

? MÉTODOS: Se propone basándonos en la alteración producida por el consumo de opiáceos de los ejes Hipotalámico, Hipofisario-Gonadal y Adrenal, con alteraciones de ánimo, conducta y producción de estrés, alteraciones metabólica, hipogonadismo, etc, realizar el seguimiento de las mismas estudiando en muestras de orina el índice Testosterona/Creatinina, para posteriormente realizar un ajuste posológica en base a ello. Asimismo se estudiarán los posibles individuos con polimorfismo enzimático (CYP3A) relacionados con dosis extremas de Metadona.

? SITUACION DE PARTIDA: En la actualidad dada por una parte el número de pacientes y la dificultad de manejo y seguimiento de dichos pacientes ha resultado complicada la realización de una estrecha monitorización terapéutica y clínica de los mismos, situación que se pretende mejorar con este proyecto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha completado la determinación del índice urinario Testosterona /creatinina, en 44 pacientes lo que ha servido para establecer el punto óptimo en 30-45 mcg-24 h/ g-L Creatinina , ajustando posteriormente las dosis de metadona a este nivel.

Aquellos pacientes con dosis de metadona > 150 mg/día se les realizó durante 2010 el test PHARMACHIP (análisis genético del CYP450) así como también se realizó la determinación del índice T/C a otros 44 pacientes , con el objetivo final de realizar al menos una determinación de este tipo a todos ellos y poder disponer de datos objetivos acerca del grado de ajuste en el mantenimiento con metadona y evitar sobredosificación y síndromes de abstinencia

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la seguridad del paciente en Programas de Mantenimiento con Metadona, dadas las características clínicas de dichos pacientes.

- Aumentar la eficacia del tratamiento con Metadona en el caso de variaciones individuales y/o interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 080

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UCA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA.

o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente

- Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicio de Psiquiatria, farmacia y Laboratorio, encaminada al uso racional de Psicofármacos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1 Recogida de los datos anatomoclinicos de los pacientes en tratamiento con Metadona. Dolores Torrellas Moreno, Concepción Perálvarez, Maribel Corvinos Garin y Vanesa Ribas

7.2 Creación de protocolo con Farmacia de Modelo de recogida de datos donde figuran datos del paciente y resultados.

7.3 Reuniones periódicas de los Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

METODICA.

- El personal de PMM realiza la recogida de la información del protocolo. Seguimiento de pacientes en tratamiento con Metadona. Estudio Clínico de los pacientes: Nieves Domeque.

- Farmacia: realiza recogida de datos del paciente y análisis de los datos y emisión de informes farmacoterapéuticos. Roberto Lozano

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1 Pacientes con seguimiento de Biomarcadores/ Pacientes totales en tratamiento con Metadona.

8.2 Pacientes en tratamiento con dosis extremas de metadona /pacientes totales en tratamiento con Metadona

8.3. Pacientes con alteraciones enzimáticas/ Pacientes en tratamiento con dosis extremas de metadona

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio : enero de 2010

Revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.

Noviembre de 2010: Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.

Enero de 2011 :Evaluación y propuestas de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pruebas laboratorio	500 €
· Asistencia congresos	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 449

ELABORACION E IMPLANTACION DE LA TRAYECTORIA CLINICA DEL EDEMA AGUDO DE PULMON CARDIOGENICO (EAP) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE SONIA IRIARTE RAMOS
 · Profesión ENFERMERIA
 · Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 · Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 · Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 M^aLUISA MARTÍNEZ LÓPEZ-SUPERVISORA DE UCI, CONSULTAS EXTERNAS Y FARMACIA-H. NTRA SRA DE GRACIA
 ELENA PAMPLONA CALEJERO-ENFERMERA-H. NTRA SRA DE GRACIA-UCI
 GENOVEVA LABARI SANZ-ENFERMERA-H. NTRA SRA DE GRACIA-UCI
 ELENA SANTA-CLOTILDE JIMÉNEZ-ENFERMERA-H. NTRA SRA DE GRACIA-UCI
 ANA ISABEL GIMENO TIL-ENFERMERA-H. NTRA SRA DE GRACIA-UCI
 GLORIA ARGUEDAS GORRINDO-ENFERMERA-H. NTRA SRA DE GRACIA-UCI
 M^a CARMEN TARRERO LOZANO-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-H. NTRA SRA DE GRACIA-UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los problemas que se dan u oportunidades de mejora que se pueden dar en nuestro medio laboral, se hizo una selección de los mismos (variabilidad de los cuidados en el edema agudo de pulmón cardiogénico (EAP), comida hospitalaria deficiente, horario de visitas escaso, falta de comunicación interprofesional), y para ver cuál era el más relevante se usó la técnica de priorización de Hanlon, siendo la elaboración e implantación de la trayectoria clínica del edema agudo de pulmón cardiogénico (EAP) lo más puntuado. Lo cual queda corroborado por los cambios socio-sanitarios a los que se estamos sometidos de forma continua que llevan a la búsqueda de estrategias que mejoren la calidad asistencial, unificando criterios de actuación y reduciendo el gasto sanitario. Los resultados de la priorización, la importancia de la oportunidad de mejora seleccionada, la situación de partida, causas, fuentes de información empleadas, se desarrolla en los siguientes puntos:

1. Métodos de detección y priorización empleados

El método utilizado es el "método Hanlon", obteniendo como resultados finales los siguientes:

Oportunidades de mejora:

- 1) Elaboración e implantación de una trayectoria clínica en el edema agudo de pulmón cardiogénico (EAP).
- 2) Mejorar la calidad de la comida hospitalaria.
- 3) Mejorar horario de visitas.
- 4) Mejorar la comunicación interprofesional.

Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Total
1)	3	2	3	45
2)	2	0	1	0
3)	3	2	1	10
4)	2	2	3	24

Puntuación cada criterio entre 0-3.

La fórmula utilizada: Priorización = (M+S) x E x F

2. Importancia y utilidad del proyecto

Una vez seleccionada la elaboración e implantación de la trayectoria clínica del edema agudo de pulmón cardiogénico (EAP), se cree que es importante y útil

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

449

ELABORACION E IMPLANTACION DE LA TRAYECTORIA CLINICA DEL EDEMA AGUDO DE PULMON CARDIOGENICO (EAP) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

por lo siguiente:

- Importante repercusión del resultado en el tratamiento del paciente.
 - Evitar la variabilidad en los cuidados en el paciente con EAP para mejorar la calidad asistencial.
 - Creación de un guía de intervenciones en secuencia de acuerdo con un marco de referencia basado en el tiempo estimado de internamiento para: Evitar complicaciones.
 - Disminuir el nº de resultados erróneos.
 - Unificar criterios de actuación.
 - Sensibilizar y formar al personal sanitario de las medidas a tomar.
 - Concienciar al personal sanitario para que lo lleven a cabo.
 - Disminuir el gasto sanitario.
3. Situación de partida:
La situación de partida a la que se llegó es:
- Variabilidad de los cuidados en el EAP, lo que puede desencadenar en un aumento de la estancia hospitalaria, complicaciones y mayor gasto sanitario.
4. Causas:
Las posibles causas que se determinaron como origen del problema en cuestión según el diagrama de Ishikawa fueron las siguientes:
- Falta de una guía de actuación.
 - Falta de formación hacia el profesional sanitario.
 - Ausencia de registros detallados por secuencia temporal.
 - Rotación excesiva del personal sanitario.
5. Fuentes de información:
La principal fuente de información fue obtenida del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar otras como:
- Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
 - Observaciones de enfermería.
 - Posible realización de estudios con el resultado obtenido

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Unificar criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
 - Reducir o eliminar factores de riesgo que favorezcan resultados erróneos.
 - Estandarizar todas las medidas y actuaciones de enfermería en los cuidados en un paciente con EAP.
 - 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 de un grupo de trabajo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo
- Actividad 2ª: Elaborar la trayectoria clínica en el EAP para unificar actuaciones.
- Actividad 3ª: Formar al personal sanitario.
- Actividad 4ª: Implantación de la hoja de registro de la trayectoria. Descripción correcta de las actuaciones a llevar a cabo en el EAP.
- Actividad 5ª: Medición de indicadores tras haber sido aplicado la trayectoria.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 449

ELABORACION E IMPLANTACION DE LA TRAYECTORIA CLINICA DEL EDEMA AGUDO DE PULMON CARDIOGENICO (EAP) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

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

Responsables:

Los responsables son tanto el equipo médico como el equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos. Ellos de forma conjunta elaborarán la trayectoria, hoja de registro, formarán al personal y medirán los indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

Los indicadores empleados serán los siguientes:

- Grado de seguimiento.
- Grado de cumplimentación del registro.
- Grado de satisfacción de los trabajadores en la agilidad laboral.

Teniendo en cuenta que se considera resultado erróneo "falta de seguimiento, cumplimentación y por tanto de unificación en los cuidados en el EAP". Y se considerará resultado correcto "cuando se siga la guía, se cumplimente adecuadamente y se disminuya la variabilidad en los cuidados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010.

Fecha de finalización: Diciembre 2010.

Caleendario:

- Actividad 1ª:
Formar un grupo de trabajo: Marzo 2010.
- Actividad 2ª:
Elaborar la trayectoria clínica en el EAP para unificar actuaciones: Marzo 2010.
- Actividad 3ª:
Formar al personal sanitario: Abril 2010.
- Actividad 4ª:
Implantación de la hoja de registro de la trayectoria. Descripción correcta de las actuaciones a llevar a cabo en el EAP: Mayo 2010.
- Actividad 5ª:
Medición de indicadores tras haber sido aplicado la trayectoria: Noviembre 2010.
- Actividad 6ª:
Comunicar al personal los resultados obtenidos: Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia a congresos	900 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 226

DERIVACION PREFERENTE DESDE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE JUANA JIMENEZ SAENZ

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PABLO GARCIA DE PASO Y REMON-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ANGEL LOPEZ LANCIS-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
FRANCISCO CABEZA LAMBAN-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que son atendidos en los Centros de Atención Primaria, en ocasiones presentan cuadros clínicos complejos, que por sus características o por su gravedad precisan estudio complementarios que no pueden realizarse desde atención primaria o que requieren de ingreso hospitalario para llevarlos a cabo.

Las demoras en la derivación a consultas de atención especializada o en la realización de determinas pruebas complementarias ha llevado a la iniciativa, por parte del Centro de Salud de Arrabal y el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia, de la puesta en marcha de un proyecto piloto en el Sector y en relación a los resultados obtenidos sobre satisfacción y eficiencia del proyecto poder generalizarlos al resto de los Centros de Salud del Sector Zaragoza I

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados.

2-Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas

3- Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes/usuarios/pacientes con los servicios recibidos.

4- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se programará una reunión entre los facultativos del Centro de Salud de Arrabal y los del Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia para establecer los criterios de derivación preferente.

Las vías de derivación podrán ser a consultas de atención especializada de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia o ingreso programado en el Servicio de Medicina Interna del mismo Hospital, dependiendo de los parámetros como la edad, posibilidad de desplazamiento, gravedad o deterioro clínico del paciente.

El facultativo de atención primaria que detecta el caso problema se pondrá en contacto telefónico con el facultativo internista designado, durante el horario de mañana, preferentemente de 10 a 14 horas. Se comenta el caso del paciente que cumple los criterios de derivación previamente establecidos y de forma conjunta se decide la vía de asistencia más adecuada de forma individualizada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes derivados a consultas por la vía de derivación preferente/total de pacientes ingresados derivados del Centro de Salud Arrabal.

Numero de pacientes ingresados en planta por la vía de derivación preferente/total de pacientes ingresados derivados del Centro de salud Arrabal.

Numero de pacientes que han sido remitidos por la vía de derivación preferente /total de llamadas telefónicas recibidas en un mes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión inicial con los Coordinadores del Centro de Salud Arrabal- Principio de Marzo.

Creación de un grupo de trabajo para seleccionar criterios de derivación- Abril.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

226

DERIVACION PREFERENTE DESDE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Inicio del programa- Mayo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

401

MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS CON LA COMUNICACION DEL ALTA HOSPITALARIA DEL PACIENTE A SU MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGEL LOPEZ LANCIS-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
JUANA JIMENEZ SAENZ-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
PABLO GARCIA DE PASO REMON-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
FRANCISCO CABEZA LAMBAN-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
MARIA TERESA MARIN LAPRESTA-AUX. ADMINISTRATIVO- HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El informe de alta tras una hospitalización es el cauce de comunicación habitual entre los profesionales de los hospitales y los de la Atención Primaria. En muchas ocasiones estos médicos no han tenido conocimiento de la situación de hospitalización de sus pacientes y mucho menos del momento del alta si el paciente o familiares no acuden a comunicárselo o a llevarle el informe de alta del hospital. Nos proponemos mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes ingresados avisando a su Médico de Atención Primaria (MAP) del alta para que lo conozca lo antes posible y pueda obrar en consecuencia de acuerdo con el conocimiento previo sobre su paciente. En caso de autorización expresa del paciente, o su responsable, también se le transmitirá el informe de alta hospitalaria por un medio seguro desde el punto de vista de la confidencialidad. A la vez, esta comunicación con el MAP puede profundizar en las relaciones con el médico del hospital y favorecer la coordinación para futuras actuaciones con el paciente en cuestión u otros nuevos casos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera mejorar la coordinación entre los profesionales del hospital y los de Atención Primaria para facilitar la continuidad de cuidados en los pacientes dados de alta del hospital. Facilitar al MAP información del alta de su paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital N^a S^a de Gracia para su conocimiento y toma de decisiones y programación de su actividad en relación a este paciente. Mantener abierto un cauce bidireccional de intercambio de información respecto al mencionado paciente y a futuros pacientes comunes para facilitar la relación entre Medicina Primaria y Medicina Especializada. Transmitir información fiable, exacta, de forma rápida y directa. Favorecer la posibilidad de comunicación verbal entre los facultativos involucrados en el caso. Reducción de costes evitando desplazamientos innecesarios del paciente o familiares y del médico, y evitando duplicidad de pruebas y de tratamientos, etc. Optimizar los recursos disponibles en la actualidad (informe de alta digitalizado, redes de comunicación existentes, personal administrativo y sanitario) utilizándolo en el sentido que proponemos de mejora de la comunicación. Proporcionar satisfacción y tranquilidad al paciente y familiares por la percepción de buena coordinación entre los niveles asistenciales. En definitiva, aumentar la calidad asistencial con algo más de esfuerzo personal pero sin prácticamente incremento de los gastos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento a mejorar consistiría en avisar del alta hospitalaria al Médico de Atención Primaria responsable de un paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del H. N^a S^a de Gracia en el momento que se produzca y por el mejor procedimiento posible. Si el paciente o responsable del paciente da su autorización se enviará el Informe de Alta directamente al MAP. Siempre se asegurará el principio de confidencialidad y el secreto profesional en la transmisión de la información.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 401

MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS CON LA COMUNICACION DEL ALTA HOSPITALARIA DEL PACIENTE A SU MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

Se utilizará como cauce de comunicación, y en la medida de lo posible, en primer lugar correo electrónico del facultativo con acuse de recibo, en segundo lugar correo electrónico del centro y por último fax seguro o llamada telefónica al centro. Si no se puede realizar por estos métodos se mandará por correo ordinario. Para lo cual es necesario disponer de los correos electrónicos y números de teléfonos y faxes correspondientes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de altas con comunicación efectiva al MAP realizadas / Número total de altas
Número de comunicaciones recibidas / número total de comunicaciones realizadas.
Número de autorizaciones de envío de Informe de Alta / número de Informes de Alta.
Número de contactos posteriores del MAP con el Servicio de Medicina InternaI / Número de altas con comunicación efectiva al MAP realizadas.
Grado de utilidad de la información recibida por el Médico de Atención Primara / respuestas recibidas.
Estos indicadores se obtendrán de la documentación clínica del paciente en lo concerniente al informe de alta y de la respuestas del MAP recibidas.
Se monitorizarán con periodicidad mensual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2009: actualización de correos electrónicos y teléfonos y fax de los diferentes Centros de salud de nuestro sector
Abril 2010: Inicio del envío de la información al MAP con recogida de indicadores desde ese mismo momento.
Febrero 2011: Recogida de datos de todo el periodo, valoración de la experiencia y propuesta de mejora del procedimiento

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 394

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DIGITAL DE DOCUMENTACION SANITARIA DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE MANUEL JORDAN JARQUE
- Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 - Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTENAS
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FIDELA GARCÍA ARCOS-ENFERMERA-HOSPITAL NTRA.SRA. DE GRACIA-CONSULTAS EXTERNAS
MARIA LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ-SUPERVISORA CONSULTAS EXTERNAS, UCI, FARMACIA-HOSPITAL NTRA.SRA. DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad cada especialidad en Consultas Externas tiene almacenados una serie de documentos específicos de uso habitual en la práctica clínica (consentimientos informados, información de enfermedades, información de procedimientos, protocolos de la unidad, tablas de ejercicios, dietas,...) y otros comunes al resto de los servicios o unidades (protocolos del hospital, formularios de solicitud de procedimientos, consultas y pruebas extrahospitalarias...). En multitud de casos, ante la imposibilidad de contar con el original de ese documento que en su día existió, o porque originariamente fue recibido por fax, se ha conservado gracias a las fotocopias realizadas sobre otras fotocopias, en definitiva una deficiente calidad gráfica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Poner a disposición de los profesionales sanitarios del Área de Consultas Externas de un catálogo gestor de documentos en formato digital cuyos contenidos estén homogeneizados y sean comunes y accesibles desde cualquier terminal de ordenador; facilitando el acceso en la práctica diaria a formularios para solicitar pruebas extrahospitalarias, tablas de ejercicios, protocolos y guías clínicas, dietas y todo tipo de documentos informativos para los pacientes, necesarios para cualquier proceso asistencial en el desarrollo de la práctica clínica, permitiendo la impresión directa de dichos documentos sin necesidad de almacenaje de los mismos en cada consulta.
El gestor documental debe ser entendido como una herramienta en actualización continua, a la que se debe ir incorporando toda aquella información que se considere de utilidad para la atención sanitaria en Consultas Externas, facultando el almacenamiento coherente, la búsqueda y el acceso a documentos digitales a través de unas interfaces intuitivas y admitiendo la visualización del documento en miniatura o a pantalla completa en formato pdf

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Desarrollo de la aplicación en un entorno visual mediante software de sistema de gestión de base de datos relacional que permita el acceso rápido a toda la documentación clínica necesaria mediante un sencillo buscador.
2. Almacenar la aplicación y la estructura de directorios y carpetas que contengan los archivos en disco de datos del centro, con acceso directo desde el escritorio de los ordenadores de trabajo de Consultas Externas.
3. Convertir, restaurar y rehacer documentos a soporte digital, homogenizando el formato y los logos corporativos.
4. Para un rendimiento y usabilidad adecuados se procederá a implementar de forma parcial la estructura de la base de datos relativa a la gestión de documentos, teniendo como objetivo alcanzar un mínimo del 90% del fondo documental compartido y que la totalidad de las especialidades en consultas interactúen con el sistema al finalizar el calendario previsto.
5. Formar / informar a todos los profesionales sanitarios en el uso del gestor de documentos.
6. El fondo documental en una primera fase estaría compuesto entre otros de:
- ? Normativas y protocolos de aplicación en el Área Hospitalaria.
 - ? Protocolos y guías de práctica clínica.
 - ? Hojas de información dirigidas a pacientes sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
 - ? Hojas de información dirigidas a pacientes sobre patologías y procesos quirúrgicos comunes y/o relevantes.
 - ? Protocolos y solicitud de pruebas extrahospitalarias.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 394

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DIGITAL DE DOCUMENTACION SANITARIA DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

? Otros documentos de interés general

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Porcentaje de documentos digitalizados.
? Porcentaje de profesionales sanitarios formados del total de profesionales que trabajan en Consultas Externas.
? Porcentaje de Consultas que acceden al gestor de documentos.
? Porcentaje de Consultas que han incorporado el gestor a la práctica diaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de Inicio: Marzo 2010
Fecha Finalización: Febrero 2011

Primer Trimestre:

? Recopilación de la documentación, específica y común, de uso habitual en la práctica clínica.
? Convertir, restaurar y rehacer documentos a soporte digital
? Elaboración del catálogo gestor de documentos en formato digital.

Segundo trimestre:

? Recopilación de la documentación, específica y común, de uso habitual en la práctica clínica.
? Convertir, restaurar y rehacer documentos a soporte digital
? Formación de los profesionales sanitarios en el uso del gestor.
? Implantación del acceso al gestor documental en todos los terminales de Consultas Externas.

Tercer Trimestre:

? Seguimiento de la implantación a nivel informático y a nivel usuario.

Cuarto Trimestre:

? Medición de los indicadores que monitorizan el proyecto.
? Comunicar los resultados obtenidos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	600 €
· Impresora multifunción multi-página	400 €
· 2 toner	160 €
Total	1.160 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

368

DETECCION Y PREVENCION DE LA INFECCION URINARIA NOSOCOMIAL ASOCIADA AL SONDAJE VESICAL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REAL NTRA SRA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ANGEL LOPEZ LANCIS

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
JUANA JIMENEZ SAENZ-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
PABLO GARCIA DE PASO REMON-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
FRANCISCO CABEZA LAMBAN-MEDICO-HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
CRISTINA MIÑANA AMADA-MEDICO- HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL-MEDICO- HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
MARIA TERESA MARIN LAPRESTA-AUX. ADMINISTRATIVO- HOSP. N^a S^a DE GRACIA-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección nosocomial constituye una de las complicaciones más frecuentes que pueden acontecer a los pacientes hospitalizados, supone sufrimiento de pacientes y familiares, e incremento del consumo de recursos y, consecuentemente, del coste sanitario. La medida de las tasas de infección nosocomial constituye un indicador de calidad asistencial, que permite adoptar medidas de prevención y control.

La infección nosocomial es la infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Se presenta en un paciente ingresado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso. Incluye también a las infecciones contraídas en el hospital, pero manifestadas después del alta hospitalaria, y también a las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

La infección urinaria es la infección nosocomial más común (40% de las infecciones nosocomiales); la mayor parte (80 %) son ocasionadas por el uso de una sonda vesical permanente. Dependen de diferentes factores, alguno de ellos modificable introduciendo intervenciones no costosas que se han mostrado eficaces. Siguiendo las recomendaciones de la Comisión de Infecciones del Hospital pretendemos estudiar la ITU asociada al uso de sonda vesical en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Real N^a S^a de Gracia y sensibilizar a los diferentes profesionales involucrados para prevenir su aparición

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar la ITU asociada al uso de sonda vesical en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Sensibilizar e informar a los diferentes profesionales involucrados en la asistencia para prevenir la aparición de la infección urinaria nosocomial. Reducir el riesgo de los pacientes de contraerla y el sufrimiento de pacientes y familiares por esta causa. Reducir el coste económico de la infección nosocomial (consumo de recursos, aumento de días de hospitalización, pérdida de días de trabajo, etc.)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer criterios de inclusión de infección urinaria nosocomial asociada a sondaje vesical basados en los criterios del CDC.

Detectar factores de riesgo que incrementan el riesgo de ITU nosocomial.
Favorecer las intervenciones que han demostrado eficacia en la prevención de esta infección.
Protocolizar y utilizar el procedimiento de sondaje y el manejo del paciente con sonda.
Protocolizar y utilizar el procedimiento de toma de muestras para cultivo cuando esté indicado.
Protocolizar la recogida de datos clínicos y de laboratorio.
Informar y formar a todo el personal sanitario involucrado en este tema

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

368

DETECCION Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL ASOCIADA AL SONDAJE VESICAL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REAL NTRA SRA DE GRACIA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes con sondaje vesical / total pacientes ingresados.
Pacientes con ITU nosocomial / total pacientes.
Pacientes con ITU por sonda / total pacientes con ITU nosocomial.
Pacientes con ITU nosocomial / total pacientes sondados.
Estancia media pacientes con ITU nosocomial / estancia media total pacientes.

Se obtendrán mediante ficha específica de recogida de datos de cada paciente incluyendo factores personales, tratamientos, comorbilidad, tiempo de sondaje, recambios de sonda, cultivos, etc.

Se monitorizarán trimestralmente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero y marzo 2010: recogida de información bibliográfica y redacción de protocolos arriba mencionados.
Marzo 2010: Reuniones con personal sanitario para informar sobre el programa y sesiones de formación sobre el tema en cuestión.
Abril 2010: inicio del proyecto.
Febrero 2011: Fin del proyecto y análisis de resultados.
Con toda seguridad, las buenas pautas adquiridas permanecerán en la práctica diaria independientemente de que el proyecto continúe o no a partir de 2011, como ha sucedido con otros programas ya instaurados anteriormente

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

258

MANEJO DE LA HIPERPROLACTINEMIA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON RISPERIDONA PARENTERAL.

2. RESPONSABLE ROBERTO LOZANO ORTIZ

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ASUNCIÓN PASCUAL GARCÍA-MEDICO PSIQUIATRA-CSM ACTUR SUR
M^aREYES MARÍN LACASA-MÉDICO PSIQUIATRA-CSM ACTUR SUR
M^aDOLORES VAZQUEZ RODRIGUEZ-MÉDICO PSIQUIATRA-CSM ACTUR SUR
M^aJESUS SANTACRUZ-ENFERMERA-CSM ACTUR SUR
IGNACIO ANDRÉS-FARMACEUTICO-HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA
CRISTINA PARDOS-MEDICO ANALISTA-HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA: En la actualidad terapia de mantenimiento con antipsicóticos atípicos por vía parenteral se realiza en su mayor parte con Risperidona en la forma depot, evitándose con ello uno de los mayores problemas en éstos pacientes como es la adherencia terapéutica. El principal y más común efecto adverso es la hiperprolactinemia que genera a corto plazo amenorrea y/o galactorrea así como parkinsonismo y a largo plazo puede ocasionar osteoporosis. Con éste programa de calidad pretendemos hacer un seguimiento de aquellos pacientes que por sus elevados niveles de Prolactina requieran algún tipo de replanteamiento de su estrategia terapéutica.

UTILIDAD: El control farmacoterapéutico y clínico de los pacientes con RISPERIDONA y elevados niveles de PROLACTINA supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con éste medicamento.

MÉTODOS: Se propone basándonos en la alteración producida por la RISPERIDONA del eje Hipotalámico, Hipofisario-Gonadal, con alteraciones de ánimo, conducta motora, producción de estrés, alteraciones metabólicas, hipogonadismo, etc realizar el seguimiento de las mismas valorando los niveles de Estradiol, FSH y Testosterona para detectar los pacientes con elevado riesgo de Osteoporosis.

SITUACIÓN DE PARTIDA: Utilizaremos la metodología aplicada en el Proyecto de Calidad del año 2007 con Risperidona, siendo el número de pacientes de aproximadamente 15

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Aumentar la seguridad de aquellos pacientes en tratamiento de larga duración con Risperidona que presentan Hiperprolactinemia.

-Aumentar la seguridad del tratamiento con Risperidona parenteral.

-Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicios de Psiquiatría, Farmacia y Análisis Clínicos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODOLOGÍA:

-En la consulta de la Unidad de Salud Mental se realizan las peticiones de control analítico de los pacientes en tratamiento con RISPERIDONA. Responsables de la Unidad de Salud Mental: Dra Reyes Marín, Dra Asunción Pascual, Dra Dolores Vazquez.

-La ATS de la Unidad de Salud Mental realiza las peticiones periódicas al Laboratorio y Farmacia. Responsable: M^a Jesus Santacruz.

-El farmacéutico con los antecedentes del paciente y con los datos clínicos elabora un informe farmacoterapéutico con las recomendaciones sobre posibles

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 258

MANEJO DE LA HIPERPROLACTINEMIA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON RISPERIDONA PARENTERAL.

modificaciones en la pauta si fueran necesarios. Responsable Roberto Lozano

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº Pacientes en tratamiento con Risperidona con Prolactina >100 ng/ml.
-Nº Pacientes con PROLACTINA>100 ng/ml/Nº de pacientes con riesgo de Osteoporosis.
-Nº Pacientes con PROLACTINA>100 ng/ml/Nº de pacientes cambio de estrategia terapéutica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:
Fecha de inicio: enero del 2010
Revisión Trimestral de los casos y valoración de cumplimiento del proyecto.
Enero de 2011: Evaluación y propuestas de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Recursos informáticos 1.060 €
Total 1.060 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 083

MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO): INFLUENCIA DE LAS VARIABLES GENÉTICAS Y FARMACOCINÉTICAS

2. RESPONSABLE ROBERTO LOZANO ORTIZ
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- M^a ESTHER FRANCO GARCÍA-FEA HEMATOLOGÍA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y HOSP. NTRA SRA DE GRACIA
 - IGNACIO ANDRÉS ARRIBAS-JEFE DE S^o FARMACIA-HOSP. NTRA SRA DE GRACIA
 - LUIS LÓPEZ GÓMEZ-FEA HEMATOLOGÍA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - ÁNGELES PÉREZ LAYO-FEA HEMATOLOGÍA-HOSP. NTRA SRA DE GRACIA
 - JUAN JOSÉ MONEVA JORDÁN-FEA HEMATOLOGÍA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - VICENTE CARRASCO BARAJA-FEA HEMATOLOGÍA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación actual:
- En la práctica diaria de la dosificación del tratamiento anticoagulante oral (TAO) encontramos un porcentaje de pacientes que son de difícil manejo y que precisan dosis muy bajas de fármaco anticoagulante, para intentar no sobrepasar el INR terapéutico.
 - Este hecho dificulta enormemente el control adecuado de estos pacientes: no conocemos la causa del problema, requieren controles muy frecuentes incluso durante meses y a veces llegan a precisar el cambio de tratamiento anticoagulante.
 - El mecanismo de este fenómeno está empezando a conocerse, implicándose, entre otros los polimorfismos genéticos. Este conocimiento nos permitirá acercarnos al mejor control de estos pacientes.
 - Los niveles plasmáticos de acenocumarol (Sintrom®), que es el anticoagulante oral con más frecuencia utilizado en la práctica médica en España, dependen de la actividad de la enzima vitamina K epóxido reductasa (VKORC1). Además, los niveles plasmáticos de acenocumarol están regulados principalmente por el metabolismo hepático a través del CYP450: vía CYP2C9 se metaboliza aproximadamente un 40% el isómero S-acenocumarol, vida media 24-48 h, que es el isómero más importante farmacodinámicamente y vía CYP2C19 se metaboliza aproximadamente el 80% del isómero R-acenocumarol, vida media 2-4 h, isómero menos importante; con sus correspondientes polimorfismos y fenotipos.
 - Son de uso habitual en los pacientes con TAO fármacos que interfieren la farmacodinámica del acenocumarol: inhibidores de la bomba de protones (IBP), que interfieren principalmente vía CYP2C19; fluoconazol y amiodarona, que interfieren preferentemente vía CYP2C9.
 - Por otro lado, la edad (de elevada media entre los pacientes con TAO) afecta a la actividad cuantitativa del CYP450, de forma general en mayores de 65 años su actividad se reduce a la mitad, afectando al fenotipo resultante.
 - La actividad de ambos isómeros (S y R) del acenocumarol sólo la realizan la porción no unida a proteínas plasmáticas (fracción libre), que se corresponde al 1-3% de los mismos, ya que el 97-99% circula unido a albúmina. De este modo, la actividad farmacológica es muy sensible a cambios en la concentración plasmática de albúmina del paciente, al uso de fármacos que desplacen esta unión a la albúmina y a sustancias endógenas (entre ellas la bilirrubina) que produzcan un desplazamiento en esta unión.
 - La finalidad e importancia de este proyecto consiste en aplicar los datos farmacocinéticos y farmacogenéticos bibliográficos a la farmacoterapia anticoagulante oral, para mejorar el ajuste de la dosis de acenocumarol a emplear y así intentar evitar las complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas derivadas de un complejo y/o lento ajuste posológico.
 - Por otra parte, el Servicio de Farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia posee la experiencia suficiente en ajuste posológico de otros fármacos de estrecho margen terapéutico, basado en la respuesta farmacológica: litio, escitalopram, risperidona, metadona, rifampicina y lamotrigina; así como en el análisis de su farmacocinética, motivo en años previos de ayudas a través de los correspondientes proyectos de calidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Analizados los datos de INR, dosis ajustada a un INR de 2.47 y resultados de test CUMACHIP, nos permite ajustar la dosis al INR terapéutico con muchos menos cambios de pauta farmacológica, en mucho menor tiempo y con menor riesgo de toxicidad, utilizando la relación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

083

MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO): INFLUENCIA DE LAS VARIABLES GENÉTICAS Y FARMACOCINÉTICAS

paramétrica:

$1,47/[INR-1]=2[(10,6/dosis)-1]$
siendo 10,6/dosis = 5 si CYP2C9 *3 / VKORC1 A, CYP2C9 *3/*3 ó VKORC1 A/A
siendo 10,6/dosis = 3 si CYP2C9 *3/- ó VKORC1 A/-

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - En general, se espera aumentar el control sobre el régimen posológico en el TAO, disminuyendo el número de ajustes por paciente, el nº total de pacientes que en algún momento no tienen el INR dentro del rango terapéutico deseado y por tanto, la posibilidad de eventos tromboembólicos o hemorrágicos, aumentando la seguridad del paciente y la eficacia del fármaco.
- En particular, con el test CUMACHIP? se espera mejora a la hora de definir la dosis adecuada, en aquellos pacientes previamente seleccionados por dificultad de ajuste y/o dosis fuera del rango INR terapéutico, estableciendo una curva dosis-respuesta, eliminando con ello el 50-70% de la variabilidad interindividual debida a factores genéticos.
- Seguimiento riguroso de las interacciones farmacocinéticas a nivel de CYP450 y de la fracción libre del fármaco, mediante el seguimiento de albuminemia y bilirrubina total, controlando el resto de variabilidad inter e intraindividual (30-40%) debida a factores farmacocinéticos y, finalmente, emitir el correspondiente informe fármaco-terapéutico, para ayuda del médico clínico.
- Por último, construcción de la correspondiente relación cuantitativa entre parámetros estudiados y dosis (curva dosis-respuesta); creando un equipo multidisciplinar entre los servicios de Farmacia y Hematología dentro del Sector I para el uso racional y seguro del TAO en la práctica clínica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Definición de "caso":
- Pacientes con TAO con acenocumarol que precisen, de forma continuada, dosis semanal de menos de 7 mg y que cumplan todos los siguientes requisitos: edad = 65 años, albúmina sérica = 3,5 mg/dL, bilirrubina indirecta = 0,6 mg/dL, peso = 50 Kg y no recibir tratamiento concomitante con inhibidores de bomba de protones, fluconazol o amiodarona.

Funcionamiento:

- Elección de al menos 40 pacientes (reclutamiento de casos sucesivos) de entre los pacientes con control del TAO en el Sº de Hematología del Hospital Royo Villanova, que cumplan el criterio de precisar una dosis semanal de acenocumarol < 7 mg (Sº Hematología).
- Revisión de la historia clínica de estos 40 pacientes, así como encuesta sobre peso y fármacos concomitantes, para obtener hasta 20 pacientes (ideal 20) que cumplan criterios de "caso" (Sº Hematología).
- Implantación de protocolo de información y consentimiento informado para test CUMACHIP® (análisis genético CYP2C9 y VKORC1) los pacientes que cumplan criterios de "caso" (Sº Farmacia).
- Derivación de los casos al Sº de Farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia para la información pertinente al paciente previa al consentimiento informado; y a Hematología del Hospital Nuestra Señora de Gracia para la extracción de la muestra para el estudio genético.
- Preparación y envío de muestras para estudio genético en laboratorio externo-PROGENIKA® (Sº Farmacia)
- Seguimiento de los casos, recogida de incidencias trombóticas y/o hemorrágicas y control del TAO en Sº Hematología.
- Recogida e interpretación de los resultados genéticos recibidos, así como realización de informe farmacogenético (Sº Farmacia).
- Informe farmacoterapéutico (Sº Farmacia y Sº Hematología).
- Modificación y ajuste de dosis del TAO en función del resultado y del informe farmacogenético del informe (Sº Hematología).
- Reuniones periódicas (al menos bimensuales, o con más frecuencia si es preciso) de varios componentes de las especialidades implicadas para desarrollar el proyecto y realizar los ajustes pertinentes para su adecuado funcionamiento (Sº Farmacia y Sº Hematología).
- Informe final del proyecto (Sº Farmacia y Sº Hematología).

Una vez concluido y valorado el proyecto de mejora, si se considerara oportuno y necesario, se ampliaría la revisión poco a poco, a todos los pacientes con

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 083

MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO): INFLUENCIA DE LAS VARIABLES GENETICAS Y FARMACOCINETICAS

TAO del Sector I que cumplieran criterios de caso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Parámetros referidos al periodo global del estudio, o referidos a 1 año al llegar a ese tiempo

Nº TOTAL DE PACIENTES REVISADOS EN EL PROYECTO

Indicador:

- nº total de pacientes revisados como posibles candidatos a realizar estudio genético en el proyecto / 40 pacientes definidos como objetivo del estudio (se pretende alcanzar al menos los 40)
- nº total de pacientes definidos como "caso" en el proyecto / 20 pacientes definidos como objetivo del estudio (se pretende alcanzar los 20)
- nº total de informes fármaco-hematológicos realizados / nº total de pacientes definidos como "caso" (se pretende informar todos los casos)

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

Indicador:

- nº total ajustes de dosis / nº total de pacientes
- nº total de INR fuera de rango terapéutico / nº total de INR realizados
- nº eventos tromboembolicos y/o hemorragicos / nº total de pacientes
- nº de pacientes con polimorfismos en el estudio genético / nº total de pacientes a los que se ha realizado estudio genético

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reclutamiento de pacientes que cumplan criterios de "caso": primer trimestre 2010
- Realización de estudio genético (test CUMACHIP®), previo consentimiento informado: segundo y tercer trimestre 2010
 - Elaboración de informe fármaco-genético-hematológico: cuarto trimestre 2010
 - Durante todo el año se recogerán todos los INR, ajustes de dosis y posibles eventos trombóticos / hemorrágicos de los caos
 - Informe global definitivo del proyecto de mejora: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Test CUMACHIP®	1.500 €
· Asistencia a congresos	500 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

130

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL, Y AMPLIACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A OTROS PROCESOS DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN ALMAJANO MARTÍNEZ-MÉDICO-H. N.S. GRACIA-ANATOMÍA PATOLÓGICA
LOURDES BENGOCHEA MARTÍNEZ - MÉDICO - H. N.S. GRACIA - ANATOMÍA PATOLÓGICA
INMACULADA RUIZ ROMERO TÉCNICO AP - H. N.S. GRACIA - ANATOMÍA PATOLÓGICA
ROSA ANA CORTÉS GIL - AUXILIAR ENFERMERÍA - H. N.S. GRACIA - ANATOMÍA PATOLÓGICA
CRISTINA RINCÓN GORMEDINO - AUXILIAR ENFERMERÍA - H. N.S. GRACIA - ANATOMÍA PATOLÓGICA
ROSALÍA GASPAS OCHOA - AUXILIAR ADMINIST. - H. N.S. GRACIA - ANATOMÍA PATOLÓGICA
BEATRIZ LUQUE SILES - TÉCNICO AP - H. N.S. GRACIA - ANATOMÍA PATOLÓGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. No existe constancia documental de muchos de los procedimientos usados en el servicio, ni de los resultados obtenidos.
La acreditación ISO 15189 permite garantizar un proceso de gestión de calidad con una garantía externa reconocida, y obliga al cumplimiento de unos requisitos mínimos.
Tras conseguir en 2009 la acreditación para el proceso de citología-vaginal, se ha planteado la posibilidad de extender la metodología a las restantes áreas del servicio de Anatomía Patológica, comenzando por las actividades de gestión y por los principales procedimientos analíticos.
La elección se realizó mediante exposición de ideas, y la priorización mediante parrilla de análisis

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante 2009:
- Se realizó la Revisión por Dirección.
- Se realizó la auditoría Externa por ENAC, en la que se detectaron varias observaciones y una No conformidad.
- Se presentó el correspondiente Plan de Acciones Correctivas, que fue evaluado por ENAC
- Se obtuvo finalmente la acreditación el 30 de octubre de 2009.
- Se han iniciado los talleres y actividades correspondientes a la ampliación de la acreditación.
Revisión de indicadores:
o Procedimientos adaptados a la norma: Procedimiento de Preanalítica de biopsias y citologías, Procedimiento de recepción de muestras de biopsias y citologías, Procedimiento de Postanalítica e informes.
o Resultados actividades de aseguramiento de calidad previstas:
Incidencias en recepción biopsias: 3 (0,31 %)
Protocolos diagnósticos en biopsias: Actualizados
Demora biopsias: 0 casos con demora > 20 días. Demora media 5, 47.
Incidencias en recepción ginecológicas: 6 (0,59%)
ASC: 3,78 %. Relación ASC/SIL: 2,11. Valoración conjunta de 98 casos (9,75 %).
Demora ginecológicas: Demora media 5,56. Máxima 24.
Se han realizado los controles de calidad del College of American Pathologists PAPCE A y PAPCE B de 2009 (en enero y agosto), con resultados correctos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Renovar la acreditación según la norma ISO 15189, para la Técnica: Cribado Oncológico en Citología Cérvico-vaginal.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

130

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL, Y AMPLIACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A OTROS PROCESOS DE ANATOMIA PATOLOGICA

Normalizar los procedimientos usados en el diagnóstico de biopsias y citologías.
Establecer y medir indicadores de calidad el diagnóstico de biopsias y citologías..
Aumentar la satisfacción del personal.
Aumentar la satisfacción de las pacientes y de los médicos solicitantes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las indicadas en la implantación de la norma ISO 15189, de cara al cumplimiento de los requisitos técnicos y de gestión de la misma, fundamentalmente:

- Implantación de todos los procedimientos
- Revisión de todos los procedimientos, formatos y registros
- Formación para la auditoría.
- Revisión y mejora con base en las incidencias y no conformidades detectadas.
- Realización de las actividades de formación previstas.
- Realización de las actividades de aseguramiento interno y externo de la calidad, incluyendo la garantía de calidad en Diagnóstico (Sociedad Española de Anatomía Patológica, College of American Pathologists)

Los responsables principales son:

Francisco Javier Mateos Barrionuevo, Responsable de Calidad
Lourdes Bengochea Martínez, Responsable Técnico del área de biopsias y citologías.
Carmen Almajano, Responsable Técnico del área de citologías ginecológicas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

La evaluación interna se realizará mediante la Revisión por la Dirección (siguiendo los ítems establecidos en el Manual de Calidad de los Laboratorios del Salud) y las Auditorías Internas (siguiendo el documento PRG-38)

La evaluación externa se realizará por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), usando los criterios de la norma ISO 15189.

Con los resultados de la auditoría, se evaluarán las observaciones realizadas por ENAC, y se relizará un Plan de Acciones Correctivas, si procede..

Los indicadores que se usarán serán:

- o Procedimientos adaptados a la norma
- o Resultados de las actividades de aseguramiento de la calidad previstas en los procedimientos técnicos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El calendario depende en parte de las acciones llevadas a cabo por el Servicio de Calidad del SALUD y por ENAC. Sin embargo, una posible aproximación sería:

- Hasta abril:
 - Revisión por la Dirección
 - Tareas indicadas por la consultora
- Abril: Auditoría Interna por ICSA
- Hasta junio: Resolución de las observaciones y no conformidades.
- Octubre: Auditoría de seguimiento y ampliación por ENAC
- Hasta Diciembre: Plan de Acciones correctoras

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Material de oficina 600 €
- Libros y artículos sobre los procedimientos afectados 900 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 130

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL, Y AMPLIACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A OTROS PROCESOS DE ANATOMIA PATOLOGICA

· Asistencia a cursos y reuniones científicas	900 €
Total	2.400 €

11. OBSERVACIONES. En el equipo de mejora participan también Begoña Carballo Torres, y Nuria Gurrea Vidal, Técnicos Especialistas en Anatomía Patológica, y Susana Cuartero, Auxiliar Administrativa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

019

IMPLEMENTACION DEL TEST DE PRUEBA DE PROTEINAS RESIDUALES

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MEDINA CEREZAL

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
- Servicio/Unidad .. CENTRAL DE ESTERILIZACION
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARINA BURILLO ALFONSO-ENFERMERA-H.NTRA.SRA. DE GRACIA
AURORA MODREGO GONZALEZ-AUX.ENFERÍA-H.NTRA.SRA. DE GRACIA
REMEDIOS LACRUZ ARGUEDAS-AUX. ENFERÍA-H.NTRA.SRA. DE GRACIA
MARÍA LUISA VALLES GRACIA-AUX.ENFERÍA-H. NTRA.SRA. DE GRACIA
GLORIA SORO ALCUBIERRE-DIRECTORA ENFERÍA-H.NTRA.SRA. DE GRACIA
JOSE MIGUEL CELORRIO-MÉDICO PREVENTIVA-H.NTRA.SRA. DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Valorar el nivel de residuos proteicos contaminantes en instrumentos quirúrgicos después de procesarlos en la lavadora desinfectadora y comprobar que están correctamente limpios para su esterilización

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Implementar el test en nuestro protocolo de limpieza de instrumental
2- Garantizar la adecuada limpieza del material
3- Mejorar la calidad7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Introducir el test de prueba de proteínas residuales.Responsable: M^a Pilar Medina
2- Protocolo de actuación.Responsable: M^a Pilar Medina
3- Implementación.Responsable: M^a Pilar Medina
4- Formación.Responsable: M^a Pilar Medina

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° de ciclos de lavado verificados

2. N° de ciclos de lavado con residuos de proteínas /N° de ciclos de lavado verificados

3. Formación al personal de esterilización : % De profesionales de enfermería de la Central de Esterilización que han sido formados

4. Existencia de un testde prueba de proteínas implantado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Febrero 2010 : Peticion de alineacion con codigo SERPA

- Marzo 2010: Formación y realización de protocolo

- Abril 2010 : Implementación

- Mayo 2010: 1^a Evaluación- Julio 2010: 2^a Evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- 1- Incubadora Referencia DHB230 600 €
- 3 cajas de prueba de residuos de proteína Referencia Pro-Tect M MPRO50 585 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 019

IMPLEMENTACION DEL TEST DE PRUEBA DE PROTEINAS RESIDUALES

Total 1.185 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 085

ELABORACION DEL CATALOGO DE MATERIAL/INSTRUMENTAL Y GUIA PRACTICA PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DE LOS MISMOS SEGUN LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MEDINA CEREZAL
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 - Servicio/Unidad .. CENTRAL DE ESTERILIZACION
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARINA BURILLO ALFONSO-ENFERMERA-H. NTRA. SRA. DE GRACIA
 - AURORA MODREGO GONZALEZ-AUX. ENFER.- H.NTRA. SRA. DE GRACIA
 - Mª LUISA VALLES GRACIA-AUX. ENFER.-H.NTRA. SRA. DE GRACIA
 - Mª REMEDIOS LACRUZ ARGUEDAS-AUX.ENFER.H.NTRA. SRA. DE GRACIA
 - JOSE MIGUEL CELORRIO-MED.PREV.-H.NTRA.SRA. DE GRACIA
 - GLORIA SORO ALCUBIERREDIR. ENFER.-H.NTRA. SRA. DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Elaborar un catálogo de materiales/instrumental y de una guía que describa y detalle los procedimientos de limpieza y esterilización de los mismos según las recomendaciones del fabricante

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elaborar un catálogo de materiales/instrumental
- Elaborar una guía práctica de los procedimientos de limpieza y esterilización según las recomendaciones del fabricante

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reunir las fichas técnicas de los diferentes productos
- Elaborar un catálogo visual de materiales/instrumental
- Elaborar una guía práctica de los procedimientos de limpieza y esterilización según las recomendaciones del fabricante
-Formación del personal de la Central de Esterilización y del Bloque Quirúrgico
-Implementación
-Evaluación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Existe el catálogo
-Nº de productos incluidos con imagenes fotográficas
-Nº de personas que han recibido formación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboracion del catálogo ---mayo 2010
-Elaboración de la guía práctica ---julio 2010
-Formación del personal de la Central de Esterilización y del Bloque Quirúrgico---septiembre 2010
-1ª Evaluación ---septiembre 2010
-Implementación---octubre 2010
-2ª Evaluación--- diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Cámara digital 12 megapíxeles 300 €
- Tarjeta de memoria de 8G 30 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 085

ELABORACION DEL CATALOGO DE MATERIAL/INSTRUMENTAL Y GUIA PRACTICA PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DE LOS MISMOS SEGUN LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE

Total 330 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN FOLLETO FORMATIVO SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN TARRERO LOZANO
 · Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA
 · Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 · Servicio/Unidad .. UCI
 · Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ELENA PAMPLONA CALEJERO- DUE UCI HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 GENOVEVA LABARI SANZ- DUE UCI HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 Mª LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ- SUPERVISORA UCI HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 SONIA IRIARTE RAMOS- DUE UCI HOSPIATL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son Unidades de alta cualificación que requieren unas técnicas de trabajo más especializadas, donde son necesarios una serie de conocimientos que no todos los Auxiliares de Enfermería (AE) conocen a su llegada, lo que provoca miedo e incertidumbre en un primer contacto. Es por ello que la creación de un folleto educativo puede paliar esta situación y además garantizar una mejor calidad en el desarrollo del trabajo diario.

-Métodos de detección y priorización empleados:
 Basándonos en el Método Hanlon obtenemos como resultado final el siguiente:
 Oportunidades de mejora:
 1) Elaboración de un folleto formativo sobre las actividades del A.E en UCI.
 2) Aumentar la intimidad de los pacientes ingresados en UCI.
 3) Mejora y transporte de la comida hospitalaria.
 4) Disminuir la estancia en el ámbito hospitalario
 5) Mejorar la satisfacción de los pacientes ingresados en UCI.

Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Total
1) 2	3	2	2	20
2) 1	1	2	1	4
3) 2	0	1	1	0
4) 2	2	1	1	4
5) 3	1	2	2	16

Puntuación de cada criterio entre 0-3.

Fórmula utilizada: Priorización=(M+S)xExF
 Utilizando la priorización por comparación de parejas la elección también fué :
 Elaboración de un folleto formativo sobre las actividades del A.E en UCI.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN FOLLETO FORMATIVO SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Situación de partida:

Desconocimiento de las actuaciones, tareas y actividades del A.E a su llegada a la UCI por falta de experiencia previa o desconocimiento del hospital o material.

-Causas:

Falta de experiencia laboral en Cuidados Intensivos.
Desconocimiento del trabajo a realizar.
Falta de protocolos de actuación

- Fuente de información:

Manual de funcionamiento de la UCI.
Folletos educativos de otros centros hospitalarios .
Trabajo de recogida de información por el equipo que presenta este proyecto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Paliar la sensación de incertidumbre y miedo en un primer contacto con la unidad en personas que llegan a trabajar al servicio sin experiencia previa en UCI y garantizar una mejor calidad en el desarrollo de las actividades diarias del A E. Dicho folleto servira siempre a modo de consulta ante cualquier duda que pueda surgir

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

- 1ª Actividad: Reunión del equipo que presenta este proyecto.
- 2ª Actividad: Elaboración y actualización de protocolos de actuación del A.E en UCI.
- 3ª Actividad: Descripción de tareas realizadas en cada turno de trabajo.
- 4ª Actividad: Elaboración de un listado fotografico del material más utilizado, así como la correcta limpieza y almacenamiento del mismo.
- 5ª Actividad: Descripción de las técnicas más usadas y preparación del material de las mismas.
- 6ª Actividad: Recopilación de todo el material empleado para la elaboración del folleto.
- 7ª Actividad: Elaboración del mismo.
- 8ª Actividad: Entrega del folleto formativo cuando llegue a la unidad un nuevo compañero/a.

Responsables:

Dirección Médica y de Enfermería que dará el visto bueno al folleto anteriormente explicado.
Equipo que presenta este proyecto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 333

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN FOLLETO FORMATIVO SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Aumentar los conocimientos de todos aquellos trabajadores (Auxiliares de Enfermería) que por primera vez trabajan en nuestra Unidad es la meta principal, disminuyendo de este modo la incidencia de errores provocados por un desconocimiento de las actividades realizadas o por una falta de formación previa.

Tomaremos como indicadores:

$$\frac{\text{Nº Total de profesionales informados}}{\text{Nº Total de profesionales}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº Total de profesionales informados de nueva incorporación}}{\text{Nº Total de profesionales de nueva incorporación}} \times 100$$

Evaluación:
Pasar una encuesta a todos los profesionales para evaluar el grado de utilidad del folleto.
Seguimiento:
El folleto será actualizado y revisado periódicamente por el equipo de calidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio y finalización del proyecto:
Periodo comprendido entre 1 Abril 2010 al 31 Marzo 2011.

Calendario:
Primer trimestre= Reunión del equipo de Calidad, elaboracion y actualizacion de protocolos de actuacion del A.E en UCI y descripcion de tareas realizadas en cada turno de trabajo por el A.E en UCI. Elaboracion de un listado fotografico del material más utilizado en la Unidad asi como su correcta limpieza y almacenamiento

Segundo Trimestre= Descripción de las técnicas más usadas y preparación del material para las mismas.
Recopilacion de todo el material empleado para la elaboración del folleto.
Elaboración del folleto formativo y las encuestas para evaluar el grado de utilidad del folleto.

Tercer Trimestre: Implantación
Cuarto Trimestre: Evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MEMORIA USB 8 GB	95 €
· MATERIAL DE OFICINA	260 €
Total	355 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN FOLLETO FORMATIVO SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL N.SRA. DE GRACIA EN TRATAMIENTO CON PALIPERIDONA

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES VAZQUEZ RODRIGUEZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- M^a DE LOS REYES MARIN LACASA-MÉDICO PSIQUIATRA-CENTRO SALUD MENTAL ACTUR SUR
M^a ASUNCIÓN PSACUAL GARCÍA-MÉDICO PSIQUIATRA-CENTRO DE SALUD MENTAL ACTUR SUR
ROBERTO LOZANO-FARMACÉUTICO- HOSPITAL N^{as} DE GRACIA
M^a JESÚS SANTACRUZ- ATS-CENTRO DE SALUD MENTAL ACTUR SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia: actualmente la risperidona es uno de los antipsicóticos atípico de uso más generalizado debido a su buen balanceado perfil de seguridad y eficacia, así como al hecho de ser el único con presentación parenteral de larga duración (cada 14 días). No obstante, no carece de problemas, siendo uno de ellos la producción de hiperprolactinemia con manifestaciones clínicas como amenorrea y galactorrea en mayor o menor grado; siendo dichos efectos adversos dosis dependientes y por tanto modulables. Uno de los aspectos que inciden en su correcta dosificación es su metabolismo, vía CYP 2D6 y la existencia de polimorfismos, siendo los PM (poor metabolizers) los más importantes a nivel de efectos adversos. Es en estos casos donde se valora la posibilidad de introducción de PALIPERIDONA, metabolito activo de RISPERIDONA, de eliminación exclusivamente renal. Por tanto, este proyecto de calidad estaría encaminado al Análisis y evaluación del bloqueo dopaminérgico producido por PALIPERIDONA. Con el estudio exhaustivo de las concentraciones plasmáticas de prolactina y parámetros biológicos relacionados para el posible ajuste posológico y/o cambio de estrategia terapéutica. UTILIDAD: el control farmacocinético, farmacoterapéutico y clínico de los pacientes en tratamiento con PALIPERIDONA supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento. MÉTODOS: se propone basándonos en la elevación de Prolactina producida por PALIPERIDONA, realizar el seguimiento de la misma para, posteriormente realizar un ajuste de posológico en base a ello. SITUACIÓN DE PARTIDA: utilizaremos la metodología aplicada en el Proyecto de calidad del año 2007 con RISPERIDONA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Aumentar la seguridad del paciente en Programas de Mantenimiento con PALIPERIDONA, dadas las características clínicas de dichos pacientes.
* Aumentar la eficacia del tratamiento con PALIPERIDONA en el caso de pacientes intolerantes a RISPERIDONA y/o interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente.
*Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los servicios de Psiquiatría y Farmacia encaminadas al uso racional de Psicofármacos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODICA:
*en la consulta de la Unidad de Salud Mental se realizan las peticiones de control analítico de los pacientes en tratamiento con PALIPERIDONA. Responsable en la Unidad de Salud Mental de Psiquiatría: M^a Dolores Vázquez Rodríguez, M^a Asunción Pascual García, M^a de los Reyes Marin Lacasa.
*La ATS de la Unidad de Salud Mental realiza las peticiones periódicas al laboratorio y farmacia. Responsable: M^a Jesús Santacruz.
*El farmacéutico toma los antecedentes necesarios del paciente y con los datos analíticos realiza el informe farmacoterapéutico con las recomendaciones de posibles cambios de pauta que fueran necesarios. Responsable: Roberto Lozano

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL N.SRA. DE GRACIA EN TRATAMIENTO CON PALIPERIDONA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de pacientes en tratamiento con PALIPERIDONA
- Nº de pacientes con PALIPERIDONA / nº de pacientes informe farmacoterapéutico.
- Nº de pacientes con PALIPERIDONA e Hiperprolactinemia /nº de pacientes PALIPERIDONA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha Inicio:enero 2010
revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.
Noviembre de 2010: revisión de los casos y valoración de cumplimiento del proyecto.
Enero 2011: evaluación y propuesta de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pruebas bioquímicas en laboratorio externo	500 €
· Asistencia a congresos	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 274

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR DESDE ATENCION PRIMARIA A LA CONSULTA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE ERNESTO ARROYO RUBIO
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE MARIA MALLÉN ALBIR-MEDICO-SERVICIO DE COT-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-FEA COT
VICENTE CANALES CORTÉS-JEFE DE SERVICIO
RUTH LUMBRERAS VIRGÓS-FEA-C.O.T.
EVELIO JOSÉ NAVARRO GARCÍA-FEA-C.O.T.
LUIS RODRÍGUEZ CHACÓN-FEA-C.O.T.
ANDRAS FEKETE-FEA-C.O.T

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología del aparato locomotor en el niño es un frecuente motivo de consulta. En la mayoría de los casos se trata de problemas tratables por el Pediatra de Atención Primaria. Las demoras en la derivación a consultas de Atención Especializada junto con la insistencia de los padres hacen que en ocasiones se solicite valoración por el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología de forma inadecuada bien sea por el motivo de la consulta o , a veces , por la etapa del desarrollo en la que aparece esa supuesta alteración de la normalidad y no es tal. Con el fin de suprimir consultas innecesarias y , de ese modo , poder agilizar la valoración de otros niños que si precisan ser tratados por el Cirujano Ortopédico General e incluso ser derivados a una unidad de Ortopedia Infantil queremos poner en marcha un proyecto en nuestro sector que pueda posteriormente aplicarse al resto de Aragón

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la formación de los Pediatras de Atención Primaria en el manejo de las patologías del aparato locomotor del niño.
- Establecer unos criterios de derivación de los niños con patología musculoesquelética a la consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- Elaboración de Guías de Práctica Clínica sobre las patologías del aparato locomotor más frecuentes en la infancia.
- Optimizar la utilización de recursos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Se programará una reunión entre los facultativos participantes en el proyecto de mejora y los facultativos de los distintos Centros de Salud del Sector Zaragoza I con el fin de elaborar un calendario de sesiones clínicas en las que se abordarán las patologías ortopédicas más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria: Dr. Arroyo y Dr. Mallén
- Elaboración de Guías de Práctica Clínica con criterios de derivación a Atención Especializada y Documentos Informativos para padres: Dr. Arroyo y Dr. Mallén

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Encuestas de satisfacción a los Pediatras asistentes a las sesiones clínicas
- Encuestas de satisfacción a los pacientes/padres atendidos en la consulta de Atención Especializada
- Índice de pacientes correctamente derivados a Consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología desde Atención Primaria: Pacientes que cumplen estrictamente los criterios de derivación divididos por patología / Todos los pacientes en edad pediátrica derivados a Consultas divididos por patología x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: Primer semestre de 2010
Finalización del proyecto: Una vez se hayan visitado todos los Centros de Salud del Sector Zaragoza I

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

492

PLAN DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS CENTROS SOCIOANITARIOS

11. OBSERVACIONES. (*) Ordenador portátil para instalación y demostración programa Gestión de Centros Sociosanitarios
(1) Solamente deberá adquirirse uno de los dos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

CONSULTA PRESENCIAL DE ENDOCRINOLOGIA EN CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DRA. CONCEPCIÓN VIDAL -HRV-ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
DRA. PAOLA GRACIA-HRV-ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
DRA. BLANCA GARCIA-HRV-ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
DR. EUGENIO GALVE-CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE-MEDICO DE FAMILIA-RESPONSABLE DE FORMACIÓN
DR. CARLOS ARRUGA-CENTRO DE SALUD ACTUR SUR-MEDICO DE FAMILIA
DR. JOSE IGNACIO CEÑA-CENTRO DE SALUD LA JOTA-MEDICO DE FAMILIA-RESPONSABLE DE FORMACIÓN
DÑA. DOLORES CORRUCHAGA-CME GRANDE COVIAN-ATS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto va dirigido a la mejora de la coordinación entre la Atención Primaria y Especializada. Las enfermedades endocrinometabólicas y nutricionales como la diabetes mellitus tipo 2, obesidad, patología tiroidea y dislipemia son altamente prevalentes en la consulta de Atención Primaria. Son patologías que por su cronicidad requieren de continuidad en su cuidado. En algunos casos precisan de la valoración y revisión por el especialista de segundo nivel viéndose en ocasiones la accesibilidad a la atención especializada dificultada por las listas de espera, sobrecargando las citas del médico de familia. El modelo de un especialista consultor en endocrinología que se desplaza desde el Centro de Especialidades o el Hospital a un Centro de Salud ya ha sido implantado en otras comunidades (Cataluña, Canarias..) demostrando que mejora la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria al existir una comunicación mas directa entre el médico de familia y el especialista de segundo nivel. Esta iniciativa ha sido valorada por Dirección de atención primaria y especializada como una alternativa para aunar conocimientos y mejorar los recursos del sistema ofreciendo al paciente una atención integral y más eficaz

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la atención integral de los pacientes.
- Posibilidad de reducir las derivaciones aumentando la disponibilidad de las consultas especializadas y evitando la saturación de las consultas de 2º nivel asistencial con pacientes cuyos controles podrían ser asumidos por médicos de familia.
- Aumentar el número de casos que se benefician de la valoración por el especialista de segundo nivel.
- Mejorar la formación de los profesionales de Atención Primaria al facilitar el intercambio de conocimientos con los especialistas.
- Elaboración de protocolos conjuntos de derivación y actuación ante problemas de mayor relevancia por su prevalencia o gravedad.
- Mejora de la confianza mutua entre ambos niveles.
- Mejora de recursos sanitarios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para iniciar este proyecto se han elegido tres Centros de Salud urbanos del Sector 1: Actur Sur, Actur Oeste y La Jota. El proyecto se llevará a cabo por la Sección de Endocrinología del Sector 1, integrada por cuatro endocrinólogas. Se realizará una sesión cada dos meses en cada Centro de Salud. En cada sesión se realizará:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

CONSULTA PRESENCIAL DE ENDOCRINOLOGIA EN CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA I

- discusión de casos
- revisión de guías clínicas
- actualización en patología endocrinológica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de profesionales de Atención Primaria que acuden a a cada sesión. Se realizará un acta de cada sesión.
- Número de casos clínicos que son presentados y resueltos.
- Evaluación del grado de satisfacción de 1 médico de Atención Primaria mediante una encuesta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración del proyecto podría ser de un año, Iniciándolo en mayo 2010 a mayo 2011.
Se haría una sesión cada dos meses en cada Centro de Salud de una hora de duración de 14 a 15 h. Pendiente de confirmar el día de la semana.
En este horario los médicos con consulta de mañana habrían podido terminar la consulta y podrían acudir los médicos de familia con consulta por la tarde.
Se deberá adecuar la agenda de las consultas externas de endocrinología para que se pueda desplazar la endocrinóloga en esa hora al Centro de Salud

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 039

1. TÍTULO

DISFAGIA: INFORMAR Y FORMAR EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA A PROFESIONALES PACIENTES Y/O CUIDADORES EN DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES (CONTINUACION DEL 2009)

2. RESPONSABLE MARIA INMACULADA BOLINAGA MORAL
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. DIETETICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA ISABEL ALFONSO CORTÉS-ENFERMERA DE ENLACE-DAP ATENCIÓN PRIMARIA-ZARAGOZA 1
MARIA JESÚS PARDO DIEZ-ENFERMERA DE VALORACIÓN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfagia es un proceso muy frecuente que altera de forma importante la alimentación y puede producir complicaciones que afectan a la salud y calidad de vida del paciente. Los cuidadores de pacientes dependientes demandan información sobre alimentación (necesidad detectada y evaluada en "Captación de Cuidadores Principales para Adiestramiento en Cuidados por Medio de Talleres de Formación", Proyecto de Mejora de la Calidad, 2008). La prevalencia en individuos mayores de 50 años oscila entre el 16 y el 22%. En el ámbito hospitalario es del 12% (Robles Mª J., Trallero R. Disfagia en Recomendaciones Nutricionales en Geriatría; 109-117). En el Hospital Royo Villanova, la dieta de disfagia representa el 9% aproximadamente del total de las dietas que se sirven (Unidad de Dietética). La dieta debe formar parte del tratamiento integral del paciente en la disfagia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ACTIVIDADES
Talleres impartidos en HRV:
7 para diferentes profesionales sanitarios, 54 asistentes, valoración media: 8.82
1 para cuidadores/Residencias, diferentes profesionales 25, valoración media: 8.75
1 para profesionales de AP, diferentes profesionales 13, valoración media: 9.48
Taller impartido en CAMP (centro de atención a minusválidos psíquicos):
1 para diferentes profesionales y cuidadores, 2asistentes, valoración media: 7.11

RESULTADOS
Valoración media de los talleres con encuesta de satisfacción es de 8.54
Nº de profesionales de Atención especializada que realizan los talleres: DUE 18.34%, Auxiliares de enfermería 16.72%
Nº de profesionales de Atención primaria que realizan los talleres: DUE 7.62%, Auxiliares de enfermería 0%

RECURSOS UTILIZADOS
Poster para AP y AE
Dípticos informativos
Exposiciones Power Point
Talleres prácticos con espesantes

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 039

1. TÍTULO

DISFAGIA: INFORMAR Y FORMAR EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA A PROFESIONALES PACIENTES Y/O CUIDADORES EN DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES (CONTINUACION DEL 2009)

- Mantener una continuidad en la atención y formación al cuidador principal entre niveles asistenciales.
- Unificar los procedimientos de trabajo de los profesionales de ambos niveles asistenciales (AP y AE).
- Mejorar los conocimientos en materia de alimentación a pacientes y/o cuidadores para ser más autónomos en la toma de decisiones.
- Favorecer el seguimiento de la dieta y los consejos, por parte del paciente y/o cuidadores.
- Prevenir posibles complicaciones: atragantamientos, bronco aspiraciones, infecciones, desnutrición, deshidratación...
- Evitar en la medida de lo posible los reingresos hospitalarios por las causas anteriores.
- Mantener y/o mejorar el estado nutricional y la calidad de vida del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Población diana (en ambos niveles asistenciales) Hospitalización: (AE) - Profesionales sanitarios de las unidades asistenciales donde habitualmente se presentan casos de disfagia. - Profesionales sanitarios de otras unidades asistenciales. Atención Primaria (:AP)- Profesionales sanitarios.- Pacientes y/o familiares derivados por enfermería o personal sanitario del c.salud. Metodología Teórico-práctico Interactivo, participativo, demostrativo Trabajo en grupos Formación en talleres- Elaboración y realización de talleres (teórico - prácticos) sobre la disfagia a personal sanitario en ambos niveles asistenciales (AP y AE)- Elaboración y realización de talleres (teórico -prácticos) sobre la disfagia a pacientes, familiares y/o cuidadores en Atención Primaria. N° de sesiones 1 sesión de 90 minutos por taller 30 min. teoría presentación del tema con apoyo audiovisual (power point) 10 min. preguntas y dudas 10 min. presentación y distribución de materiales 30 min. casos prácticos, manejo de material 10 min. puesta en común, conclusiones Encuesta de valoración del taller N° de participantes por sesión 12-15 personas

- Información a pacientes y/o familiares captados por enfermería o los identificados a través del programa de gestión de dietas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Grado de satisfacción de los participantes en los talleres, valorado mediante encuesta (ficha de alumno y encuesta).
-N° de profesionales de Atención especializada que realizan los talleres.
-N° de profesionales de Atención Primaria que realizan los talleres

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CRONOGRAMA
Talleres AP: abril-septiembre 2010
Talleres AE: abril-septiembre 2010
Educación disfagia al paciente ingresado: todo el año

**el cronograma es susceptible de cambiar en función de la disponibilidad de los centros

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Abono desplazamientos	200 €
· impresión de dipticos	300 €
· utiles para taleres practicos	100 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. Los utiles para talleres practicos son desechables (vasos...)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

207

MEJORA DE INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DURANTE SU ESTANCIA EN LA SALA DE DESPERTAR, ASI COMO, DE LA INFORMACION AL PROPIO PACIENTE Y MAYOR CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN BONO ARIÑO
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^aCARMEN BONO ARIÑO-JEFE DE SECCIÓN DE LA UNIDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ELENA FACORRO GASPAS-FEA ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
INMACULADA MANZANARES MARÍN-FEA ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
MARÍA SANZ GANDASEGUI-FEA ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ROSARIO MARTINEZ BAZAN-FEA ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ANGEL FACI BOUTHELIER-FEA ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
M^a PILAR ACÍN LÁZARO-FEA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la información a los familiares de los pacientes en el postoperatorio inmediato, durante su estancia en la Sala de Despertar, si permanecen en ella un período de tiempo superior a 3 horas.

PRIMER ÁREA DE MEJORA

OBJETIVOS:

Los Objetivos serán los siguientes:

- Mejorar la información a los familiares del postoperatorio del paciente.
- Disminución de los riesgos asistenciales ó aumentar la seguridad del paciente.
- Garantizar el derecho a la información.
- Proporcionar una atención más eficiente.
- Indicador: > 82 %.

SEGUNDA ÁREA DE MEJORA:

Información al paciente durante su estancia postoperatoria inmediata en la Sala de Despertar.

OBJETIVOS:

Los Objetivos serán los siguientes:

- Informar al paciente de su situación postoperatoria durante su estancia en la Sala de Despertar.

TERCERA ÁREA DE MEJORA:

Mejorar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

OBJETIVOS:

Los objetivos serán los siguientes:

- Mejorar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio en pacientes de cirugía mayor, tanto en cirugía abierta como laparoscópica.
- Mejorar la práctica asistencial y disminuir la variabilidad.
- Disminuir los riesgos asistenciales.
- Proporcionar una atención más eficiente.
- Procurar un adecuado tratamiento del dolor.
- Indicador: > 85 %

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 207

MEJORA DE INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DURANTE SU ESTANCIA EN LA SALA DE DESPERTAR, ASI COMO, DE LA INFORMACION AL PROPIO PACIENTE Y MAYOR CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las áreas de mejora valoradas han sido:

1.- Mejorar la información a los familiares de los pacientes, en el postoperatorio inmediato, durante su estancia en la sala de despertar, si permanecen en ella un período de tiempo superior a 3 horas.

RESULTADOS

PRIMERA ÁREA DE MEJORA

De los 90 casos valorados, en 48 procedía aplicar el área de mejora de información a los familiares de los pacientes en el postoperatorio inmediato. En 9 casos de los 48 no se aplicó dicha área de mejora, lo que supone un 18,7% aproximadamente. En concreto, éste área de mejora se aplicó en un 81,3%; esto indica que el objetivo de dicha área, no se ha cumplido totalmente, pero ha estado muy próximo a ello, ya que, el indicador propuesto fue > 82%.

SEGUNDA ÁREA DE MEJORA

Respecto a la mejora de información al paciente durante su estancia postoperatoria inmediata en la sala de despertar, ha sido llevada a cabo por el facultativo responsable en ese momento de dicha sala, en el 100% de los casos. Aunque no hay registro escrito de dicho control, se ha constatado en las sesiones clínicas semanales que realiza la Unidad de Anestesiología y Reanimación de este Hospital.

TERCERA ÁREA DE MEJORA

De los 90 casos valorados, en 60 procedía aplicar el área de mejora de tratamiento de dolor agudo postoperatorio con bombas de perfusión continua. En 9 casos no se realizó, lo que supone un 16%. Ésta área de mejora se aplicó en un 85%, lo que indica que el objetivo de dicha área, se ha cumplido, ya que, el indicador propuesto fue > 85%

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Valorados los resultados obtenidos, la Unidad de Anestesiología y Reanimación propone para el año 2010, mejorar en un 2% la información a los familiares de los pacientes en el postoperatorio inmediato, durante su estancia en la sala de despertar, si permanecen en ella un período de tiempo superior a 3 horas: Indicador > 83 %.

Valorados los resultados obtenidos, la Unidad de Anestesiología y Reanimación propone para el año 2010, mejorar en un 2% el tratamiento del dolor agudo postoperatorio con bombas de perfusión continua, Indicador: > 86 %

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La responsable de la evaluación de las áreas de mejora es M^a Carmen Bono Ariño.

MATERIAL Y METODO:

1.- Primer área de mejora

El material y método utilizado estará basado en:

- Localización de los familiares para informarles: teléfono, sala de espera de quirófano, etc.
- Registro en la Historia Clínica de la hora de información y facultativo que la proporciona haciéndolo constar en el apartado de observaciones existente en la hoja de registro de despertar-reanimación.

2.- Segunda área de mejora:

Informar al paciente de su situación postoperatoria durante su estancia en la Sala de Despertar.

3.- Tercera área de mejora:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 207

1. TÍTULO

MEJORA DE INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DURANTE SU ESTANCIA EN LA SALA DE DESPERTAR, ASI COMO, DE LA INFORMACION AL PROPIO PACIENTE Y MAYOR CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

El material y método utilizado estará basado en:

- Analgesia postoperatoria mediante bombas de perfusión continua.
- Su indicación constará en la hoja de tratamiento de la historia clínica y en la hoja de registro de despertar-reanimación.
- En aquellos pacientes de dichas características que no se realice este tipo de tratamiento, se hará constar en el libro de registro de la Sala de Despertar

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Registro en la Historia Clínica de la hora de la información y facultativo que la proporciona.
2.- Registro en la hoja de registro de la sala de despertar de la hora de la información y facultativo que la proporciona.
3.- Registro en la Historia Clínica y en la hoja de la Sala de Despertar de la colocación de las bombas de perfusión continua para el tratamiento de la analgesia postoperatoria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de la actividad: 1 de febrero de 2010i
Finalización del proyecto: Continuo hasta fin de año

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

352

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: ADECUACION DE LA GRAFICA A LOS CUIDADOS ACTUALES. ELABORACION DE UNA GUIA PARA CUMPLIMENTAR LA GRAFICA

2. RESPONSABLE MARIA JESUS BORDONADA HERRERO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIMAR RELLO ECHAZARRETA-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
DAVID ANADON GOMEZ-ENFERMERO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ANA LUISA BURRIEL MESEGUER-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cuidados de enfermería en cuidados intensivos están en continua evolución debido a la innovación tecnológica y científica. El exhaustivo control que precisa el paciente crítico requiere un adecuado registro por parte del personal de enfermería.

La grafica enfermería de la UCI tiene el objetivo de registrar las constantes vitales, balance hídrico, control de vías, drenajes, sondas, pruebas analíticas y complementarias, así como el control hemodinámico, respiratorio y neurológico del paciente crítico. Así mismo, se registran los cuidados de enfermería administrados y el control evolutivo del paciente. Un adecuado registro, unificando criterios y evitando omisiones en cuanto al registro de cuidados, técnicas y controles realizados al paciente, es una base sólida para promover el exhaustivo control que este tipo de paciente precisa. A la vez sirve de herramienta de comunicación entre los diferentes profesionales al cargo del paciente (intensivistas, enfermeros/as, auxiliares de enfermería...)

Los nuevos cuidados de enfermería que se vienen realizando en esta UCI durante los últimos años en relación con nuevas técnicas empleadas (hemofiltración, hipotermia post-parada cardiorrespiratoria reanimada, protocolo de ictus, cuidado del donante de órganos...) crean la necesidad de modificar la actual gráfica de enfermería para poder registrar determinados controles al paciente de forma sistemática, creando apartados específicos para ello, por ejemplo en cuanto al control neurológico del paciente.

Así mismo, se ha observado cierta carencia en cuanto al registro de cuidados en la gráfica en relación con los administrados por protocolo. Existe la sensación de que se administran muchos más cuidados de los que se registran. Se convierte en una necesidad facilitar el registro de una serie de cuidados que se realizan por protocolo a nuestros pacientes: cuidados de ojos, boca, piel, catéteres...etc. y que no siempre se registran adecuadamente.

La cumplimentación adecuada de la gráfica de enfermería requiere conocerla, conocer los códigos empleados por el personal, abreviaturas, formas de registro... etc. Se pretende elaborar una guía que sirva de soporte escrito para facilitar la adecuada cumplimentación para el personal de la UCI, y muy especialmente al de nueva incorporación a la unidad.

Así, es una necesidad adecuar la grafica a los nuevos controles y cuidados enfermeros, incrementar los cuidados registrados en relación con los administrados y facilitar el adecuado registro al personal de enfermería

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la calidad de los registros de los cuidados enfermeros.

- Adecuar de la gráfica de enfermería a los nuevos controles y cuidados realizados en relación con las nuevas técnicas empleadas.
- Aumentar la cantidad de los cuidados registrados en relación con los administrados.
- Aumentar la especificidad de la grafica de enfermería en relación con los controles y cuidados enfermeros.
- Facilitar la cumplimentación de la gráfica de enfermería al personal de la unidad y especialmente al de nueva incorporación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Modificación de la grafica de enfermería, adaptándola a las nuevas necesidades de registro creadas en la unidad: se ha creado un grupo para trabajar en la modificación de la gráfica. Se pretende hacer una consulta de opinión al personal de enfermería de la UCI sobre qué apartados modificarían de la gráfica, cuales dejarían igual y cuales añadirían. A partir de estos datos recogidos y la consulta de diversos métodos de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 352

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: ADECUACION DE LA GRAFICA A LOS CUIDADOS ACTUALES. ELABORACION DE UNA GUIA PARA CUMPLIMENTAR LA GRAFICA

registro de otros servicios similares a éste, elaborar una gráfica consensuada que amplíe la posibilidad de registrar controles realizados al paciente, así como integrar el plan de cuidados al paciente (problemas, objetivos y actividades).
Elaboración de una breve guía de cómo cumplimentar la grafica y como registrar la valoración y cuidados del paciente: se elaborará una guía de cumplimentación de la grafica que describa la grafica por apartados y explique cómo rellenar éstos adecuadamente (códigos de colores, signos, abreviaturas...)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de cuidados registrados en la gráfica /paciente/día (previo a la modificación)
- Número de controles registrados en la gráfica/paciente/día (previo a la modificación)
- Número de cuidados registrados en la grafica /paciente/día (posterior a la modificación)
- Número de controles registrados en la gráfica/paciente/día (posterior a la modificación)
Para obtener estos datos, se realizará una revisión de las graficas de enfermería de pacientes ingresados previa a la modificación de la gráfica y otra revisión posterior a su modificación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2010: consulta de opinión al personal de enfermería de la UCI
Abril-Septiembre 2010: trabajo en la modificación de la grafica, valoración de la actual de sus puntos fuertes y débiles, y comparación con otros registros.
Elaboración de la nueva gráfica.
Septiembre- Octubre 2010: elaboración de la guía para la cumplimentación adecuada de la gráfica.
Octubre-Diciembre 2010: implantación de la nueva gráfica en el servicio, así como de la guía.
Enero 2011: evaluación de los resultados y memoria

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Maquetación gráfica nueva	100 €
· Reprografía/fotocopias	50 €
Total	150 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

DETECCION DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES >65 AÑOS INGRESADAS EN EL HOSPITAL ROYO V. POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

2. RESPONSABLE VICENTE CANALES CORTES
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a PILAR MESA LAMPRE-MÉDICO-HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA-GERIATRÍA
LUIS GÓRRIZ BARBERO-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
BLANCA ONÉSIMA GARCÍA SALAVERRI-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
JOSÉ MARÍA MALLÉN ALBIR-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ISABEL ROMERO FERNÁNDEZ-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-RADIOLOGÍA
BEATRIZ CANO SÁNCHEZ-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-RADIOLOGÍA
ALBERTO PLACERES ESPINO-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-RADIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:
La osteoporosis es una de las enfermedades más prevalentes en los países industrializados, siendo actualmente la enfermedad ósea metabólica más frecuente, la segunda causa de morbilidad músculo-esquelética y el segundo problema más importante en el campo de la salud, después de las enfermedades cardiovasculares. El coste originado por el tratamiento de la complicación más frecuente de esta enfermedad, la fractura osteoporótica, es difícil de calcular pero, sin duda, alcanza valores elevadísimos en el presupuesto sanitario de cada país; por ejemplo, en Estados Unidos supuso un total de 13,8 billones de dólares en 1995. Por otra parte, las complicaciones y secuelas de la fractura osteoporótica más frecuente, la de fémur proximal, son devastadoras: entre 5% y 11% de mortalidad intrahospitalaria, entre 14% y 30% de mortalidad al año de la fractura, más del 65% de pacientes que no son capaces de recuperar su estado funcional previo a la fractura, más del 45% que quedan inválidos o requieren alguna ayuda para las actividades de la vida diaria, etc... La incidencia anual de las fracturas de fémur proximal en España se ha estimado entre 130 y 200 casos por cada 100.000 habitantes y año; estimación que, sin duda, se ha revelado insuficiente tras la publicación del estudio AFOE, en el que se calcularon 61.173 ± 3.878 fracturas en todo el país a lo largo del año 2.002. Un estudio realizado en España en el año 1.995 estimó el coste del tratamiento de cada una de estas fracturas en 1.170.000 pesetas (7.022,80 euros), lo que extrapolado al total de casos en el país elevaría la cifra total a más de 35.000 millones de pesetas (210.084.033 euros). Si además consideramos las otras dos fracturas de origen osteoporótico más frecuentes (excluyendo las vertebrales, sin duda las más frecuentes pero las más difíciles de detectar), vemos que las cifras de incidencia anual por cada 1.000 habitantes mayores de 60 años son alarmantes (estudio AFOE-2.003): húmero proximal 4,32 casos, radio distal 6,6 casos. Esta alarmante progresión de la prevalencia de las fracturas osteoporóticas en España se debe, en buena parte, al elevado índice de envejecimiento de la población general del país, que se cifró en un 16,6% de > 65 años en censo de 2006; en la Comunidad Autónoma de Aragón las perspectivas son mucho más preocupantes, pues alcanzó un valor del 20,5% en el padrón municipal de 2005. A todo lo anteriormente expuesto debemos añadir que la osteoporosis es una enfermedad frecuentemente asintomática o, cuando más, productora de una sintomatología fácil y usualmente achacable al envejecimiento, motivo por el que muchas veces no se diagnostica hasta que aparece alguna de sus complicaciones más graves. Sin embargo y a pesar de que hay evidencia científica suficiente de que la producción de alguna de estas fracturas osteoporóticas multiplica hasta por 5 veces el riesgo de sufrir otra de la misma índole en el futuro inmediato, el número de tratamientos farmacológicos preventivos que se instauran en el momento del alta es sorprendentemente bajo; así y según el estudio AFOE, en la estimación para el año 2.003, el 73,7% de los pacientes tratados por fractura de fémur proximal fueron dados de alta hospitalaria sin tratamiento farmacológico preventivo alguno.

Por otra parte, actualmente existe evidencia científica suficiente de los beneficios obtenidos en la reducción del riesgo de nuevas fracturas osteoporóticas con diferentes tratamientos farmacológicos preventivos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

DETECCION DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES >65 AÑOS INGRESADAS EN EL HOSPITAL ROYO V. POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

A la vista de todo lo anterior, es evidente que el diagnóstico precoz de osteopenia / osteoporosis y la detección de pacientes en situación de riesgo de fractura osteoporótica, mediante la utilización de una herramienta sencilla y de fácil manejo, sería de gran utilidad para instaurar tratamientos farmacológicos preventivos en los casos en que estuviese indicado. Aunque el objetivo ideal del proyecto sería el control de toda la población en situación de riesgo potencial (lo que no se descarta para futuras etapas del mismo), la precariedad de medios humanos y materiales en el Sector Zaragoza 1 y el elevado número de individuos a analizar nos obliga a limitar el objetivo inicial a aquellos pacientes que ingresen en los hospitales Royo Villanova y N^a S^a de Gracia por causa de tratamiento ortopédico y/o traumatológico.

FUENTES DE INFORMACION:

- FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR. Monografías SECOT 3, Dirigido por el Prof. Luis Ferrández Portal. Editorial Masson S.A. Barcelona 2.000.
- Cranney A, Guyatt G, Griffith L, Wells G, Tugwell P, Rosen C, The Osteoporosis Methodology Group, and the Osteoporosis Research Advisory Group: IX: Summary of Meta-Analyses of Therapies for Postmenopausal Osteoporosis. Endocrine Reviews, August 2002, 23(4): 570-578.
- Estudio AFOE (Acta de Fracturas Osteoporóticas en España), del Grupo de Estudio e Investigación en Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.003.
- Guía de Práctica Clínica: OSTEOPOROSIS, del Grupo de Estudio e Investigación en Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.004.
- Guía de buena práctica clínica en Geriátrica: Osteoporosis, de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Coordinada por las Dras. M^a P. Mesa y N. Guañabens. Editada por Scientific Communication Management. Madrid, 2.004.
- FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS. Editado por los Profesores L. Ferrández Portal y A. Herrera Rodríguez. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.006.
- GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN OSTEOPOROSIS, patrocinada por la O.M.C. Editorial: International Marketing & Communication S.A. Madrid, 2.008.
- Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. Revista Clínica Española, Vol. 208. Extraordinario 1. Mayo 2008

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS DEL GRUPO DE MEJORA "DETECCIÓN DE FRACTURAS VERTEBRALES DE ORIGEN OSTEOPORÓTICO EN PACIENTES PROGRAMADAS PARA PRÓTESIS DE CADERA O RODILLA" A 18 DE FEBRERO DE 2.010

?	Nº de pacientes exploradas:	21 (1 pendiente de interpretar)
?	Nº de pacientes desestimadas:	2 (imágenes de muy mala calidad)
?	Nº de morfometrías no patológicas:	1 (7,14%)
?	Nº de morfometrías patológicas:	17 (91,44%)
?	Nº de pacientes con morfometría patológica conocedoras de su patología vertebral:	1 (5,88%), pero es dudoso.
?	Nº de pacientes con morfometría	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

DETECCION DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES >65 AÑOS INGRESADAS EN EL HOSPITAL ROYO V. POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

patológica y alguna fractura previa por fragilidad: 2 (11,76%): 1 radio distal y 1 vértebras

? N° de pacientes con morfometría patológica en tratamiento farmacológico de la osteoporosis en el momento actual: 5 (29,41%)

? N° de pacientes con morfometría patológica sin tratamiento farmacológico de la osteoporosis en el momento actual: 12 (70,58%)

? TIPO Y GRADO DE LAS DEFORMIDADES:

DEFORMIDAD	ACUÑAMIENTO	BICÓNCAVA	APLASTAMIENTO
20% - 30%	19	9	10
31% - 40%	7	3	3
> 40%	0	0	0

? Vértebras afectadas y tipo de afectación:

	ACUÑAMIENTO	BICÓNCAVA	APLASTAMIENTO
T7	5	2	2
T8	9	3	3
T9	5	3	1
T10	1	1	1
T11	2	3	0
T12	4	2	3
L1	0	0	1
L2	0	0	0
L3	1	0	3
L4	1	0	0

? En todas las pacientes con morfometría patológica que no seguían tratamiento farmacológico de la osteoporosis en el momento actual, se ha instaurado "di novo" o se ha reanudado. Dado el escaso tiempo transcurrido desde el inicio del estudio y la lentitud de los fármacos específicos de la osteoporosis en iniciar su acción, no se ha podido evaluar resultados todavía

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocer la prevalencia real de fracturas osteoporóticas previas en pacientes ingresadas para tratamiento de una fractura osteoporótica reciente.

-Conocer la prevalencia real de fracturas osteoporóticas previas en pacientes mayores de 65 años ingresadas para tratamiento de una artropatía degenerativa (fundamentalmente cadera y rodilla).

-Conocer el número real de pacientes con fracturas osteoporóticas previas que seguían un tratamiento preventivo suficiente de la osteoporosis.

-Conocer el número real de pacientes sin fractura previa, pero con diagnóstico efectivo de osteopenia u osteoporosis, ingresados para tratamiento de una

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

DETECCION DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES >65 AÑOS INGRESADAS EN EL HOSPITAL ROYO V. POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

fractura o una artropatía degenerativa, que seguían un tratamiento preventivo suficiente de fracturas osteoporóticas.

-Instaurar y monitorizar tratamientos farmacológicos preventivos de nuevas fracturas en todas aquellas pacientes en que se confirme el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reclutamiento de pacientes: detección de fracturas osteoporóticas previas conocidas, control de tratamientos preventivos previos e historia clínica. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.

-Estudio radiológico morfométrico para detectar fracturas no conocidas : proyección lateral de columna dorsolumbar y estudio morfométrico con el software Morpho-Express®. Se intentará hacer, además, un estudio densitométrico correlativo Encargados: I. Romero, B. Cano, A. Placeres.

-Pauta de tratamiento preventivo de la osteoporosis en los pacientes que lo precisen. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.

-Seguimiento y monitorización de los pacientes tratados, al menos durante 1 año (1ª etapa del estudio). Detección de nuevas fracturas. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.

-Cálculo de la reducción de riesgo relativo de fractura con respecto a la población general del mismo grupo de edad. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.

-Coordinación del estudio. Encargados: V. Canales, P. Mesa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En la evaluación del proyecto se contempla la detección de: el número de fracturas osteoporóticas previas no conocidas, el número de pacientes osteoporóticos con tratamiento insuficiente, el número de pacientes a los que se instaura un tratamiento nuevo, el número de pacientes que cumple adecuadamente el tratamiento y el número de fracturas osteoporóticas nuevas.

INDICADORES:

-Porcentaje de pacientes osteoporóticos al que se instaura un tratamiento preventivo nuevo al alta hospitalaria.

-Porcentaje de pacientes que cumplen adecuadamente el tratamiento al año del alta hospitalaria.

-Porcentaje de pacientes que presentan una nueva fractura osteoporótica después del alta hospitalaria, pese al tratamiento preventivo.

-Índice de mortalidad al año del alta hospitalaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La primera etapa del proyecto está diseñada para una duración de dos años, a lo largo de los cuales se desarrollarán las siguientes actividades:

-Primer año (CASI TRANSCURRIDO PERO CON ENORME DEMORA EN EL INICIO; VER CARTA DE JUSTIFICACIÓN DE DEMORA):

- +Reclutamiento de pacientes
- +Exploración radiográfica y morfometría
- +Instauración de tratamiento
- +Seguimiento de los pacientes y monitorización del tratamiento

-Segundo año:

- +Seguimiento de los pacientes y monitorización del tratamiento
- +Exploración radiográfica y morfometría
- +Evaluación de resultados y control de indicadores

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 145

DETECCION DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES >65 AÑOS INGRESADAS EN EL HOSPITAL ROYO V. POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

JUSTIFICACIÓN DE DEMORA

Aunque la comunicación de la aprobación del Proyecto de Mejora propuesto fue recibida en mayo de 2.009, diversos problemas en la recepción de la aplicación informática necesaria para la realización de la morfometría vertebral y, sobre todo, en su instalación en la red interna de los dos hospitales implicados (Royo Villanova y Real de N^a S^a de Gracia) nos obligó a demorar el comienzo de las imprescindibles exploraciones a pacientes hasta mediados de noviembre del mismo año.

Por otra parte, el retraso en la comunicación de la concesión de la ayuda económica presupuestada, junto a la dificultad de encontrar un escáner de radiografías y, una vez más, los problemas para instalarlo en la red informática del hospital (de hecho, todavía no se ha podido instalar) ha impedido comenzar la exploración de los pacientes que constituyen el segundo grupo de estudio del problema (fracturas de fémur proximal), que se espera comenzar en breve.

A día de hoy se han realizado exploraciones morfométricas en 20 pacientes programadas para cirugía sustitutiva de cadera o rodilla, habiendo en este momento otras 4 en espera de conseguir una bipedestación estable que permita realizar el estudio radiográfico en bipedestación.

Los hallazgos en estas pacientes, que se comunican en documento adjunto (91,44% de morfometrías patológicas), superan en mucho las expectativas planteadas en la hipótesis de trabajo y justifican la AMPLIACIÓN EN EL TIEMPO del Proyecto de Mejora, que SOLICITO, por medio de este documento, en un plazo mínimo de 2 años más sobre los 2 inicialmente previstos. Sólo de esta forma se podrá reclutar un número suficiente de pacientes para dar fiabilidad al estudio y, además, comprobar la eficacia de los tratamientos instaurados a un plazo de tiempo suficiente. De concederse la solicitada ampliación, no se precisaría dotación económica alguna sobre la ya recibida.

Atentamente,
Zaragoza a 18 de febrero de 2.010

FIRMADO

V. Canales Cortés
Responsable del Proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ESCÁNER DE RADIOGRAFÍAS	800 €
· ORDENADOR PERSONAL	400 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. TANTO EL ORDENADOR COMO EL ESCÁNER DE RADIOGRAFÍAS (AMBOS SIN INSTALAR TODAVÍA POR EL SERVICIO DE INFORMÁTICA DEL SECTOR) SE COMPRARON CON EL PRESUPUESTO DE INICIO DEL AÑO ANTERIOR; LOS PRECIOS QUE HE INDICADO ARRIBA SON MERAMENTE ORIENTATIVOS Y SE ATIENEN, APROXIMADAMENTE, A LOS QUE ME TRASLADARON DEL SERVICIO DE SUMINISTROS. NO PRECISAMOS MAS DOTACIÓN ECONÓMICA PARA CONTINUAR EL PROYECTO EN EL MOMENTO ACTUAL

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 508

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL USO DE LA TERAPIA VAC EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ANA ISABEL DE LA CERDA VELAZ
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAURA NASARRE NAVARRO-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
M^a PAZ SIMÓN PARACUELLOS-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada vez es mayor la indicación médica de la terapia VAC (Vacuum Assisted Closure) para el tratamiento de las heridas complejas debido a sus buenos resultados.
La bibliografía consultada coincide en señalar que la aplicación tópica de presión negativa a las heridas, acelera el ritmo de formación de nuevo tejido. Además la terapia VAC proporciona un entorno cerrado y húmedo para la curación de la herida, que además de contribuir a estimular el crecimiento de tejido de granulación, disminuye la contaminación bacteriana del exterior.
A su vez reduce la muerte celular causada por deshidratación.
limina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida
Ayuda a eliminar el fluido intersticial; ésto influye positivamente en la reducción del edema, lo que ayuda a mejorar el flujo sanguíneo de la herida.
Nuestra responsabilidad como profesionales es asegurarnos de que tenemos los conocimientos y la experiencia práctica necesarios para que los pacientes obtengan el máximo beneficio de esta técnica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Contribuir de una forma lo mas eficaz posible a la cicatrización de heridas complejas, acelerando su proceso, evitando infecciones y reduciendo el tiempo de las estancias hospitalarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un protocolo de cuidados enfermeros para este tipo de terapia.
Desarrollar conocimientos y habilidades en el manejo del VAC en el conjunto del equipo de enfermería.
Realizar un estudio descriptivo de todos los casos tratados en el servicio, con fotografías de la evolución en cada cura realizada, que sirva para un posterior estudio y análisis

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes en los que se ha conseguido una cicatrización completa / Número de pacientes tratados con terapia VAC.
Número de pacientes en los que se ha conseguido preparar o mejorar el lecho de la lesión para una posterior reparación quirúrgica (injerto, colgajo...) / Número de pacientes tratados con terapia VAC

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2010: Elaboración de un protocolo de cuidados enfermeros para este tipo de terapia.
Realizar un estudio descriptivo de todos los casos tratados en el servicio, con fotografías de la evolución en cada cura realizada (ya se venía haciendo).
Programación de sesiones para poner en común la evolución de los diferentes casos tratados.
Realización de memoria con los resultados y conclusiones del proyecto a final de año

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Cámara fotográfica digital 300 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 508

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL USO DE LA TERAPIA VAC EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Total 300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 390

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE. II

2. RESPONSABLE MARIA PALOMA DORADO REGIL
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSÉ RUIZ PUDRÍA-LABORATORIO BIOQUIMICA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ELENA GONZALVO GONZÁLEZ-SERVICIO CIRUGÍA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ANA EZPELETA GALINDO-SERVICIO MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
CARMEN ASPIROZ SANCHO-SERVICIO MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
JOSÉ M^a FERRERAS AMEZ-SERVICIO URGENCIAS-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
ROSA MARTINEZ ALVAREZ-SERVICIO MEDICINA INTERNA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
EULALIA MUNILLA LÓPEZ-SERVICIO MEDICINA INTERNA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La sepsis es una de las enfermedades más prevalentes y una de las principales causas de muerte entre pacientes hospitalizados. Su mortalidad es muy elevada, y superior al conjunto de los tumores de mama, colon, recto y próstata, ictus ó infarto agudo de miocardio. Incluso, en este caso, no sólo es superior la mortalidad de la sepsis sino el coste económico que se estima en más de 10.000 € por episodio de sepsis (Íñigo J et al. Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid. Estudio de altas hospitalarias. Med Intensiva. 2006;30:197-203), lo que implica una enorme trascendencia desde el punto de vista de la salud pública.

Todo ello determinó la puesta en marcha en 2002, de la "Campaña Sobrevivir a la Sepsis" (CSS) a nivel internacional, auspiciada por la European Society of Intensive Care Medicine, el Internacional Sepsis Forum y la Society of Critical Care Medicine, y cuyo objetivo principal era disminuir en un 25% la mortalidad de la sepsis grave en los siguientes 5 años. (Surviving Sepsis Campaign. <http://www.survivingsepsis.org>). Se desarrolló para ello una guía con pautas de actuación clínica sobre sepsis grave y shock séptico, basadas en la evidencia, y a la que progresivamente se han ido sumando más sociedades científicas internacionales.

La participación de nuestro país en dicha campaña ha sido muy activa, hecho que ya ha sido comentado en nuestros dos anteriores proyectos. Liderado por R. Ferrer del Hospital Parc Taulí de Sabadell han creado un grupo de estudio "Edusepsis", que en su primera publicación (Ferrer R, Artigas A, Levy MM, et Al. Edusepsis Study Group. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. JAMA. 2008;299(19):2294-303) han mostrado la importante repercusión que tienen los programas formativos que se dirigen a difundir las guías terapéuticas a médicos y enfermeras que atienden a los pacientes con sepsis, evidenciando, que tras la aplicación de estos programas la mortalidad hospitalaria por sepsis se reducía un 10%. En la última publicación de este grupo en diciembre pasado (Efectiveness of treatments for severe sepsis: a prospective, multicenter, observational study. Ferrer R, et al. Edusepsis Study Group. Am J Respir Crit Care Med 2009;180:861-866), también con pacientes con sepsis grave y shock séptico ingresados en 77 UCI españolas y que habían participaron en el estudio Edusepsis, analizan cuatro objetivos terapéuticos, concluyendo que la antibioterapia precoz de amplio espectro, es el factor, junto con la administración de drotrecogin alfa activada, que más reduce la mortalidad.

La Campaña Internacional como tal ha concluido oficialmente, pero los distintos grupos de trabajo que se han ido creando prosiguen sus estudios, y junto al español descrito, en enero de 2010 el grupo de trabajo nternacional Surviving Sepsis Campaign ha publicado sus resultados, sobre 15.022 pacientes de 165 UCI (sobre todo norteamericanas, pero también inglesas, brasileñas, y donde también participa la UCI del Hospital Parc Taulí de Sabadell, responsable del Edusepsis), mostrando que tras la implantación de las guías de tratamiento de la sepsis grave y shock séptico en estos centros, la mortalidad no ajustada pasaba el 37% al 30.8% y la ajustada caía un 0.8% en el primer semestre y un 5.4% a los dos años (The Surviving Sepsis Campaign: Results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. Crit Care Med 2010; 38:367-374).

En nuestro hospital, se creó un grupo multidisciplinar hace cuatro años para desarrollar la Campaña Sobrevivir a la Sepsis en el mismo, iniciando dicha Campaña en 2008. Los resultados obtenidos (ver abajo), identifican áreas de mejora que no hacen más que impulsarnos a proseguir este trabajo en un intento de mejorar el pronóstico de nuestros pacientes con sepsis, sepsis grave y shock séptico

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 390

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE. II

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Resultados de los indicadores seleccionados a fecha de 31 de diciembre de 2009:

1. N° de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas /n° casos diagnosticados: 60 pacientes de un total de 92 pacientes recogidos = 65.21%. En 2008 53.33%
2. Porcentaje de casos diagnosticados con confirmación microbiológica= 50 pacientes con cultivos positivos de 92 pacientes recogidos = 54.34%. En 2008 61.66%.
3. Diagnósticos de Sepsis, Sepsis Grave y Shock Séptico al alta hospitalaria (enero-septiembre 2009): 168 pacientes. En 2008 22 pacientes (julio a octubre).
4. Shock resucitado antes de la 6 horas: 49 pacientes de un total de 92 pacientes recogidos: 58.69%.

Análisis de resultados obtenidos (logros):

1. Se ha conseguido con los dos proyectos anteriores aumentar la sensibilización del personal sanitario, con un mayor conocimiento acerca de la importancia y gravedad del proceso y un aumento en su sospecha; aunque esta percepción no se ha podido medir, sí parece reflejada en el aumento de diagnósticos en los informes de alta
2. Ha mejorado el n° de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas que ha pasado del 53.33% en 2008 a 65.21% en 2009.
3. Se ha conseguido, asimismo, aumentar el número total de hemocultivos remitidos para diagnóstico microbiológico de la sepsis, aunque el porcentaje global de positividad ha disminuido levemente

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Obtener el registro de los máximos casos posibles (teniendo como objetivo final lograr en un futuro el 100%) de sepsis, sepsis grave y shock séptico, impulsando su codificación correcta en las altas hospitalarias con el fin de conocer la incidencia y prevalencia reales en nuestro centro

2. Aumentar el número de casos registrados en nuestra base de datos, con respecto al año previo y conocer los servicios donde están ingresados los pacientes y los servicios de procedencia
3. Conocer el rendimiento del procedimiento de activación de casos de sepsis desde el laboratorio de Bioquímica, mediante la alerta de incluir en el volante de bioquímica urgente el diagnóstico de "SEPSIS", y desde el de Microbiología, mediante el informe periódico de todos los hemocultivos positivos presumiblemente significativos
4. Conocer el n° de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas /n° casos diagnosticados.
5. Valorar la idoneidad y el seguimiento de la Guía de Sepsis elaborada en 2008 en cuanto al tratamiento antimicrobiano prescrito.
6. Conocer los focos más frecuentes de los episodios de sepsis y sepsis grave. Conocer la etiología y sensibilidad de los episodios de sepsis y sepsis grave y el porcentaje de casos diagnosticados con confirmación microbiológica
7. Evaluar el tratamiento de soporte realizado para conseguir la estabilidad hemodinámica, si ésta se ha conseguido en las primeras 24 horas, así como la correlación con la determinación de ácido láctico y PCR al ingreso y a las 24 horas
8. Determinar la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con sepsis y shock séptico incluidos en nuestra base de datos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Afianzar la difusión ya iniciada entre los médicos y enfermeras del centro, acerca de la necesidad de mantener un elevado grado de sospecha de la presencia de sepsis, detectando precozmente a los pacientes de riesgo e impulsando la aplicación temprana de las medidas de soporte y del tratamiento antibiótico. Para ello es necesario mantener la formación continuada del personal sanitario, estableciendo el siguiente programa:

- a. Sesión Clínica Hospitalaria para la difusión en el hospital de la campaña, de la guía de Sepsis y de los resultados obtenidos hasta la actualidad en el

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

390

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE. II

hospital.

b. Difusión a médicos en los servicios:

- Administrar material de apoyo.
- Adecuar las guías a los distintos servicios.
- Participación en las sesiones clínicas de cada servicio

c. Difusión Enfermería:

- Distribución de folleto informativo entre el personal de Enfermería.
- Seminarios de formación a los supervisores de planta.
- Establecer un "kit" que esté disponible en todas las plantas para que la Enfermería, ante una analítica de urgencias en la que esté seleccionado el "PERFIL SEPSIS" sepa qué extracciones se han de realizar. Determinar la ubicación de dicho kit.

d. Sesiones dirigidas a servicios o unidades de médicos y enfermería en los que se considere que hay que insistir especialmente.

e. Se realizarán unas Jornadas monográficas y multidisciplinarias, con acreditación, para todo el personal sanitario de nuestro hospital, haciéndolo también extensivo a los hospitales y servicios de Medicina Intensiva, Medicina Interna, Urgencias, etc, de todo Aragón.

2. El registro informático será revisado y modificado, una vez revisados los casos registrados durante el año 2009, adaptándose a los datos que pueden ser más relevantes y menos gravosos de obtener para favorecer el cumplimiento de la introducción de casos en la base de datos. Los registros se llevarán a cabo sistemáticamente lo que permitirá evaluar el impacto y seguimiento de la campaña.

3. Los casos de sepsis grave se activarán por dos vías:

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

390

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE. II

- a. Desde los distintos servicios médicos, quirúrgicos y de Urgencias, por contacto directo con los responsables de la recogida de datos.
 - b. Desde los laboratorios de Microbiología a través de los hemocultivos positivos y de Bioquímica mediante la alerta de incluir en el volante de bioquímica urgente el diagnóstico de "SEPSIS". Se elaborará un perfil analítico de sepsis que facilite la homogeneidad de recogida de datos y la activación del protocolo.
4. Se nombrarán a los clínicos del Grupo de Sepsis responsables de la recogida, registro, valoración a las 24 horas y seguimiento si procede de los casos de sepsis grave:
- a. Las facultativas del Servicio de Medicina Interna designadas (miembros a su vez de la Unidad de Enfermedades Infecciosas) se encargarán de los pacientes activados por cualquiera de las dos vías de los servicios médicos, de los Servicios de Urología y Traumatología, así como de los pacientes activados en Urgencias e ingresados en esas áreas.
 - b. La facultativa del Servicio de Cirugía será responsable de su área con el apoyo de las facultativas del Servicio de Medicina Intensiva.
 - c. Las facultativas designadas del Servicio de Medicina Intensiva, además de responsabilizarse de su área y apoyo a Cirugía, realizarán el ENVIN simplificado anualmente.
 - d. El facultativo del Servicio de Urgencias será responsable de su área hasta el alta o traslado de sus pacientes a áreas de hospitalización.
5. Se elaborará y difundirá la información acerca de la etiología y sensibilidad de los gérmenes aislados en los hemocultivos en los episodios de sepsis y sepsis grave y sus resistencias periódicamente. Los datos obtenidos en los hemocultivos, se compararán con los aportados por la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

390

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE. II

red europea EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System). Se insistirá en la importancia de los hemocultivos como herramientas diagnósticas en la sepsis

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación: El Grupo de Seguimiento de la Sepsis en el HRV, evaluará periódicamente los resultados que se vayan obteniendo.

Indicadores:

1. Aumento de casos registrados en las altas (CIE-9) con respecto al año previo.
 2. Aumento de casos registrados en nuestra base de datos.
 3. Servicios y patología de origen de los casos diagnosticados.
 4. Porcentaje de casos registrados con el nuevo sistema de activación.
 5. Nº de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas.
 6. Porcentaje de casos con confirmación microbiológica y gérmenes causantes.
 7. Listado anual de la etiología de los casos de sepsis, con información de la sensibilidad antimicrobiana de los principales microorganismos y grupos terapéuticos.
 8. Adecuación del tratamiento antibiótico empírico a las guías difundidas. Adecuación del tratamiento antimicrobiano administrado al antibiograma recibido.
 9. Porcentaje de pacientes con sepsis grave en los que se ha llevado a cabo tratamiento de soporte hemodinámico y en los que se ha conseguido estabilizarlos (Sao2 > 90%, TAM > 65 mm Hg y diuresis > 0,5 ml/kg/h) en las primeras 24 horas.
 10. Estudio de mortalidad intrahospitalaria por "categorías" (sepsis, sepsis grave, shock séptico) durante el periodo estudiado
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Febrero - Mayo 2010: Difusión, de nuevo, a todos los servicios del hospital de la importancia de la SEPSIS, del seguimiento de la campaña y recogida de información acerca del conocimiento, de la utilización y del seguimiento del folleto divulgativo.
2. Febrero - Abril: Revisión de las bases de datos.
3. Mayo-Junio: Jornada monográfica de la SEPSIS en el HRV. Dirigido a personal sanitario interesado en el tema, tanto del propio hospital como de todos los hospitales de Aragón. Difusión amplia y acreditación solicitada.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 390

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE. II

- 4. Junio-Diciembre: Recogida sistemática de datos por parte de los integrantes del grupo.
- 5. Enero-Diciembre: Seguimiento clínico de los pacientes con sepsis confirmada.
- 6. Diciembre: Evaluación de resultados y elaboración de la memoria

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador-Impresora	600 €
· Gastos Imprenta	400 €
· Formación Personal	1.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 496

1. TÍTULO

DISMINUCION DE RIESGOS Y COSTES ASOCIADOS A LA TERAPIA INTRAVENOSA: IMPLANTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL

2. RESPONSABLE JUAN FERRANDO VELA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA CRISTINA BÁNDRES LISO-FARMACÉUTICA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE FARMACIA
OIHANA HORMA-FARMACÉUTICA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE FARMACIA
PILAR LAMBAN-MEDICA-H.ROYO V.-MEDICINA INTERNA
ROSAS MARTINEZ ALVAREZ-MEDICA-H.ROYO V.-MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de medicamentos por vía intravenosa (iv) consigue niveles plasmáticos de forma inmediata por lo que es la vía de elección en el tratamiento de las infecciones graves y en general de aquellas que por sus características requieren la hospitalización del paciente. La posibilidad de completar la pauta terapéutica mediante la conversión del tratamiento iv a oral (vo) supone además de un menor coste del tratamiento, menores riesgos para los pacientes. Así, números estudios observacionales y ensayos clínicos han demostrado las ventajas de los programas de conversión de tratamiento intravenoso a oral o terapia secuencial (TS) realizados con fármacos con bioequivalencia oral demostrada, en pacientes seleccionados e indicaciones seleccionadas1-3 y especialmente de los programas realizados por equipos multidisciplinares, donde además del medico responsable existe una intervención de enfermería o farmacia en la detección de los pacientes potenciales4. El concepto actual de TS tiene por objeto la conversión a tratamiento oral en los primeros días del tratamiento, es decir, en lo que se denomina fase de mejoría clínica precoz, sin esperar a la mejoría clínica definitiva, tal como se realizaba tradicionalmente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En diciembre de 2008 se realizó un corte transversal para determinar la situación de partida. Se elaboró e implantó un protocolo para el paso de la vía intravenosa a oral en los inhibidores de la bomba de protones (IBP), amoxicilina y levofloxacino, por ser los fármacos que se usan mas frecuentemente. Se volvió a realizar un corte similar en diciembre de 2009 tras la implantación del protocolo comprobando que ha disminuido el porcentaje de pacientes en los que se realizaba incorrectamente el cambio de vía de un 73% a un 11% en el caso de los IBP, y de un 36% a un 26% en el caso de los antibióticos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende continuar con la misma metodología e incrementar el número de fármacos a incluir en terapia secuencial: analgesicos, cefalosporinas... consiguiendo que un mayor número de pacientes se beneficien del cambio, asumiendo menos riesgos. Además se genera un ahorro económico importante

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Al protocolo de Terapia secuencial se añadirán un mayor número de fármacos. Se realizarán sesiones informativas y se elaborará material recordatorio para el personal médico y de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizara un corte transversal tras la incorporación de los nuevos fármacos :
% pacientes susceptibles de TS con estos fármacos en los que se ha realizado correctamente.
Disminución consumo analgesicos y quinolonas parenterales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: febrero 2010
fecha fin: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Difusión actividad congresos científicos realcionados con seguridad del paciente 500 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 496

DISMINUCION DE RIESGOS Y COSTES ASOCIADOS A LA TERAPIA INTRAVENOSA: IMPLANTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL

Total 500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

423

CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER FRANCO GARCIA

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M^a CARMEN BONO ARIÑO - MÉDICO ANESTESIA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
VICENTE CANALES CORTÉS - MÉDICO TRAUMATOLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
JOSÉ ANTONIO FATÁS CABEZA - MÉDICO CIRUGÍA GENERAL -HOSPITAL ROYO VILLANOVA
CARLOS RIOJA SANZ - MÉDICO UROLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
JUAN JOSÉ MONEVA JORDÁN - MÉDICO HEMATOLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
LUIS LÓPEZ GÓMEZ - MÉDICO HEMATOLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
VICENTE CARRASCO BARAJA - MÉDICO HEMATOLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación actual:

- 1.El manejo perioperatorio de los pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante es objeto de controversias actualmente, en especial lo referido al paciente antiagregado. Lo que si es admitido es que la retirada del tratamiento anticoagulante y/o antiagregante indiscriminada por excesivo tiempo y/o muy precoz tras un evento vascular puede poner en peligro la salud, incluso la vida del paciente.
- 2.Desde las distintas sociedades científicas de las especialidades médicas y quirúrgicas nacionales se emiten recomendaciones, con variado peso en cuanto a su evidencia científica.
- 3.A nivel internacional también hay recomendaciones de variado impacto, siendo tal vez las de mayor seguimiento las recogidas en la edición de julio de 2008 del Chest, que publica las guías de consenso de la 8ª reunión de la ACCP.
- 4.La variedad de recomendaciones existentes, no siempre concordantes; el distinto grado de evidencia científica de estas recomendaciones (sólo muy escasas son grado I A); y la gran variabilidad de tipos de cirugías entre los servicios quirúrgicos dentro de cada hospital y entre los distintos hospitales, originan que no haya un consenso real a la hora de afrontar el manejo perioperatorio de estos pacientes, lo que origina demoras en las intervenciones quirúrgicas y sesgos a la hora de plantear el manejo de estos pacientes.
- 5.En nuestro hospital se cuenta con protocolos escritos, generalmente varios años atrás, sobre el manejo de estos pacientes, pero con especial atención a los pacientes con tratamiento anticoagulantes, y no siempre con respecto al manejo de los pacientes con tratamiento antiagregante, siendo el campo del manejo del paciente antiagregante el que más cambios ha sufrido en los últimos años.
- 6.Estas variables hacen deseable el que, entre todos los servicios que podamos estar implicados en el manejo perioperatorio de estos pacientes (Anestesia, Cirugía General, Hematología, Traumatología y Urología), lleguemos a un consenso sobre su manejo, plasmándolo en la elaboración de unos protocolos que recojan las especiales características de cada grupo de pacientes, tanto en cuanto a su "riesgo trombotico", como a su "riesgo hemorrágico", que en ambos casos serán definidos por las características que presente el paciente y por las características del acto quirúrgico que se va a realizar

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Realizar reuniones de cada uno de los distintos servicios quirúrgicos implicados en el proyecto con Anestesia y Hematología, para detectar las principales cuestiones que se suscitan, en relación al servicio quirúrgico implicado, con el manejo perioperatorio de estos pacientes a la hora de realizar su actos quirúrgicos.
- 2.Revisar la bibliografía sobre los aspectos publicados sobre el manejo perioperatorio de estos pacientes por los distintos servicios quirúrgicos.
- 3.Redactar protocolos consensuados entre el servicio quirúrgico, Anestesia y Hematología, adecuados al "riesgo trombotico" del paciente así como al "riego hemorrágico" en función de las peculiaridades quirúrgicas de cada servicio; así como con referencia particular a tipos especiales de cirugía (p ej cirugía

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

423

CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

bariátrica). Estos protocolos considerarán tanto el manejo perioperatorio de anticoagulantes (anticoagulantes orales, heparina no fraccionada, HBPM u otros) como el manejo de antiagregantes (AAS, clopidogrel, ticlopidina)
4. Incluir en los protocolos de manejo perioperatorio de estos pacientes todas las recomendaciones de grado IA aportadas por la revisión de la bibliografía.
5. Adaptar a nuestro centro las recomendaciones de grado distinto a IA en el manejo perioperatorio de los pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante de nuestro centro hospitalario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar al menos 1 reunión mensual entre Anestesia y Hematología y 1 de los servicios quirúrgicos implicados; alternado cada 3 meses con los 3 servicios quirúrgicos implicados. La reunión de llevará a cabo entre el responsable del proyecto y los responsables de los otros servicios implicados.

2. La revisión bibliográfica de la evidencia científica la llevaremos a cabo entre todos los componentes del equipo de mejora.

3. El consenso en los protocolos se alcanzará entre todos los componentes del equipo de mejora.

4. En la redacción de los distintos protocolos intervendrán los 4 hematólogos, el anestesista y el quirúrgico implicado.

5. Se redactará un protocolo para el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado en:

-cirugía general

-traumatología

-urología

6. Se redactará un protocolo para el manejo perioperatorio del paciente antiagregado en:

-cirugía general

-traumatología

-urología

7. Se incluirán en los protocolos de manejo perioperatorio de estos pacientes todas las recomendaciones de grado IA aportadas por la revisión de la bibliografía.

8. Los protocolos, una vez concluidos, se remitirán a la Dirección Médica para su difusión dentro del hospital.

9. Si al finalizar este proyecto existe en nuestro centro hospitalario una "Comisión de enfermedad tromboembólica", se someterán estos protocolos a la misma

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

-nº de protocolos de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado o antiagregado redactados / 6 (6 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar) x 100 (%)

-nº de protocolos de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado redactados / 3 (3 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar) x 100 (%)

-nº de protocolos de manejo perioperatorio del paciente antiagregado redactados / 3 (3 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar) x 100 (%)

-nº de reuniones interdisciplinarias realizadas / 12 (12 es el nº de meses de duración del proyecto) x 100 (%)

Desearíamos alcanzar el 85% en cada uno de los distintos indicadores

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 marzo 2010

Fecha de finalización: 28 febrero 2011

-Reuniones interdisciplinarias mensuales: marzo 2010 con Cirugía General, abril 2010 con Traumatología, mayo 2010 con Urología, junio 2010 con Cirugía General, julio 2010 con Traumatología, agosto 2010 con Urología, septiembre 2010 con Cirugía General, octubre 2010 con Traumatología, noviembre 2010 con Urología, diciembre 2010 con Cirugía General, enero 2011 con Traumatología, febrero 2011 con Urología. Si durante los meses de verano o Navidad no se pudiera realizar la reunión interdisciplinaria, se pasaría al siguiente mes, pero sin sustituir a la ya programada, que también se realizaría.

-La revisión bibliográfica de la evidencia científica se llevará a cabo durante toda la duración del proyecto.

-En la redacción de los distintos protocolos se empezará desde el inicio de las reuniones interdisciplinarias, y se concluirá en el último trimestre de la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

423

CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

duración prevista del proyecto (diciembre 2010 - febrero 2011)

-Los protocolos se remitirán a la Dirección Médica para su difusión dentro del hospital en febrero de 2011

-Si al finalizar este proyecto (febrero 2011) existe en nuestro centro hospitalario una "Comisión de enfermedad tromboembólica", se someterán estos protocolos a la misma

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 201

1. TÍTULO

INCIDENCIA DE UPP EN EL PACIENTE CRITICO. VALORACION DE CUIDADOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ CABALLERO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. UCI
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ISABEL RAMOS ALDA- DUE- HOSPITAL ROYO VILLANOVA- UCI
CAROLINA PINA ERDOCIAIN- DUE- HOSPITAL ROYO VILLANOVA- UCI
ELISA GUERRERO TRENADO-DUE-HOSPITAL MIGUEL SERVET -UCI
M^aELENA CONDON GRACIA- DUE- HOSPITAL ROYO VILLANOVA - C.EXTERNAS
NELIDA RABAL PACHECO- DUE- HOSPITAL ROYO VILLANOVA- UCI
ANA GONZALEZ CABALLERO- DUE- HOSPITAL ROYO VILLANOVA- UCI
M^aMAR RELLO ECHAZARRETA- DUE- HOSPITAL ROYO VILLANOVA- UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores, el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones como un problema evitable. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables) (Hibbs P. 1987) (Waterlow J. 1996) , por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención integradas dentro de guías de práctica clínica interdisciplinarias que contemplen los distintos niveles asistenciales. Estas guías deberán basarse en las mejores evidencias científicas disponibles. El paciente crítico, presenta un elevado riesgo de padecer UPP por una serie de circunstancias especiales (pacientes intubados en coma inducido, fármacos vasopresores, déficits neurológicos, procesos quirúrgicos complicados, déficits nutricionales, inmunodeprimidos...) que hay que tener en cuenta a la hora de planificar los cuidados de prevención y tratamiento. Dada la trascendencia del problema, en el año 2006 se formó un grupo de mejora en la unidad, que ha ido trabajando mediante reuniones mensuales, hasta el momento de la constitución de la Comisión de Enfermería de UPP del Hospital Royo Villanova . Actualmente se está trabajando desde el seno de la Comisión en la creación de una gráfica de registro unificada para todo el Hospital, así como de un protocolo de recomendaciones de cuidados. En este contexto y desde la Unidad de Cuidados Intensivos, nos planteamos la necesidad de poder medir el nº de casos de pacientes que desarrollan una UPP durante su estancia y los resultados de los cuidados de prevención y tratamiento administrados. Fuente de información: GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividades realizadas:
- 1.- Creación de una base de datos
 - 2.- Implementación de la gráfica de registro elaborada por la Comisión de Enfermería de UPP del Hospital Royo Villanova, desde el 01/07/2009.
 - 3.- Recogida de datos de los siguientes indicadores desde el 01/07/2009:
 - a) relación de nº de pacientes con gráfica de registro de UPP en su H^a clínica
 - b) relación de pacientes con Escala de Norton realizada al ingreso.
 - c) grado de cumplimentación de las medidas de prevención de UPP durante todo el ingreso.
 - d) nivel de seguimiento del tratamiento de las UPP, en el caso de presentarlas.
 - e) relación de pacientes ingresados que han realizado una UPP durante su estancia en UCI.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

489

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE OIHANA HORNA OREJA
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ANA CRISTINA BANDRÉS LISO-FARMACÉUTICA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE FARMACIA
JUAN FERRANDO VELA-MEDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-MEDICINA INTERNA
MÓNICA IZUEL RAMI-FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes ancianos polimedicados constituyen el principal grupo de riesgo de incumplimiento terapéutico según . En un estudio se ha visto que solo el 30% de los pacientes que toman 8 fármacos(algo que suele ocurrir con cierta frecuencia) conoce la posología de cada uno de ellos y sólo el 20% de estos pacientes reconoce tomarlos correctamente. Los pacientes mayores de 65 años que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna consumen ambulatoriamente una media de 7,29 fármacos según estudio realizado en 2007 lo que supone más de 7 administraciones diarias, lo que se traduce en una polifarmacia difícil de manejar y que puede llevar en muchos casos al incumplimiento. Mediante este trabajo, se pretende detectar a los pacientes incumplidores y actuar sobre ellos poniendo en marcha distintas medidas que faciliten la adherencia a los tratamientos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se dispone de resultados valorando la mejora de la adherencia tras la entrega de material ya que el proyecto lleva poco tiempo en funcionamiento. Hasta el momento se ha informado mediante sesiones a los profesionales que atienden a estos pacientes del proyecto y su finalidad y se ha diseñado material de apoyo para los pacientes

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante el desarrollo de una estrategia de intervención multidimensional, realizada en equipo (medico-farmacéutico-paciente), se pretende mejorar la adherencia a los tratamientos en los ancianos polimedicados incumplidores que ingresan en Medicina Interna. Para ello se realizarán distintas actividades que han demostrado efectividad en estudios realizados anteriormente. Así, la educación sanitaria a los pacientes mediante la intervención de un farmacéutico ha demostrado que aumenta la adherencia de los pacientes con patología cardiovascular, según un reciente estudio, contribuyendo a la disminución del consumo de recursos sanitarios y reduciendo un 4% los ingresos hospitalarios 1. La simplificación de los tratamientos por parte del médico, eliminando fármacos innecesarios y estableciendo esquemas posológicos sencillos también contribuye a mejorar la adherencia. El uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD), ha mejorado en países como Canadá o Reino Unido el cumplimiento, pasando al 80% frente al 30% obtenido con la dispensación tradicional. En España, los trabajos realizados con estos sistemas, consiguen un cumplimiento del 99% con un alto grado de satisfacción para el usuario2

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Detección del paciente incumplidor. El farmacéutico realizara una entrevista personal a todos los mayores polimedicados que ingresan valorando la adherencia a los tratamientos mediante un método indirecto (test de Morisky-Green-Levine). Al alta, a todos los pacientes incumplidores detectados se les sensibilizara sobre el uso correcto y racional del medicamento y se les proporcionará: información oral, información escrita (Información gráfica del tratamiento mediante el programa gráfico infowin) y material escrito con recomendaciones sencillas dirigidas a facilitar el cumplimiento y se les entregaran sistemas personalizados de dosificación de medicamentos (SPD) semanales. Se seleccionaran a los pacientes que sean capaces o tengan el apoyo suficiente (entorno familiar u oficinas de farmacia) para la preparación semanal de estos sistemas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. . Porcentaje de pacientes incumplidores (pacientes incumplidores /total pacientes valorados)
- N° pacientes a los que se facilita SPD/total pacientes susceptibles de recibirlos.
 - Mejora del cumplimiento terapéutico (% cumplimiento según test Morisky a lo dos meses -% cumplimiento inicial.)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: mayo 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 489

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

fin: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· sistemas personalizados de dispensación medicamentos	600 €	
· difusión actividad congresos científicos	500 €	
Total	1.100 €	

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

418

REVISION DE LA INDICACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) CON MOTIVO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA (ETE). ADECUACION A LA EVIDENCIA CIENTIFICA. (PARTE 2)

2. RESPONSABLE LUIS LOPEZ GOMEZ
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA ESTHER FRANCO GARCIA - MÉDICA HEMATOLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
JUAN JOSÉ MONEVA JORDÁN - MÉDICO HEMATOLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
VICENTE CARRASCO BARAJA - MÉDICO HEMATOLOGÍA - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
M^a ÁNGELES PÉREZ LAYO - MÉDICO HEMATOLOGÍA - HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA
PILAR GARCÍA LATORRE - DUE - HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA
ESTHER MARCO MARTÍN - DUE - HOSPITAL ROYO VILLANOVA
MARISOL LAÍN AGUDO - DUE - HOSPITAL ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación actual:
Este proyecto ya se inició en el contexto del programa de Mejora de Calidad del SALUD 2009 y aún no ha podido ser concluido. Se ha enviado al Coordinador de Calidad del Sector I el correspondiente informe sobre la situación actual del proyecto.
Los problemas y oportunidades de mejora siguen los referidos en la pasada convocatoria:
1.Salvo situaciones puntuales, el S° de Hematología no indica el inicio de TAO ni su supresión, sólo se ocupa de intentar el mejor control del mismo. La supresión del TAO corresponde a la especialidad que lo indicó.
2.Se percibe en la rutina diaria, sin tener aún datos reales, que un porcentaje de pacientes con TAO cuya indicación fue ETE, no suprimen nunca el TAO.
3.Se dispone de recomendaciones de consenso sobre la duración del TAO tras el episodio de ETE, así como de sobre la posibilidad de disminuir el rango terapéutico de INR en un grupo de pacientes con TAO de larga evolución (50 Congreso de la Sociedad Americana de Hematología, ASH 2008).
4.Existen ya sentencias en España condenando a la Administración por no vigilar el uso prolongado de un fármaco que conlleva riesgos asociados.
5.La estimación del riesgo hemorrágico total asociado al TAO es muy variable en los distintos estudios, recogándose cifras de prevalencia entre un 5 a un 40%, con una incidencia de 2 a 70 casos / 100 pacientes con TAO / año y un riesgo de sangrado mayor de 2,4%

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Situación actual del proyecto:
Se ha realizado la selección, desde nuestras bases de datos de fichas de tratamientos anticoagulantes de los 50 pacientes a revisar. De ellos se ha realizado un primer cribaje revisando las historias clínicas en los S° de Archivos y Documentación Clínica del Hospital Royo Villanova y del Hospital Provincial de Zaragoza, de los pacientes que allí tenían abierta historia clínica (37 pacientes en total).
Con la revisión de estas historias clínicas por un hematólogo, se descubrieron en 24 de ellas datos que aconsejaban mantener de forma continuada el tratamiento anticoagulante oral. Estos datos fueron: ACxFA en 16 pacientes, enfermedad tromboembólica de repetición en 7 casos y presencia de síndrome postflebitico severo en 1 paciente.
Los otros 26 pacientes o bien no tenían historia clínica en estos hospital o bien ésta no disponía de datos suficientes para valorar la conveniencia o no del tratamiento anticoagulante continuado.
Estos 26 pacientes fueron citados (o aún están pendientes de ser vistos) como "primeros días" en huecos de primer día de las agendas de las Consultas de Hematología del Hospital Royo Villanova.
De estos 26 pacientes, en 8 se ha concluido ya la valoración, que en ocasiones ha consistido simplemente en historia clínica y exploración física, y en otros casos ha precisado exploraciones complementarias (ECG, D-dímero, estudio de hipercoagulabilidad ...). Los restantes 18 pacientes están pendientes de concluir la valoración en la consulta y/o del resultado de las exploraciones complementarias.
De los 8 pacientes que ya han completado la valoración, en 4 casos había datos que aconsejaban seguir el tratamiento anticoagulante oral (2 ACxFA, 2

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

418

REVISIÓN DE LA INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) CON MOTIVO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE). ADECUACIÓN A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. (PARTE 2)

enfermedad tromboembólica de repetición) y en otros 4 casos se pudo sugerir al S^o que indicó la anticoagulación que considerara la retirada del este tratamiento. Hasta la fecha, los indicadores y resultados del proyecto son:

Nº TOTAL DE PACIENTES REVISADOS EN EL PROYECTO

Indicador:

-nº total de pacientes revisados en el proyecto / 50 pacientes definidos como objetivo del estudio

32 casos con valoración concluida / 50 previstos = 0,64 (64%)

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

-nº pacientes que se suspende TAO / nº total de pacientes revisados

4 / 32 = 0,125 (12,5%)

-nº total de pacientes a los que se les modifica el rango de INR / nº total de pacientes revisados

6 / 32 = 0,187 (18,7%)

-nº pacientes que continúan con INR a igual rango / nº total de pacientes revisados

26 / 32 = 0,813 (81,3%)

Pero a la hora de valorar los distintos indicadores y resultados hay que considerar que falta la valoración de 18 casos, entre los que se encuentran aquellos en los que la historia clínica de nuestros archivos no contiene datos de arritmia o de enfermedad tromboembólica, grupo en el cual puede que encontremos mayor porcentaje de pacientes candidatos a valorar la retirada del tratamiento anticoagulante oral o a modificar el INR terapéutico deseado.

En cuanto a la encuesta a los pacientes, se elaboró una encuesta muy sencilla, que sólo valoraba 4 ítems:

-¿comprende usted el por qué de esta consulta?

-¿comprende usted la importancia de su tratamiento anticoagulante?

-¿está satisfecho con la atención recibida en esta consulta?

-¿desea usted hacernos alguna sugerencia o comentario?

Se han entregado un total 8 encuestas (a los 8 pacientes que han concluido su valoración), de ellas se han recogido 6 formularios contestados y las 6 son satisfactorias.

Nº PACIENTES CON VALORACIÓN POSITIVA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Indicador:

-nº encuestas de satisfacción con valoración positiva / nº encuestas realizadas (se pretende alcanzar el 85% de satisfacción)

-6 / 8 = 75% de satisfacción si consideramos todas las encuestas entregadas

-6 / 6 = 100% de satisfacción si consideramos sólo las encuestas contestadas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir la finalización del trabajo dentro del proyecto de Mejora de la Calidad de 2010, dado que el interés del proyecto argumentado en 2009 sigue vigente y el proyecto se está realizando y los datos de los que se dispone corresponden sólo a un grupo sesgado de pacientes de los incluidos para la valoración.

Los resultados a conseguir planteados en 2009 siguen siendo válidos:

- Adecuar a la evidencia científica disponible las indicaciones de tratamiento con anticoagulantes orales en los pacientes con ETE, una vez superados los 12 meses de dicho tratamiento

- Retirar el TAO o disminuir el rango de INR terapéutico a un grupo de pacientes que, con la actual evidencia científica, no se benefician de su tratamiento o se beneficiarían también con INR de menor rango y si están expuestos a complicaciones hemorrágicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ya se ha realizado la selección de los 50 casos del estudio.

En 32 pacientes la valoración ya está concluida.

Estamos pendientes de concluir el estudio en 18 pacientes:

-4 de ellos ya han sido vistos en consulta externa del Hospital Royo Villanova y estamos pendientes de recibir los resultados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

418

REVISIÓN DE LA INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) CON MOTIVO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA (ETE). ADECUACIÓN A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. (PARTE 2)

-12 están pendientes de ser vistos como "primer día" en las consultas externas de Hematología del Hospital Royo Villanova
-2 están pendientes de ser vistos como "primer día" en la consulta externa de Hematología del Hospital Provincial de Zaragoza
La citación la realizará la enfermera de la consulta de Hematología, vía telefónica, informando siempre al paciente del motivo por el que se le cita (revisión de su TAO), e indicándole que traiga cuantos informes médicos posea y todos los tratamientos que toma
-Cuando los pacientes acudan a consulta se revisará la documentación incluida en su historia clínica y se les realizarán, de forma escalonada todas o alguna de las siguientes exploraciones: ECG, TA y pulso, peso y altura, historia clínica dirigida a ETE y a enfermedad cardiovascular, auscultación cardiaca: por si se detecta arritmia o soplo, exploración del sistema venoso de EEII, por si se detectan datos de insuficiencia venosa o de mala perfusión arterial
-Si se detectan datos que hagan sospechar una patología no previamente conocida o no valorada en los últimos años en relación con su anticoagulación, se remitirá el paciente al especialista correspondiente para que ratifique o modifique la indicación de la anticoagulación
-Si no se detectan datos que hagan sospechar una patología de base que pudiera justificar la continuidad del TAO, se procederá a solicitar analítica con hemograma, coagulación y D-Dímero, según las recomendaciones publicadas del último congreso ASH 2008, y estudio de hipercoagulabilidad o estudio de imagen (ecodoppler) si así lo orientaran la Hª clínica y/o exploración
-Al finalizar el estudio, al paciente se le pasará una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida durante todo el proceso
Una vez valorados los resultados de las exploraciones se procederá a emitir un informe para su Médico de Familia y/o para el especialista que sentó la indicación del TAO, aconsejando retirar la el TAO, la conveniencia de modificar el rango de INR terapéutico o la indicación de seguir con el TAO en igual situación, según las recomendaciones publicadas del último congreso ASH 2008.
Una vez concluido y valorado el proyecto de mejora, si se considerara oportuno y necesario, se ampliaría la revisión poco a poco a todos los pacientes con TAO del Sector I que cumplieran criterios de "caso", apoyándose para ello en la creación (o en la ya existencia) de una consulta externa de Hematología de alta resolución, que podría ubicarse (total o parcialmente) en el Hospital Nuestra Señora de Gracia (Hospital Provincial de Zaragoza)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores y valoración de resultados serán los mismos que los del proyecto en la convocatoria de 2009.

Nº PACIENTES CON VALORACIÓN POSITIVA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Indicador:

-nº encuestas de satisfacción con valoración positiva / nº encuestas realizadas (se pretende alcanzar el 85% de satisfacción)

Nº TOTAL DE PACIENTES REVISADOS EN EL PROYECTO

Indicador:

-nº total de pacientes revisados en el proyecto / 50 pacientes definidos como objetivo del estudio (se pretende alcanzar los 50 y ya se tiene datos de 32 de ellos)

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

-nº pacientes que se suspendeTAO / nº total de pacientes revisados

-nº total de pacientes a los que se les modifica el rango de INR / nº total de pacientes revisados

-nº pacientes que continúan con INR a igual rango / nº total de pacientes revisados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Petición de ampliación del calendario para esta convocatoria, hasta 28 de febrero de 2011.

- Ya se ha realizado el reclutamiento de los 50 pacientes que cumplan criterios de "caso"

-Citación y revisión en consulta de Hematología de los pacientes en los que aún no se ha concluido la valoración: abril - diciembre 2010

-Realización de exploraciones necesarias al grupo de pacientes arriba definidos: abril 2010 a finalización proyecto

-Elaboración de informe de los paciente revisados en consulta, indicando la recomendación de continuar con el tratamiento anticoagulante oral, modificar el INR terapéutico o revisar la indicación para retirarlo: diciembre 2010 a finalización proyecto

-Informe global definitivo del proyecto de mejora: febrero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

304

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZAI

2. RESPONSABLE RUTH ELISA LUMBRERAS VIRGOS

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE CANALES CORTÉS-TRAUMATOLOGO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-JEFE DE SERVICIO
ANGEL GARCÍA TRIVIÑO-RADIOLOGO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-JEFE DE SERVICIO
ALEJANDRO BIERGE VALERO-MEDICO-CENTRO DE SALUD LUNA-COORDINADOR C.S. LUNA
ROBERTO GARUZ BELLIDO-MEDICO-CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE-COORDINADOR C.S. ACTUR OESTE
BELEN LOMBA GARCÍA-MEDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA-COORDINADORA C.S. LA JOTA
JAVIER VALDEPÉREZ TORRUBIA-MEDICO-CENTRO DE SALUD ACTUR SUR-MEDICO ATENCIÓN PRIMARIA
JAVIER PERFECTO EJARQUE-MEDICO-CENTRO DE SALUD ARRABAL-MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

- El dolor de espalda afecta al 80% de la población en algún momento de su vida, y causa un gasto público equivalente al 1,7%-2,1% del PIB.
- La práctica clínica habitual de la lumbalgia es muy variable debido a que intervienen distintos especialistas que aplican criterios y tratamientos diferentes ante un mismo paciente- y, en ocasiones contradictoria con las recomendaciones emanadas de los estudios científicos.
- Ello conlleva que el tratamiento no siempre es el óptimo, que se somete a los pacientes a procedimientos de eficacia no comprobada (o, incluso, inútiles o contraproducentes), así como a riesgos innecesarios.

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

- Variabilidad de criterios entre los facultativos de Atención Primaria para la derivación de pacientes con lumbalgia al especialista en Traumatología.
- Dificultad en la accesibilidad del paciente con lumbalgia a la atención especializada. Listas de espera de consultas prolongadas.
- Desplazamientos repetidos del paciente a los distintos centros de asistencia.
- Multiplicación del número de consultas al traumatólogo al carecer el paciente de las pruebas complementarias imprescindibles para su diagnóstico y tratamiento.
- Resultado final de consultas al especialista con unos tiempos de demora excesivamente prolongados y con escasa capacidad de resolución debido a la carencia de pruebas complementarias adecuadas.
- Pacientes con patologías no sugestivas de tratamiento o valoración quirúrgica son derivados al especialista en Traumatología, aumentando así el tiempo de espera para recibir un tratamiento conservador por parte de otros especialistas: Rehabilitadores o Reumatólogos.
- Dificultad de comunicación entre profesionales de ambos niveles asistenciales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminución del número de derivaciones inadecuadas a atención especializada.

- Estandarización y consenso de criterios para la derivación de los pacientes.
- Disminución de la variabilidad en el tratamiento de la lumbalgia.
- Disminución del número de consultas al especialista en Traumatología para un mismo paciente
- Disminución de los costes adecuando la petición de pruebas complementarias a las necesidades de cada cuadro clínico.
- Aumento de la satisfacción de los usuarios con disminución de los tiempos de espera para su asistencia y sus desplazamientos a los distintos centros.
- Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 304

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZAI

- Colaboración en la toma de decisiones entre Atención Primaria y Especializada.
- Desarrollo y aplicación en nuestro medio de una Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la lumbalgia en Atención Primaria y derivación del mismo al Especialista.
- Mejora de la competencia clínica y de la satisfacción del profesional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Unificación de criterios entre facultativos de Atención Primaria y especialistas en Traumatología mediante la elaboración de un protocolo de consenso para el diagnóstico y seguimiento de la lumbalgia simple.

- Protocolización de la petición de pruebas diagnósticas necesarias para la derivación a consulta de Traumatología para aumentar la resolución de dicha consulta.
- Realización de seminarios teóricos, presentación de casos y dudas por parte de traumatología y atención primaria, mejorando de este modo la comunicación interdisciplinaria y la participación conjunta en la toma de decisiones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes con lumbalgia aguda derivados a consulta de traumatología con criterios de derivación acordados según guía /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.

- Número de pacientes con lumbalgia aguda que acuden a consulta de traumatología con las pruebas complementarias iniciales protocolizadas /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.
- Número de pacientes con lumbalgia aguda inespecífica que han recibido un tratamiento inicial /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda inespecífica.
- Número de sesiones clínicas realizadas.
- Encuesta de satisfacción del usuario y del profesional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • El proyecto se iniciará en marzo de 2010 llevará a cabo hasta marzo de 2011

- Constará de una reunión inicial con los coordinadores de especializada y una segunda reunión para concretar protocolos y guías de actuación.
- A continuación se procederá a informar a los facultativos de primaria de la iniciativa, para fomentar su participación en los casos y dudas de interés para ambas especialidades que se expondrán en los seminarios.
- Finalmente se procederá a la realización de los seminarios teórico-prácticos interactivos en cada centro de salud de nuestro sector para la transmisión de la información a los médicos de Atención Primaria.
- Presentación de página web del Servicio de Traumatología del Hospital Royo Villanova para conocimiento de nuestro servicio por parte de Atención Primaria e intercambio de impresiones e iniciativas.
- Realización de memoria con los resultados y conclusiones del proyecto a final de año

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Cañón de proyección	400 €
• CDs	100 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 313

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON GONARTROSIS DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE RUTH ELISA LUMBRERAS VIRGOS
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VICENTE CANALES CORTÉS-TRAUMATÓLOGO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-JEFE DE SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
LUIS RODRÍGUEZ CHACÓN-TRAUMATÓLOGO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-F.E.A.TRAUMATOLOGÍA
CAROLINA MENDI METOLA-MÉDICO-CENTRO DE SALUD LA JOTA-MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA C.S. LA JOTA
ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA-MÉDICO-CENTRO DE SALUD LUNA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA C.S. LUNA
JESUS ANGEL NAUDIN BERDUQUE-MÉDICO-CENTRO DE SALUD LUNA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA C.S. LUNA
URSULA ALVIRA GIMÉNEZ DE AZCÁRATE-MÉDICO-CENTRO DE SALUD ACTUR SUR-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA-C.S. ACTUR SUR
AMELIA GONZALO CISNEROS-MÉDICO-CENTRO DE SALUD ARRABAL-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA C.S. ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. • Revisando la bibliografía se puede concluir que casi el 50% de los pacientes que acuden a la consulta de traumatología no aportan al especialista ninguna prueba complementaria.
- En algunos casos, las pruebas diagnósticas sí han sido solicitadas, pero no se reciben en el centro de especialidades.
 - En otros casos, las peticiones de éstas pruebas (como sucede con las proyecciones radiológicas) no son las más adecuadas, teniendo que duplicar la realización de las mismas, con el consiguiente gasto económico y saturación de nuestros servicios sanitarios.
 - Los pacientes que acuden a la consulta de Traumatología presentan distintos grados evolutivos de gonartrosis, algunos de ellos tratables de manera conservadora mediante medicación por el médico de atención primaria, sin embargo, hasta en un 12% de los pacientes son derivados a Traumatología para su valoración quirúrgica sin haber recibido ningún tipo de tratamiento conservador previamente.
 - Ante el evidente envejecimiento de nuestra población, la incidencia y prevalencia de patologías degenerativas, como es la gonartrosis, aumentan de manera exponencial.
 - El diagnóstico y tratamiento precoz de este tipo de patologías aumenta la calidad de vida del paciente y su grado de discapacidad en los casos de gonartrosis avanzada.
 - La protocolización de pruebas diagnósticas a solicitar y de maniobras diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento de la gonartrosis, contribuyen a la agilización del acto médico, disminución del gasto sanitario, disminución de la saturación de los servicios sanitarios y mejora de la satisfacción y calidad de vida del paciente.

- PROBLEMAS U OPORTUNIDADES SELECCIONADOS
- Disparidad de criterios entre los facultativos de Atención Primaria para la derivación de pacientes afectados de gonartrosis al especialista en Traumatología.
 - Dificultad en la accesibilidad del paciente artrosis de rodilla a la atención especializada debido a las listas de espera aumentadas por derivaciones inadecuadas
 - Incomodidad del paciente por la necesidad de múltiples desplazamientos a los distintos centros de asistencia.
 - Multiplicación del número de consultas al traumatólogo al carecer el paciente de las pruebas complementarias imprescindibles para su diagnóstico y tratamiento.
 - Resultado final de consultas al especialista con unos tiempos de demora excesivamente prolongados y con escasa capacidad de resolución debido a la carencia de pruebas complementarias adecuadas.
 - Pacientes con patologías no sugestivas de tratamiento o valoración quirúrgica son derivados al especialista en Traumatología, aumentando así el tiempo de espera para recibir un tratamiento conservador por parte de Médicos de Atención Primaria o Rehabilitadores.
 - Dificultad de comunicación entre profesionales de ambos niveles asistenciales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

313

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON GONARTROSIS DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

POBLACIÓN DIANA

- Pacientes diagnosticados de gonartrosis susceptibles de ser derivados a atención especializada (Trauma, RHB) del sector I (Zaragoza) del SALUD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminución del número de derivaciones inadecuadas a atención especializada

- Estandarización y consenso de criterios para la derivación de los pacientes.
- Disminución de la variabilidad en el tratamiento de la gonartrosis.
- Disminución del número de consultas al especialista en Traumatología para un mismo paciente
- Disminución de los costes evitando la duplicidad de pruebas diagnósticas por la no adecuación de las peticiones.
- Aumento de la satisfacción de los usuarios con disminución de los tiempos de espera para su asistencia y sus desplazamientos a los distintos centros.
- Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.
- Colaboración en la toma de decisiones entre Atención Primaria y Especializada.
- Desarrollo y aplicación en nuestro medio de una Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la gonartrosis en Atención Primaria y derivación del paciente al Especialista.
- Mejora de la competencia clínica y satisfacción del personal facultativo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Unificación de criterios entre facultativos de Atención Primaria y especialistas en Traumatología mediante la elaboración de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la gonartrosis.

- Protocolización de la petición de pruebas diagnósticas necesarias para la derivación a consulta de Traumatología para aumentar la resolución de dicha consulta.
- Realización de seminarios teóricos, presentación de casos y dudas por parte de traumatología y atención primaria, mejorando de este modo la comunicación interdisciplinaria y la participación conjunta en la toma de decisiones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes con gonartrosis derivados a consulta de traumatología con criterios de derivación acordados según guía /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por gonartrosis.

- Número de pacientes con gonartrosis que acuden a consulta de traumatología con las pruebas complementarias iniciales protocolizadas /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por gonartrosis.
- Número de pacientes con gonartrosis que han recibido un tratamiento inicial /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por gonartrosis
- Número de sesiones clínicas realizadas
- Encuesta de satisfacción del usuario y del profesional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • El proyecto se llevará a cabo desde marzo hasta marzo de 2011

- Constará de una reunión inicial con los coordinadores y especializada y una segunda reunión para concretar protocolos y guías de actuación.
- A continuación se procederá a informar a los facultativos de primaria de la iniciativa, para fomentar su participación en los casos y dudas de interés para ambas especialidades que se expondrán en los seminarios.
- Finalmente se procederá a la realización de los seminarios teórico-prácticos interactivos en cada centro de salud de nuestro sector para la transmisión de la información a los médicos de Atención Primaria.
- Presentación de página web del Servicio de Traumatología del Hospital Royo Villanova para conocimiento de nuestro servicio por parte de Atención Primaria e intercambio de impresiones e iniciativas.
- Realización de memoria con los resultados y conclusiones del proyecto a final de año

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

505

PLAN DE MEJORA DE LA FARMACOTERAPIA EN ANCIANOS: REVISION DE FARMACOS INADECUADOS

2. RESPONSABLE ISABEL MARTIN ALGORA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OIHANA HORNA OREJA-FARMACEUTICA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-FARMACIA
ANA CRISTINA BANDRÉS LISO-FARMACÉUTICA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-FARMACIA
JUAN FERRANDO VELA-MEDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-MEDICINA INTERNA
MÓNICA IZUEL RAMI-FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
IGNACIO GARCÍA ALVAREZ-MEDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-MEDICINA INTERNA
ISABEL VILLAR -FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las principales preocupaciones relacionadas con la seguridad en la atención prestada a los ancianos son las prescripciones farmacéuticas. Estos pacientes presentan generalmente pluripatologías lo que conlleva una polifarmacia, que les expone a la aparición de efectos adversos. Además, por los cambios fisiopatológicos que se dan con la edad presentan con una mayor sensibilidad a los efectos adversos por lo es necesario una valoración rigurosa de la eficacia y de la seguridad de los tratamientos que se les prescriben. Con el objetivo de mejorar estos tratamientos, se han elaborado a lo largo de los años listados de fármacos que no deberían usarse en pacientes mayores, como el de fármacos inapropiados de Beers o de fármacos considerado ineficaces o listado UTBs. Estos listados se han usado para la revisión de los tratamientos, publicándose diversos estudios al respecto. Sin embargo, los medicamentos incluidos en estas listas necesitan ser revisados y actualizados periódicamente por expertos con las nuevas evidencias que van surgiendo, eliminando los fármacos obsoletos, incluyendo fármacos de reciente comercialización que son los que presentan mas problemas de seguridad y los fármacos que han demostrado en diversos estudios ser los causantes de la mayor parte de reacciones adversas en ancianos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la revisión de la bibliografía más recientes y partiendo de los listados validados citados, se pretende obtener una relación de fármacos que no deberían usarse en ancianos, por presentar riesgo de efectos adversos o por no tener una eficacia demostrada. Una vez obtenida dicha relación, se pondrá en marcha un plan para la mejora de la farmacoterapia en todos los pacientes ancianos que ingresan en medicina interna, procediendo a la revisión sistemática de todos los tratamientos, por parte del médico y farmacéutico que valoraran la posible modificación de los mismos según dichos listados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se creará un grupo de trabajo compuesto por médicos y farmacéuticos que consensuará los tratamientos inadecuados en ancianos, en diversas sesiones de trabajo. Partiendo de los listados validados existentes (criterios de Beers, listado de fármacos UTBs, criterios STOPP y START), se revisará la bibliografía más reciente y se elaborará un listado actualizado de fármacos considerados inadecuados en pacientes mayores, proponiendo además, si procede, las alternativas terapéutica más segura. Posteriormente se procederá a la difusión a todos los facultativos responsables de estos pacientes del plan de mejora de los tratamientos farmacológicos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de listado consensuado entre medicos y farmacéuticos de fármacos inadecuados en ancianos.
Nº pacientes con tratamientos inadecuados /total pacientes ingresados
nº pacientes con tratamiento inadecuado suspendido o modificado/ total pacientes con tratamiento inadecuado susceptibles de ser suspendido o modificado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión de la bibliografía y elaboración listado de fármacos inadecuados en ancianos: marzo-mayo 2010 Difusión del plan de actuación para la mejora de la farmacoterapia: junio-julio 2009 Implantación del plan y medida de resultados: Segundo semestre 2010

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 505

PLAN DE MEJORA DE LA FARMACOTERAPIA EN ANCIANOS: REVISION DE FARMACOS INADECUADOS

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· ordenador portatil para reuniones de trabajo multidisciplinarios y entre sectores		600 €
	Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS

2. RESPONSABLE ROSA MARTINEZ ALVAREZ
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA EZPELETA GALINDO-MÉDICO-HRV-UCI
M^a JOSÉ TOLÓN HERRERA-MÉDICO-HRV-UCI
CARLA TOYAS MIAZZA-MÉDICO-HRV-MEDICINA INTERNA
ESTHER DEL CORRAL BEAMONTE-MÉDICO-HRV-MEDICINA INTERNACARMEN ASPIROZ SANCHO-MÉDICO-HRV-MICROBIOLOGÍA
M^a BENITA LABORDA FUSTERO-DUE-HRV-MICROBIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las últimas décadas se ha producido un profundo cambio en la epidemiología, la etiología y las características clínicas de las bacteriemias. La incidencia de la bacteriemia en la población general se ha incrementado en un 8,7% anual, pasando de 83 a 240 episodios por cada 100.000 habitantes entre los años 1979 y 2003. En este cambio han influido diversos factores, entre los que se cuentan las terapéuticas más agresivas e invasivas y la importancia creciente de diferentes tipos de huéspedes, más proclives a las infecciones. La incidencia de la bacteriemia nosocomial se estima en 6 episodios/1.000 ingresos⁸. La mortalidad global es del 27-37% con amplias diferencias según la etiología que van desde el 21% para los pacientes con bacteriemia por estafilococos coagulasa negativa, hasta el 39% para la producida por Pseudomonas aeruginosa o Candida spp. La frecuencia de bacteriemia aumenta en relación a la gravedad del cuadro clínico, así es del 17-31% en los pacientes con sepsis y del 25-53% con sepsis grave o shock séptico.

En general se acepta que los pacientes con bacteriemia deben mejorar en las primeras 48-72 h de tratamiento adecuado, y que la persistencia de la fiebre o la reaparición de la misma o de otros signos o síntomas de respuesta inflamatoria, más allá de 72 h después del inicio del tratamiento deben alertar sobre un posible curso complicado de la bacteriemia, o bien sobre un fracaso del tratamiento administrado.

El diagnóstico de bacteriemia se establece en ocasiones a posteriori, en pacientes que han sido dados de alta, la mayoría de las veces desde el servicio de urgencias. Estos pacientes requieren la reevaluación inmediata para conocer su situación clínica y si el diagnóstico y el tratamiento indicados al alta eran apropiados.

La Unidad de Enfermedades Infecciosas, dependiente de Medicina interna, y el resto de componentes del grupo de seguimiento de las bacteriemias, tiene como objetivo estudiar las bacteriemias del hospital desde el punto de vista clínico y epidemiológico en estrecha colaboración con la unidad de Microbiología, de forma que se evalúe al paciente en las primeras horas del conocimiento de la positividad de los hemocultivos para contribuir al mejor manejo de este problema de alta morbimortalidad.

Es imprescindible en esta tarea, que el Grupo cuente con el apoyo de la dirección del Hospital, de modo que se establezca una comunicación entre todos los Servicios Clínicos y Quirúrgicos para facilitar su labor, que siempre se realizará en estrecha colaboración con el responsable directo del paciente.

Diferentes estudios confirman que la consulta a un infectólogo mejora el pronóstico de los pacientes con bacteriemia. La participación activa del médico internista especialista en enfermedades infecciosas, en colaboración estrecha con el servicio de Microbiología de cada hospital, tiene especial relevancia ya que favorece el logro del principal objetivo de la praxis médica del siglo XXI: una máxima eficacia al menor coste económico posible. Diversos estudios sugieren que el cumplimiento de un programa de uso racional de antibióticos mejora la calidad de su prescripción y disminuye costes por paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS

1. Cisneros-Herreros JM et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25(2):111-30
2. Petrak RM, Sexton DJ, Butera ML, Tenenbaum MJ, MacGregor MC, Schmidt ME, et al. The value of an infectious diseases specialist. *Clin Infect Dis*. 2003;36:1013-7.
3. J Gómez et al. Valoración clínicoeconómica de un servicio de medicina interna-infecciosas en un hospital general universitario (2005-2006). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2009;27(2):70-74.

Se han publicado guías por la SEIMC y otras sociedades científicas (SEQ, FESEMI), de consenso sobre el manejo de bacteriemias. Es intención de este Grupo difundirlas en el hospital y se pretende que sirvan de orientación en el tratamiento empírico de los pacientes.

Por otro lado, es intención del laboratorio de Microbiología que los resultados de los hemocultivos se informen en el menor tiempo posible (en menos de 24 h de la extracción del hemocultivo puede conocerse el agente bacteriano (bacilos gramnegativo, cocos grampositivo) y en menos de 48 h puede saberse la identificación y sensibilidad de la mayoría de bacterias que causan las bacteriemias. No obstante, debemos conocer que la complejidad de los hemocultivos es cada día mayor (hemocultivos con más de un microorganismo, bacterias de difícil caracterización (que precisan de la utilización de laboratorios externos, biología molecular, etc), patrones de sensibilidad emergentes (BLEEs, AmpC o carbapenemasas en gram negativos y resistencia a oxacilina, resistencia a glucopeptidos y a linezolid, etc, en grampositivos). Por todo ello, insistimos en las ventajas de aumentar al máximo nuestro diagnóstico microbiológico, especialmente en infecciones invasivas y recordamos las ventajas de lograr un diagnóstico etiológico preciso; una terapéutica dirigida y ajustada; un conocimiento epidemiológico de nuestra realidad en cuanto a microorganismo y resistencias; implicaciones en salud pública (meningocemias, por ejemplo).

En cuanto a la epidemiología de las resistencias, creemos interesante conocer que el laboratorio de Microbiología del HRV participa desde el año 2007 en el estudio europeo EARSS mediante la aportación de datos de infecciones invasivas, y que los datos de toda Europa se pueden consultar en su página web

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Difundir la importancia de los hemocultivos en el diagnóstico microbiológico de las infecciones invasivas.
2. Obtener el registro de los casos de bacteriemia para conocer la incidencia y prevalencia reales en nuestro centro.
3. Conocer la epidemiología de las bacteriemias, para ver la población diana en la que implementar las próximas medidas.
4. Conocer la etiología y sensibilidad de las bacteriemias de nuestro centro, para poder diseñar políticas antibióticas correctas en un futuro y adecuar las guías de tratamiento empírico a las resistencias locales.
5. Impulsar la aplicación temprana del tratamiento antibiótico correcto y adecuado a las guías actuales, aconsejando al médico responsable del paciente (laborativa y educativa).
6. Estimular el tratamiento secuencial y la simplificación tras conocer el germen responsable como medidas de buena praxis, y ahorro económico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Unidad de Enfermedades Infecciosas dependiente de Medicina interna tiene como objetivo evaluar las bacteriemias del hospital fuera de UCI desde el punto de vista clínico y epidemiológico en estrecha colaboración con Microbiología, de forma que se evalúe al paciente en las primeras horas del conocimiento de la positividad de los hemocultivos para contribuir al mejor manejo de este problema de alta morbimortalidad. Por otro lado, la aportación del personal de UCI, con habilidades en el manejo de catéteres y nutrición parenteral, también seguirá los pacientes con hemocultivos positivos en UCI y en Cirugía General.

Para las recomendaciones se seguirá la guía de bacteriemia de la SEIMC (Cisneros-Herreros JM et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25(2):111-30) y el tratamiento antibiótico por focos multidisciplinar (J. Barberán, et al. Recomendaciones de tratamiento antimicrobiano en pacientes alérgicos a antibióticos betalactámicos *Rev Esp Quimioter* 2008;21(1):60-82)

OBJETIVOS Y DISEÑO

1. Elaborar un protocolo de extracción de hemocultivos. Difundir a médicos y Enfermería, con especial hincapié en el personal de nueva incorporación en el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS

HRV.

2. Reunión diaria con Microbiología a las 12 h para conocer los hemocultivos positivos desde la situación de informe preeliminar, y confirmar los de días previos y completar con sensibilidades y diseñar las estrategias de tratamiento y seguimiento precisas conjuntamente.
3. Valoración epidemiológica de los casos por la enfermera de Microbiología y recogida de los primeros datos clínicos, en el momento de conocer la positividad de los cultivos.
4. Evaluación clínica por un facultativo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas para establecer la adecuación del tratamiento antibiótico, la simplificación del mismo, y sugerir, si fuese necesario, algún cambio al médico responsable del paciente, así como estudiar las medidas de seguimiento o manejo que pudieran derivarse de esta actuación.
5. En el caso de pacientes ingresados en UCI y Cirugía General, se procederá asimismo a la evaluación clínica del paciente, pero en esta ocasión por un facultativo de la UCI. Se establecerá la adecuación del tratamiento antibiótico; se valorarán los pertinentes cambios ("desescalar") y se procederá al seguimiento del paciente, todo ello con conocimiento y comunicación permanente con el médico responsable del paciente.
6. El personal del grupo perteneciente a UCI, evaluará además a los pacientes con vía central y nutrición parenteral.
7. Reevaluación de los casos a lo largo del ingreso en la medida de la necesidad y el acuerdo con el médico responsable y registro de la situación al alta.
8. En los casos de pacientes dados de alta desde urgencias, se revisará la historia de urgencias, se contactará telefónicamente con el paciente y se valorarán tres opciones: reevaluación en urgencias de la necesidad de ingreso; consejo, tratamiento y seguimiento por consultas por la UEI; consejo y tratamiento ambulatoriamente por el médico de atención primaria con informe de la UEI.
9. Registro en los datos obtenidos en una base de datos para su posterior tratamiento y difusión.
10. Solicitar el apoyo a la dirección del Hospital para que miembros de la Unidad de Enfermedades Infecciosas puedan acceder a la historia de los pacientes y asesorar a los facultativos responsables del paciente caso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación: Se trata de evaluar el número y etiología de las bacteriemias del hospital y la utilidad de la colaboración de microbiología-unidad de enfermedades infecciosas en su manejo.

Indicadores:

1. Conocer el número de hemocultivos realizados en el HRV en cifras totales y de positivos significativos, comparando con otros años.
2. Conocer las cifras de contaminaciones, especialmente en el servicio de Urgencias. Análisis y difusión de datos Nº de hemocultivos positivos por cada 1000 ingresos.
3. Incidencia de bacteriemias por servicios.
4. Etiología y sensibilidades de los aislamientos globales y desglosadas por servicios
5. Focos clínicos causantes de bacteriemia.
6. Tipos de bacteriemias: comunitaria, nosocomial y asociada a cuidados sanitarios.
7. Grado de actuación de la unidad en cuanto a asesoramiento sobre manejo clínico y tratamiento antibiótico en la primera visita.
8. Porcentaje de cambios realizados en el seguimiento antibiótico en cuanto a tratamiento secuencial y simplificación.
9. Pacientes dados de alta de urgencias con hemocultivos positivos, análisis de los casos: hospitalización, tratamiento y seguimiento ambulatorio por la UEI, consejo al paciente y su médico de atención primaria para tratamiento por el mismo.

Seguimiento: conocer el porcentaje de hemocultivos globales, sobre los que se ha podido aplicar el proyecto.
Comparación con cifras de otros países europeos y otros hospitales españoles

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Enero: elaboración de base de datos.
2. Enero-Diciembre: Recogida sistemática de datos por parte de los integrantes del grupo.
3. Enero-Diciembre: Seguimiento clínico de los pacientes con sepsis confirmada.
4. Enero 2011: Evaluación de resultados y elaboración de la memoria

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

032

INFORMACION A PACIENTES EXTERNOS SOBRE MEDICAMENTOS EXTRANJEROS 2.010: PROSPECTO EN ESPAÑOL

2. RESPONSABLE CARLOS ANGEL MONCIN TORRES

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los medicamentos extranjeros que se dispensan a los pacientes externos que vienen al servicio de farmacia contienen, en el mejor de los casos, un prospecto en francés, inglés, alemán, o italiano. Se debe ofrecer a los pacientes información en español para que ésta sea inteligible y útil respecto a la posología, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones o precauciones en relación con su tratamiento. Se debe entregar a todos los pacientes a los que se dispense un medicamento extranjero un prospecto que puedan entender relativo a su tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se comenzó en 2.009 redactando el prospecto en español para 14 de los 16 medicamentos extrajeros que se pueden dispensar a pacientes externos desde este servicio de farmacia. De las 81 dispensaciones de medicamentos extranjeros a pacientes externos, el 35% fue acompañada de prospecto en español en 2009

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende aumentar el porcentaje de pacientes externos en tratamiento con medicamentos extranjeros que reciben información en español. Los pacientes estarán mejor informados sobre su tratamiento farmacológico ya que podrán conocer los citados aspectos en relación con su medicación. Prevención de efectos iatrogénicos por desconocimiento de interacciones, contraindicaciones, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración por los farmacéuticos del servicio de farmacia de prospectos en español que se facilitarán a los pacientes a los que se dispensen medicamentos extranjeros. Se realizan a partir de bibliografía, fundamentalmente base de datos de medicamentos Drugdex de Micromedex. Entrega del prospecto en español a los pacientes externos a los que se dispensen medicamentos extranjeros

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

1. Cociente nº de medicamentos extranjeros en Servicio de Farmacia con prospecto en español / nº de medicamentos extranjeros en Servicio de Farmacia x 100 (porcentaje)
2. Cociente nº de pacientes que han recibido prospecto en español de un medicamento extranjero/ nº de pacientes a los que se ha dispensado un medicamento extranjero x 100 (porcentaje) Frecuencia: la medición será al inicio del proyecto para el primer indicador y trimestral para los dos indicadores

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 de abril de 2.009

Fecha de finalización: 1 de diciembre de 2.008

Calendario:

- 1 de abril de 2.009: medición inicial del indicador 1
- Meses de marzo abril y mayo: elaboración de los prospectos en español
- 1 de junio, 1 de septiembre, 1 de diciembre: medición de los indicadores 1 y 2

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR MEDIANTE INMOVILIZACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE EVELIO NAVARRO GARCIA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- RUTH ELISA LUMBRERAS VIRGÓS-TRAUMATOLOGA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-F.E.A. TRAUMATOLOGÍA
ERNESTO ARROYO RUBIO-TRAUMATOLOGO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-F.E.A. TRAUMATOLOGÍA
ANDRAS FEKETE-TRAUMATOLOGO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-F.E.A. TRAUMATOLOGÍA
JOSE MARÍA MALLÉN ALBIR-TRAUMATOLOGO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-F.E.A. TRAUMATOLOGÍA
PILAR BLASCO AULES-PEDIATRA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-PEDIATRA DE URGENCIAS
MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-ENFERMERA DE TRAUMATOLOGÍA
MARIA JOSÉ BELTRÁN MONFORTE-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-ENFERMERA DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ANALISIS DEL PROBLEMA
- Dentro de la patología traumática existen algunas lesiones que precisan tratamiento conservador mediante una inmovilización en posición funcional. Se trata de fracturas sin desplazamiento o patología músculo- tendinosa sin lesión ósea.
 - Este tipo de inmovilizaciones pueden ser realizadas de manera excelente y eficaz por un equipo de profesionales cualificados, ya que no requieren la manipulación de la fractura o reducción de ningún tipo de luxación.
 - Debido a la constante rotación del personal en urgencias debido a las demandas de nuestro sistema sanitario es necesario reciclar los conocimientos en inmovilizaciones del personal de enfermería de manera periódica, ya que en ocasiones dicha materia no formó parte de su programa de prácticas o han estado ejerciendo en áreas apartadas de la actividad traumatológica.
 - Nuestro objetivo es capacitar al personal de enfermería para la realización de tratamiento conservador mediante una inmovilización de calidad y su participación en un futuro de talleres de inmovilización más complejos que les aporten conocimientos acerca del vendaje funcional o terapias tipo "Taping", esto ya de manera voluntaria para otro posible proyecto de mejora.
 - Ante el reconocimiento inminente de la profesión de enfermería como titulación de "grado" nos parece indispensable que enfermería adquiera mayor protagonismo en la realización de actividades adecuadas a los conocimientos de su carrera y vayan elaborando un criterio y opinión en tareas relacionadas con nuestra especialidad.
 - Esperamos de este modo una mejora de la comunicación interdisciplinaria de manera que la asistencia traumatológica del paciente de urgencias se pueda sistematizar (disminuyendo el tiempo de asistencia de cada paciente) y se convierta en trabajo en equipo coordinado.

- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA
- Dificultades en la identificación de competencias a la hora de la realización de una inmovilización en una lesión traumática.
 - Ausencia en algunos casos de entrenamiento y cualificación del personal de enfermería para la realización de dichas inmovilizaciones.
 - Aumento de los tiempos de asistencia por ambos problemas.
 - Falta de comunicación entre los equipos de enfermería y traumatología.

- POBLACIÓN DIANA
- Pacientes con lesión traumática que acuden a urgencias de Hospital Royo Villanova que precisan tratamiento mediante inmovilización

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 306

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR MEDIANTE INMOVILIZACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Unificación de criterios acerca del tratamiento mediante inmovilización de las lesiones traumáticas.
- Capacitación del personal de enfermería para la realización de inmovilizaciones de calidad.
 - Sistematización del tratamiento mediante inmovilización reduciendo el tiempo de asistencia empleado para el paciente traumático y de este modo la satisfacción de los usuarios y la disminución de la saturación del servicio de Urgencias.
 - Mejora de la comunicación y puesta en común de opiniones e iniciativas relacionadas con el tema entre especialistas en Traumatología y Enfermería de Urgencias
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Unificación de criterios entre personal de Enfermería de Urgencias de Hospital Royo Villanova y Traumatología para la realización de tratamiento inmovilizador de lesiones traumáticas.
- Capacitación y entrenamiento del personal de Enfermería de Urgencias para realizar inmovilizaciones de calidad.
 - Realización de seminarios teóricos, presentación de casos y dudas por parte de traumatología y enfermería, mejorando de este modo la comunicación interdisciplinaria y la participación conjunta en la toma de decisiones
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes que precisan reducción o inmovilización realizadas por el traumatólogo según criterios establecidos /Número de pacientes que precisan reducción o inmovilización por traumatólogo.
- Número de pacientes que precisan inmovilización en posición funcional realizadas por el equipo de enfermería /Número de pacientes que precisan inmovilización en posición funcional
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • El proyecto se llevará a cabo desde la aprobación del proyecto en el plazo de un año
- Constará de una reunión inicial de los miembros del equipo de mejora y una segunda reunión para concretar contenidos de los seminarios teórico-prácticos y los grupos de prácticas.
 - A continuación se procederá a informar al equipo de enfermería de urgencias de la iniciativa, para fomentar su participación en los seminarios y exposición de dudas y cuestiones de interés para ambas disciplinas sanitarias.
 - Realización de los seminarios teórico-prácticos interactivos en el Hospital Royo Villanova.
 - Presentación de página web del Servicio de Traumatología del Hospital Royo Villanova para conocimiento de nuestro servicio por parte de Enfermería e intercambio de impresiones e iniciativas.
 - Realización de memoria con los resultados y conclusiones del proyecto a final de año
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|-----------------------------|-------|
| • Cañón de proyección | 400 € |
| • CDs grabables | 100 € |
| Total | 500 € |
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

089

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I: INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

2. RESPONSABLE MARISOL PASCUAL PARRILLA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. SERVICIO URGENCIAS HRV
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELENA MELUS PALAZON-JEFE DE ESTUDIOS-UNIDAD-DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I
JUAN JOSE SEBASTIAN DOMINGO-S.DIGESTIVO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
JUAN FERRANDO VELA-S.MEDICINA INTERNA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
WENCESLAO VARONA LOPEZ-MEDICINA PREVENTIVA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA
CARMEN LABARTA MANCHO-FARMACEUTICA DEL SECTOR ZARAGOZA I
CARLOS CLERENCIA CASORRAN-TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA-DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR I
CRUZ BARTOLOME MORENO-MEDICO DE FAMILIA-UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el subgrupo ATC de mayor consumo en 2008 ordenado por número de envases (59.386,63) y el segundo grupo tras los inhibidores de la HMG CoA reductasa en cuanto a mayor consumo (en importante total sin descontar la aportación de beneficiarios activos) con 647,11 millones de euros, lo que supone un 5,19% del total. Se han detectado numerosas alertas informando de las reacciones adversas y complicaciones asociadas a su consumo. En reunión ante el problema detectado se ha planteado estudio transversal previo para conocer los distintos puntos de vista. Tras búsqueda bibliográfica realizada no se ha encontrado Guía actualizada basada en la evidencia por lo que se propone la creación de un grupo multidisciplinar para su elaboración y posterior implementación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Descriptivo para conocer percepción sanitarios sobre el uso actual de IBP asociado a otros fármacos.
Elaboración de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia.
Implementación de la Guía en el sector.
Difusión de la misma.
Mejorar la prescripción de IBP asociados a otros fármacos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación de la Guía en el sector una vez elaborada. Cada uno de los participantes en la misma será el responsable de la difusión en su servicio en el caso del Hospital (Digestivo, Medicina Interna, Medicina Preventiva y S Urgencias) y en el ámbito de Atención Primaria por los 6 médicos de atención primaria y los 6 residentes de familia que participan en la misma.
Difusión a nivel nacional mediante su publicación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Señalamos dos de todos los indicadores que se utilizarán para monitorizar este proyecto:
Indicador de proceso: % de IBP pautados asociados a otros fármacos antes de la implementación de la guía. Se harán dos estudios transversales uno antes de la elaboración de la guía y otro posterior, tras la implementación y se compararán resultados.
Periodicidad: se medirá antes de la elaboración de la Guía.

Indicador de resultado: % de IBP pautados asociados a otros fármacos tras la implementación de la guía. Se harán dos estudios transversales uno antes de la elaboración de la guía y otro posterior, tras la implementación y se compararán resultados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 089

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I: INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Objetivo: descenso de un 10% respecto al previo
Periodicidad: se medirá a los tres meses de implementación de la Guía

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Búsqueda bibliografica: diciembre 09-enero 10
Síntesis evidencia: febrero 10
Integración equipo multidisciplinar: febrero 10

Estudio transversal predifusión: marzo 2010
Redacción preliminar guía: marzo 10
Redacción definitiva: abril 10
Difusión: mayo 10
Estudio transversal postdifusion: junio 10
Análisis resultados: julio-agosto 10
Difusión resultados: septiembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático	750 €
· Gastos imprenta	750 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

196

DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA

2. RESPONSABLE JOSE MARIA PEREZ TRULLEN

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

J. UTRILLA BUEY-ATS-NEUROLOGIA-HOSP. ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la demencia es preciso un sistema de atención al paciente y de un adecuado apoyo continuo al familiar que ejerce como cuidador para ayudarle a aceptar y superar el diagnóstico y a reducir el stress. El cuidador es la persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad y permite seguir viviendo en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razón de edad o incapacidad no puede vivir totalmente independiente. La intervención sociofamiliar (cuidador) se ha demostrado una medida terapéutica muy eficaz en la atención al paciente con demencia. Desde hace dos 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. Es una actividad que venimos realizando desde hace aproximadamente dos años, el último año con una Beca de Calidad que ha facilitado nuestro trabajo. 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 si mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de sesiones cada 20-25 días cuya dinámica será 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 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,

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A UNA SUSTITUCION TOTAL DE CADERA, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

2. RESPONSABLE LUIS RODRIGUEZ CHACON
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JOSÉ MARÍA MALLÉN ALBIR-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
RUTH LUMBRERAS VIRGOS-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
EVELIO NAVARRO GARCÍA-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ERNESTO ARROYO RUBIO-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ANDRAS FEKETE-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
LAURA NASARRE NAVARRO-ENFERMERA-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
MARÍA SARALEGUI RETA-ENFERMERA-MÉDICO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2009, primer año de creación del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova, hemos realizado en el mismo un total de 67 reemplazos articulares de cadera. El envejecimiento progresivo de la población, el afán por mejorar su calidad de vida, unido al crecimiento esperado de la actividad de nuestro Servicio, hace prever un aumento en el número de casos que serán realizados en los próximos años. Las enfermedades osteoarticulares degenerativas son, hoy en día, el motivo de consulta y el diagnóstico más frecuente de las consultas de traumatología, y dentro de éstas, el dolor de cadera afecta a un gran porcentaje de personas mayores de 65 años. La causa fundamental de coxalgia es la artrosis coxofemoral primaria, aunque puede originarse también por necrosis avascular de la cadera, traumatismo, u otras causas secundarias. El recambio articular de cadera está indicado en aquellos casos de destrucción articular que no responden satisfactoriamente al tratamiento conservador. Revisada la bibliografía sobre esta patología, queda ampliamente demostrado como el recambio articular de cadera es un procedimiento que alivia en el dolor, permite recuperar la funcionalidad de la articulación y consecuentemente, mejora la calidad de vida del paciente que se somete a la misma. Para conseguir los mejores resultados tras la cirugía, el paciente debe estar bien informado sobre aspectos tales como:

- Expectativas ante el procedimiento quirúrgico.
- Importancia de continuar con el tratamiento específico y un programa de rehabilitación tras la intervención quirúrgica.
- Género de vida que podrá llevar una vez operado.

Pensamos que con una adecuada información al paciente se pueden obtener resultados excelentes en la mayor parte de los casos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo primordial de esta guía en formato papel, es, ampliar y mejorar la información que reciben el paciente y sus familiares. Se trata de una intervención quirúrgica de gran envergadura, y es fundamental transmitir conceptos de un modo sencillo y comprensible. Esperamos que esta guía pueda completar, en parte, las explicaciones acerca de la intervención que no se han podido comunicar de manera más exhaustiva previamente, por la elevada carga asistencial a la que están sometidas en ocasiones nuestras consultas. Además brindará al paciente la oportunidad de reflexionar en su domicilio sobre la intervención y sobre lo que este proceso supone, una vez indicado el tratamiento quirúrgico. Estamos seguros además, de que una breve descripción del proceso desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria disminuirá la angustia ó "el miedo a

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

298

DESARROLLO DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A UNA SUSTITUCION TOTAL DE CADERA, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

lo desconocido" que pueden sentir el paciente y sus familiares ante la intervención.

En resumen, esperamos con nuestro proyecto:

- Conseguir que el paciente comprenda con claridad el tipo de intervención al que va a ser sometido.
- Ampliar la información verbal que hasta ahora se ofrece al paciente y a sus familiares.
- Transmitir con sencillez los objetivos que vamos a lograr, para que sean acordes con sus expectativas.
- Disminuir el miedo y la ansiedad del paciente y sus familiares ante el proceso quirúrgico y durante la fase de convalecencia.
- Favorecer una pronta recuperación del paciente.
- Divulgar la importancia de la realización de un programa individual básico de rehabilitación de la articulación tras la intervención.
- Mejorar la satisfacción del paciente ingresado en nuestro Servicio.
- Obtener resultados quirúrgicos más homogéneos.
- Identificar nuevas necesidades del paciente y sus familiares.
- Reevaluar y mejorar esta iniciativa mediante monitorización de resultados con una breve encuesta realizada al paciente en el momento del alta y una revisión retrospectiva de las complicaciones postquirúrgicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para cumplir todos estos objetivos se va a crear una guía con la colaboración de todos los miembros incluidos en el proyecto, basada en la mejor evidencia científica disponible en el momento actual.

Se trata de un documento de tamaño DIN A4, impreso en color, cuya estructura constará de los siguientes apartados:

1. Antes del ingreso.

- Información básica sobre la patología, síntomas que se pretenden mejorar, el procedimiento quirúrgico, y objetivos reales que tanto el paciente como el cirujano deben esperar de la intervención.

- Modificaciones que se deben realizar en el ambiente del paciente para adaptarlo a su nueva situación física tras la operación, momento en el que será más dependiente para realizar las actividades de la vida diaria.

2. Estancia hospitalaria.

En este apartado se comentarán aspectos como la intervención, técnica, tipo de anestesia, recuperación en la sala de reanimación postanestésica, cuidados en la planta, etc.

3. Alta.

Se ofrecerán distintas alternativas para que el paciente y su familia puedan elegir el destino tras el alta, esto es, a domicilio, con o sin ayuda domiciliaria, o bien la posibilidad de ingreso en un centro de cuidados intermedios.

Se incluirán además las recomendaciones farmacológicas generales a tener en cuenta: gastroprotección, analgesia, trombotoprofilaxis...

Mediante una serie de ilustraciones se enseñarán unos sencillos ejercicios que el paciente puede realizar para progresar en su recuperación.

La guía se entregará en la consulta preoperatoria, en el momento de inclusión en lista de espera quirúrgica, cuando se explica al paciente, en líneas generales, cómo va a transcurrir el proceso. Se le ofrecerá al paciente la posibilidad de leer el documento y preguntar sus dudas.

Dado que la guía ofrece ayuda durante el ingreso, se puede volver a entregar a su llegada a hospitalización, si lo precisa. Es otro momento para aclarar cuestiones no aclaradas.

Antes del alta, el equipo médico y de enfermería se asegurarán de que el paciente tiene resuelta la atención posthospitalaria y ha entendido claramente cómo debe tomar su medicación y las cosas que puede y debe hacer para mejorar su recuperación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:

1. La primera consiste en entregar al paciente y a sus familiares una encuesta de satisfacción que incluye preguntas como:

- ¿Le ha resultado útil/interesante la guía entregada?

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 298

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A UNA SUSTITUCION TOTAL DE CADERA, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

- ¿Le ha ayudado a prepararse tras el alta?
- ¿La recomendaría a otras personas?
- ¿En que aspectos puede mejorar?
- ¿Se operaría de la otra cadera en caso de que fuera necesario?

Esta encuesta se le ofrecerá al alta y será entregada en la primera consulta de seguimiento tras la operación, habitualmente en el primer mes después del alta.

2. La segunda medida está dirigida a identificar indicadores objetivos que demuestren la utilidad de esta medida, como son:

- Presencia de complicaciones médicas atribuidas a un mal cumplimiento del tratamiento farmacológico como trombosis venosa profunda o complicaciones gastrointestinales.
- Luxación protésica atribuible a un mal entendimiento de las instrucciones acerca de la movilidad de la cadera intervenida.
- Otras.

Se llevará a cabo mediante revisión de historia clínica y registro de eventos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Está previsto redactar e imprimir la guía en el plazo máximo de dos meses a partir de la aceptación de nuestro Proyecto de Mejora y se va a desarrollar por espacio de 1 año.

Por lo tanto, en Mayo de 2010, podríamos comenzar a repartir las guías en las consultas a los pacientes a los que se vaya a intervenir de una prótesis total de cadera.

Teniendo en cuenta que transcurren unos meses hasta que los pacientes son operados, dispondremos de los primeros resultados sobre la efectividad de nuestra actuación, a partir de de Noviembre de 2010 aproximadamente

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Servicio de imprenta	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

124

GUIA DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE SANTIAGO RUBIO FELIX
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a SOLEDAD PASCUAL PARRILLA-F.E.A.-SERVICIO DE URGENCIAS-H. ROYO VILLANOVA
IGNACIO ANDRES BERGARECHE-F.E.A.-SERVICIO DE URGENCIAS-H. ROYO VILLANOVA
M^a JESUS GONZALEZ CABALLERO-D.U.E.-SUPERVISORA DE URGENCIAS-H. ROYO VILLANOVA
LIDIA LÓPEZ-D.U.E.-SERVICIO DE URGENCIAS-H. ROYO VILLANOVA
TERESA DE FERNANDO GROS-F.E.A.-SERVICIO DE URGENCIAS-H.ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia del proyecto
La diabetes mellitus es una de las patologías más prevalentes en urgencias, se estima que el 30- 40 % de los pacientes atendidos en Urgencias son diabéticos y de ellos el 25% son hospitalizados.
En los últimos años diversos estudios científicos han establecido que el control óptimo de la diabetes del paciente ingresado solo se consigue mediante el tratamiento con insulina, fuera de las pautas "a demanda" utilizadas habitualmente. No obstante existe cierta resistencia por parte de los facultativos tanto de los servicios de urgencias como de las plantas de hospitalización, al cambio en las pautas de insulina.
La finalidad del proyecto es realizar una guía de tratamiento del paciente diabético en urgencias, adaptada a las características del servicio y destinada a facultativos y personal de enfermería, que contemple tanto las descompensaciones de la misma, como al paciente diabético que acude por procesos intercurrentes y que deberá permanecer en observación o ingresar, ya que se ha demostrado que en las primeras 24 horas de estancia del paciente en el hospital es cuando deben sentarse las bases de todo el tratamiento insulínico posterior.

MÉTODOS DE DETECCIÓN

- Consenso en la bibliografía actual de que las actuales pautas de insulina regular a demanda, no son eficaces por sí solas y generan un mal control del paciente diabético ingresado
- Constatación de la existencia en el servicio de múltiples pautas de insulinización sin base científica clara

POSIBLES CAUSAS

- 1- Pacientes cuya estancia en el área de observación urgencias es más elevada de lo esperable, generalmente por falta de camas, y que requieren control adecuado de su diabetes ya durante su estancia en urgencias
- 2- Inercia clínica con utilización de pautas de administración de insulina, de eficacia no contrastada pero que resultan más cómodas
- 3- Resistencia a abandonar el tratamiento anti-diabético durante el ingreso

Bibliografía:

- Standards of Medical Care in Diabetes-2010. American Diabetes Association
DIABETES CARE, VOLUME 33, SUPPLEMENT 1, JANUARY 2010

- Manejo del paciente diabético hospitalizado

M. C. CARREÑO HERNÁNDEZ, J. SABÁN RUIZ, A. FERNÁNDEZ BALLESTEROS, A. BUSTAMANTE FERMOSEL, I. GARCÍA POLO, V. GUILLÉN CAMARGO, M. LÓPEZ RODRÍGUEZ, J. A. SÁNCHEZ RAMOS

Hospital Puerta de Hierro. Hospital Ramón y Cajal. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). Hospital Gregorio Marañón. Hospital de La Princesa. Hospital 12 de Octubre. Hospital La Paz. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

124

GUIA DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN URGENCIAS

An. Med. Interna (Madrid) v.22 n.7 Madrid jul. 2005.

- Conferencia de Consenso: Tratamiento de la hiperglucemia en el Hospital.

A. Pérez Pérez, P. Conthe Gutierrez, M. Aguilar Diosdado, V. Bertomeu Martinez, P. Galdós Anuncibay, G. García de Casa Sola, R. Gomis de Bárbara, J.L. Palma Gámiz, M. Puig Domingo, A. Sánchez Rodriguez.
Med. Clin. 4 abril 2009, Vol. 132, 12.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Unificación en las pautas de insulinización

2- Mejora del control metabólico de los pacientes

2- Actualización del personal del servicio en sus conocimientos acerca de las nuevas opciones en el tratamiento del paciente diabético en urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

1- Elaboración de una guía de referencia de tratamiento del paciente diabético en urgencias. Responsables: 2 facultativos del servicio y una enfermera

2- Elaboración de un folleto de menor tamaño que sirva como guía de referencia rápida para todo el personal

3- Elaboración de hoja de tratamiento específica

4- Difusión mediante varias sesiones clínicas tanto a medicina como a enfermería. Responsables: facultativos y enfermeras que han elaborado la guía, educador de diabetes, responsables de calidad y formación del servicio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores

- Tasa de pacientes diabeticos con la nueva pauta, sobre el total de pacientes diabeticos ingresados en la Sala de Observación.

- Comparación del numero de hipoglucemias registradas en los pacientes con la nueva pauta y con otras pautas de tratamiento.

Para ello, se establcerá un registro de pacientes diabéticos ingresados en la Sala de Observación, efectuandose un seguimiento mensual del registro y de ls pautas de tratamiento empleadas en cada caso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Finalización de la guía: 28 de febrero de 2010.

- Difusión de la guía entre el personal de Urgencias: Marzo de 2010.

- Implantación de las nuevas guías de tratamiento 1 de Abril de 2010.

- Evaluación inicial: 1 al 30 de junio de 2010.

- Reevaluación: 1 al 31 de Octubre de 2010.

- Evaluación final, 1 al 30 noviembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material soporte informático 2.000 €

Total 2.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

087

GESTION DE LA INFORMACION Y ORGANIZACION DE LA FORMACION CONTINUADA DEL SECTOR I

2. RESPONSABLE ELENA SANCHEZ BARTOLOME
· Profesión ENFERMERA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. SUPERVISORA DE CALIDAD Y FORMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISABEL MARTINEZ PLANAS-ENFERMERA-UTP-HAL.PAL.N.S.G.-RESPONSABLE DE FORMACION
PILAR MESA LAMPRE-MEDICO-Sº GERIATRIA HAL.PAL.N.S.G.-RESPONSABLE DE FORMACION
CARLOS CLERENCIA CASORRÁN-MEDICO-TECNICO SALUD PUBLICA-DAP-RESPONSABLE DE CALIDAD Y FORMACION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA
MARIA SOLEDAD PASCUAL PARRILLA-MÉDICO- RESPONSABLE FORMACIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO
La Formación continuada es un elemento clave del desarrollo profesional del personal del sistema sanitario que tiene el derecho y el deber de mantener actualizados sus conocimientos y competencia. Para ello, es preciso que la gestión de los procesos formativos permita un tratamiento adecuado y eficaz de la información que permita acreditar y certificar las actividades formativas realizadas por los profesionales, con garantía de confidencialidad y seguridad.

1. Problemas detectados:

- Dificultad de comunicación y difusión de las acciones formativas dirigidas al personal del sector
- Riesgo de estabilidad y confidencialidad en los datos de gestión del proceso formativo

2. Posibles causa:

- Insuficiente dotación de recursos informáticos para la comunicación, difusión y gestión de todo el proceso formativo
- Dispersión de las estructuras formativas del sector: 2 niveles y 4 centros (Atención Primaria, Hospital Royo Villanova, Hospital Nuestra Sra de Gracia, Centro de Especialidades Grande Covián)

3. Propuesta de mejora

- Diseño del plan de calidad para la gestión del proceso formativo y funcionamiento de la CFS
- Operativizar el soporte informático de todo el proceso formativo , pagina web, intranet y bases de datos dentro de los recursos del sector: ubicación en la intranet y diseño de bases de datos para la gestión de los procesos formativos.
- Dotación de los recursos materiales necesarios para ello

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha desarrollado el modelo teórico del proceso formativo del sector
Existe una Comisión de Formación del sector no formal, pero funcional, que realiza la gestión del proceso formativo
Se han desarrollado aplicaciones informáticas de nivel usuario para la gestión de los datos, información y evaluación del proceso formativo del sector

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Estructurar, dotar y optimizar la gestión del proceso formativo en el Sector

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Diseño de cronograma de la Comisión de Formación del Sector (CFS).

- Elaboración del Reglamento de la CFS.
- Selección de Criterios para el diseño de la Base de Datos de la Formación del Sector, de acuerdo a las necesidades de Información, Comunicación y Gestión Económica y de personal.
- Selección de empresa de Programación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

087

GESTION DE LA INFORMACION Y ORGANIZACION DE LA FORMACION CONTINUADA DEL SECTOR I

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-

Objetivo:

Estructurar la gestion del proceso formativo a traves del diseño del Plan de calidad.

Indicador

Plan de Calidad realizado

2.-

Objetivo:

Realización de una aplicación informática para la gestion de datos del Proceso Formativo

Indicador

Realizar la evaluacion del ciclo anual de formación a traves de la nueva herramienta informática

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: Abril de 2010

Desarrollo del Objetivo 1: Abril-Julio de 2010

Desarrollo del Objetivo 2: Septiembre-Noviembre de 2010

Finalizacion del Proyecto: Diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipamiento Informatica Movil	1.300 €
· Diseño-Desarrollo Base de Datos	1.500 €
· Equipamiento Informatica Movil	500 €
Total	3.300 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS EN LA ACOGIDA AL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE NATIVIDAD SANTOLAYA SANCHEZ
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRÚRGICO
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M^a LUISA CATALÁ MARTINEZ-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
CONCEPCIÓN DIEZ ESCUSA-ENFERMERA-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
M^a DEL CARMEN FRANCO FERNANDO-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
ELENA ROSÉS MONFORT-ENFERMERA-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
ALICIA SANZ ASÍN-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
AMPARO VALLEJO LÓPEZ-ENFERMERA-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud de un grupo de trabajo de enfermeras quirúrgicas que colaborasen en la creación del mapa de competencias de la enfermería quirúrgica de la Comunidad de Aragón, ha facilitado la constitución de un equipo de mejora interhospitalario que quiere revisar y unificar los diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras que se realizan en la acogida de los pacientes al bloque quirúrgico en los hospitales de la Comunidad así como la revisión de cuales de ellas se registran con la finalidad de mejorar y unificar la calidad de cuidados ofertada a los pacientes quirúrgicos. Nos parece el momento idóneo para realizar este proyecto de unificación de registros y perseguir su inclusión en la historia clínica informatizada de la Comunidad de Aragón

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con los cuidados recibidos.

Aumentar la seguridad de los cuidados enfermeros.

Asegurar la continuidad de cuidados en el proceso quirúrgico.

Favorecer la actualización e intercambio de conocimientos basados en la evidencia de los profesionales de enfermería quirúrgica de todos los hospitales de la Comunidad.

Implementar el registro unificado en todos los hospitales, inicialmente en formato papel y posteriormente informático

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constituir grupos de trabajo.

2. Contactar con todos los hospitales de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar su colaboración y registros.

3. Contactar con hospitales de fuera de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar sus registros.

4. Recibir formación en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC).

5. Solicitar colaboración de enfermeras expertas en metodología enfermera.

6. Revisión y consenso de las intervenciones y actividades que se realizarán y se registrarán.

7. Diseño de la hoja de registro.

8. Presentación y difusión de la hoja de registro a todos los hospitales con actividad quirúrgica de la Comunidad.

9. Medición de la implementación.

10. Informatización del registro

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 151

REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS EN LA ACOGIDA AL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de un registro enfermero de la unidad de acogida.
Realización de al menos 4 reuniones con acta de presentación del registro a enfermeros/as colaboradores de áreas quirúrgicas de otros centros de la Comunidad.
% de registros cumplimentados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Febrero 2.010. Constitución de grupos de trabajo.
2. Marzo 2.010. Contactar y solicitar colaboración y registros de los otros hospitales de la Comunidad.
3. Marzo 2.010. Contactar y solicitar registros de otros hospitales de Comunidades Autónomas diferentes.
4. Abril 2010. Formación en metodología enfermera.
5. Mayo 2010. Revisión y consenso de las intervenciones y actividades que se realizarán y se registrarán.
6. Junio 2010. Diseño del registro
7. Junio - Noviembre 2010. Presentación y difusión de la hoja de registro a todos los hospitales con actividad quirúrgica de la Comunidad.
8. Marzo 2011. Medición de la implementación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 HP COMPAQ DC7700 SFF ... (*)	1.100 €
· Gastos de desplazamiento	100 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. (*) 2 HP COMPAQ DC7700 SFF Formato reducible convertible: Sobremesa - Minitorre. HEWLETT PACKARD

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

015

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE JUAN JOSE SEBASTIAN DOMINGO
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS CABRERA CHAVES-MEDICO-SERVICIO DE DIGESTIVO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-FEA DIGESTIVO
GLORIA CEÑA LAZARO-MEDICO-SERVICIO DE DIGESTIVO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-FEA DIGESTIVO
MARA CHARRO CALVILLO-MEDICO-SERVICIO DE DIGESTIVO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-FEA DIGESTIVO
ELENA PEÑA GONZALEZ-MEDICO-SERVICIO DE DIGESTIVO-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-FEA DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo (TFD) que se define clínicamente por la asociación de malestar o dolor abdominal y alteraciones en el hábito deposicional (en número o en consistencia) sin causa orgánica conocida. La manifestación principal es dolor y/o malestar abdominal crónico, asociado a alteraciones en el hábito intestinal, tales como estreñimiento y/o diarrea, y a otros síntomas gastrointestinales, como distensión abdominal, evacuación incompleta, urgencia y tenesmo. El SII es el TFD más común, es altamente prevalente y un motivo de consulta frecuente. Se estima que alrededor de un 3% de las consultas de Atención Primaria y de un 16% a un 25% de las consultas de Digestivo son debidas a esta afección. Desde el punto de vista socio-económico-sanitario, ocasiona un elevado número de bajas laborales, consume importantes recursos sanitarios, tanto en consultas médicas como en fármacos, y deteriora de forma significativa la calidad de vida de los pacientes que lo padecen

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de una consulta de alta resolución (CARE) de este proceso en nuestro Hospital, y nuestro Sector, permitirá reducir notablemente el índice de frecuentación de este tipo de pacientes en las consultas de Atención Primaria y del Centro Médico de Especialidades de nuestro Sector Sanitario.

- Mejorar la formación de los médicos de Atención Primaria en el manejo de este trastorno.
- Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Especializada en la gestión y derivación de los TFD (en la convocatoria de 2007, se seleccionó nuestro Proyecto de Mejora de Calidad para la puesta en marcha de una CARE de dispepsia funcional para el Sector I)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de experiencias similares en otras provincias y CC.AA., revisión de las Guías de Práctica Clínica sobre el SII, elaboración del documento de trabajo y oferta formal de la CARE a Atención Primaria del Sector I: Dr. Sebastián
- Coordinación con Atención Primaria, a través de la Dirección médica de A.P. del Sector I: Dr. Sebastián
- Atención y consulta de pacientes de la CARE de SII: Dr. Cabrera, Dra. Ceña, Dra. Charro, Dra. Peña y Dr. Sebastián

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Índice de pacientes bien derivados a la CARE de SII desde A. Primaria:
pacientes que cumplen estrictamente los criterios de inclusión / todos los pacientes con sospecha de SII x 100
- Índice de satisfacción del cliente: se pasarán encuestas de satisfacción a los pacientes atendidos en la consulta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto:
- Revisión de experiencias similares en otras provincias y CC.AA., revisión de las Guías de Práctica Clínica sobre el SII y elaboración del documento de trabajo: abril- junio de 2010
- Puesta en marcha de la consulta: septiembre 2010

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 015

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR DE ZARAGOZA I

- La CARE se ofertará un día a la semana

Finalización del proyecto: --

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· iMac de 21,5 pulgadas (ordenador de escritorio para consulta)	1.049 €
Total	1.049 €

11. OBSERVACIONES. Esta CARE puede ser una experiencia piloto en nuestra Comunidad Autónoma puesto que, hasta ahora, ninguno de los hospitales de Aragón la ha puesto en marcha

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

312

IMPLANTACION DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA PARA: PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL

2. RESPONSABLE MARIA PAZ SIMON PARACUELLOS
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA ISABEL DE LA CERDA VELAZ-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
M^ªLUZ GARCÍA PALACÍN-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
M^ªANGELES MARTINEZ MARCO-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
LAURA NASARRE NAVARRO-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
MARÍA SARALEGUI RETA-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
M^ªPILAR SERRANO PEREGRINA-ENFERMERA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La utilidad de los planes de cuidados en la práctica diaria del personal de enfermería, es ya un hecho incuestionable. Sirven para unificar criterios, organizar el trabajo de una forma eficaz, minimizar la variabilidad, orientar al personal de nueva incorporación, investigar sobre la práctica..., dar en definitiva una mayor calidad asistencial

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Minimizar la variabilidad de los cuidados.
Fomentar el uso del método científico en los cuidados enfermeros.
Utilizar la metodología enfermera de forma sistemática, así como un lenguaje y unos registros estandarizados que favorezcan la continuidad de las actuaciones y la eficacia del trabajo multidisciplinar.
Orientar al personal de nueva incorporación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La elaboración de los planes de cuidados se llevará a cabo por parte de todo el equipo de mejora.
Para la revisión y modificación si procede, derivada de los problemas detectados en su puesta en marcha, así como de la valoración del nivel de implantación, grado de cumplimentación y resultados obtenidos, los responsables serán:
PLAN DE CUIDADOS - PTC: M^ª Luz García Palacín, M^ª Ángeles Martínez Marco y M^ª Paz Simón Paracuellos.
PLAN DE CUIDADOS - PTR: Ana Isabel de la Cerda Velaz, Laura Nasarre Navarro y M^ª Paz Simón Paracuellos.
PLAN DE CUIDADOS - Fractura fémur proximal: María Saralegui Reta, M^ª Pilar Serrano Peregrina y M^ª Paz Simón Paracuellos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes ingresados por las patologías mencionadas a los que se les ha aplicado el plan de cuidados correspondiente (objetivo 100%)
Evaluación del grado de cumplimentación del plan de cuidados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2010: puesta en marcha de planes de cuidados previamente consensuados.
Mayo 2010: revisión y modificación, si procede, de aquellos puntos en los que, una vez puestos en práctica los planes, se haya observado que son susceptibles de mejora.
Diciembre 2010: Valoración del nivel de implantación y resultados

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 312

IMPLANTACION DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA PARA: PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos de imprenta	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 417

ARTRO-RM ARTICULAR. CORRELACION ATROSCOPICA Y QUIRURAGICA. GUIA DE BUENA PRACTICA CLINICA

2. RESPONSABLE JUAN JOSE SORIANO GODES
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROS MENDOZA LUIS H.-H. ROYO VILLANOVA-RADIOLOGO
FERRER LAHUERTA EDUARDO-H. R. VILLANOVA-RADIOLOGO
RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN-H. R. VILLANOVA
FEKETE ANDREAS-H. R. VILLANOVA-TRAUMATOLOGO
NAVARRO EVELIO-H. R. VILLANOVA-TRAUMATOLOGO
JARNE ESPARCIA AUXILIADORA-H.R. VILLANOVA-REHABILITADORA
UNTORIA AGUSTIN CARMEN-H.R. VILLANOVA-REHABILITADORA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Artrografía articular es un técnica mínimamente invásiva de gran utilidad en problemas de inestabilidad glenohumeral, pinzamientos y/ o atrapamientos femoroacetabulares así como en distintos problemas cartilagosos y ligamentarios de las distintas articulaciones del cuerpo.
La utilidad del proyecto es continuar y ampliar el anteriormente solicitado de Artro RM glenohumeral, así como extenderlo a otros grupos de mejora implicados en el diagnóstico y tratamiento (rehabilitadores).
Como continuidad y mejora del anterior proyecto hemos conseguido la realización de la artro-RM ecodirigida sin utilizar radiaciones ionizantes ni contrastes yodados, así como el abordaje posterior de la articulación glenohumeral, marcando las tendencias de la bibliografía internacional revisada.
Reseñar que en nuestra Comunidad somos el único grupo de trabajo, dentro del sector público, que realiza dicha técnica y en el abordaje posterior ecodirigido tanto en el sector público como privado

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con respecto al proyecto anterior el número de casos han sido seis, en uno de ellos no se pudo hacer por imposibilidad de abordaje de la articulación dado el volumen del paciente y en otro un problema técnico de la RM, que hizo fallar la exploración.
De los cuatro restantes uno se hizo mediante radioescopia y contraste yodado y los tres siguientes ecodirigidos dos de ellos mediante abordaje anterior y el último mediante abordaje posterior.
Con respecto a las complicaciones reseñar que sólo hemos tenido un cuadro de reacción vaso vago. El resto han sido bien tolerados y sin complicaciones, con éxito de la técnica al lograr inyectar el contraste dentro de la articulación.
El recurso utilizado en Servicio se compró una cámara digital que realiza vídeo que nos permitiera tener un archivo fotográfico y una videoteca de los procedimientos realizados en el Servicio con un vocación docente.
Con respecto a los indicadores se sigue con los mismos de correlación y semiología de las lesiones radiológicas con los hallazgos artroscópicos y quirúrgicos, así como las posibles complicaciones de la técnica

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Afianzar la técnica en nuestro hospital así como conseguir un abordaje articular fiable y seguro que permita que sea una técnica ampliamente utilizada en nuestra comunidad (en la actualidad infrautilizada por temor y desconocimiento de la misma).
Con la nueva incorporación de otros servicios del Hospital esperamos conseguir una nueva dinámica en el número de pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para conseguir los objetivos lo deseable es dar a conocer la técnica a los distintos grupos sanitarios implicados que no permita aumentar la casuística en este año y afianzarla técnica.
El responsable del proyecto sería la persona que se comprometa mediante sesiones formativas y clínicas

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 417

ARTRO-RM ARTICULAR. CORRELACION ATROSCOPICA Y QUIRURAGICA. GUIA DE BUENA PRACTICA CLINICA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Correlación radiológica quirúrgica.
Nº de fallos técnicos.
Complicacions surguida sy dsiconfor del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyetoes continuidad del anterior de artro RM de la articulación glenoumeral y se espera acabr principios del 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Nos gutaria poder realizar un Simposium ... (*) 600 €
Total 600 €

11. OBSERVACIONES. (*) Nos gutaria poder realizar un Simposium sobre la técnica con un especialista de reconocido prestigio
Resefnar que en la actualidad somos el único grupo de trabajo dentro de la Comunidad que está realizano dicha técnica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

165

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL CUIDADOR DE UN PACIENTE CON DEMENCIA

2. RESPONSABLE JUANA UTRILLA BUEY

- Profesión ENFERMERA
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSÉ MARÍA PÉREZ TRULLEN-MÉDICO-NEUROLOGÍA-H.ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde hace unos dos años venimos realizando una atención grupal a cuidadores de pacientes con demencia. La demencia es un proceso crónico sobre el que podemos ofrecer pocas posibilidades terapéuticas eficaces. Por otro lado, el 80% de los pacientes con demencia son atendidos por familiares que asumen el rol de cuidador y le proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a estos pacientes a la vez que le permite seguir viviendo en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razón de edad o incapacidad no puede vivir totalmente independiente. De ello podemos deducir fácilmente que el cuidador no es sólo el que cuida al paciente sino que es un elemento sanitario vital en estos procesos y su función incluye también el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes. Pero este cuidador precisa un apoyo multidisciplinar y saber que existe una posibilidad de atención dirigida a ellos a la vez que necesita disponer de una serie de recursos formativos, psicológicos y sociales que facilite su atención a estos pacientes pero también que evite el desarrollo del síndrome del cuidador el cual conlleva una gran demanda de asistencia sanitaria e importantes complicaciones médicas, tanto de índole psiquiátrico como orgánico. Esto comporta un aumento del gasto sanitario, una peor atención al familiar y una importante pérdida de la calidad de vida del cuidador. Queremos dar toda esta información al cuidador mediante una guía sencilla y orientada al familiar que le facilite unas pautas de actuación a la vez que sirva para prevenir el desarrollo del síndrome del cuidador

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta ahora les facilitábamos la información de forma verbal pero queremos que toda esa información esté reunida de un modo claro y comprensible en un solo documento

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Hasta ahora les facilitábamos la información de forma verbal pero queremos que toda esa información esté reunida de un modo claro y comprensible en un solo documento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar una guía sencilla, útil y completa que reúna la información precisa para evitar el desarrollo del síndrome del cuidador a la vez que le proporcione una serie de recursos de actuación. La guía deberá incluir información sobre:

- La propia demencia y evolución
- Los recursos sociales disponibles.
- Pautas de actuación ante determinados problemas frecuentes en la demencia
- Mecanismos de prevención del síndrome del cuidador
- Información complementaria útil

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Grado de aceptación de la guía por los familiares.

- Reducción del desarrollo del síndrome del cuidador.
- Mejorar la autoestima y confianza del cuidador

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Esta guía queremos elaborarla a lo largo del presente año contando luego con las sugerencias, experiencia y orientaciones de los propios cuidadores para lograr que sea eminentemente práctica

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

470

MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE WENCESLAO VARONA LOPEZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARÍA ANTONIA BERNAD USÓN-DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA-HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA-MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Infección Nosocomial (IN) es reconocida como un problema crítico que afecta a la calidad de la asistencia en Hospitales. La literatura científica recoge evidencia de que al menos 1/3 de todas las IN pueden ser prevenidas.

El principal vector de transmisión de las IN es, sin margen para la duda, las manos del personal sanitario. La principal herramienta para limitar este vector es una correcta higiene de las manos, que al reducir la contaminación de la piel con flora bacteriana transitoria consigue reducir a su vez la contaminación cruzada, y de esta forma disminuye la tasa de IN en los pacientes.

Las últimas recomendaciones del HICPAC, en 2002, incluyen la propuesta de sustituir el lavado tradicional de las manos con agua y jabón por su descontaminación con alcohol friccionado antes y después del contacto con cada paciente. Los estudios en que se basa esta recomendación demuestran que el uso de soluciones alcohólicas en la higiene de manos se sigue de una menor frecuencia de alteraciones dermatológicas en las manos de los profesionales sanitarios y de una mayor adhesión a las normas de higiene.

Esta recomendación tiene un nivel de evidencia IA y es apoyada por la mayoría de los organismos sanitarios nacionales e internacionales que nos compete: poor ejemplo, la UE, el Mº Sanidad español y el SALUD. Merece la pena destacar que entre las "estrategias de seguridad del paciente" de la OMS para 2005/2006, el primer objetivo escogido haya sido la prevención de las infecciones nosocomiales mediante la promoción de la higiene de las manos con el lema "el cuidado limpio es un cuidado más seguro".

Los esfuerzos que se están llevando a cabo en nuestro hospital desde hace algunos años han sido destacables: colocación de más de 150 dispensadores de soluciones hidroalcohólicas en distintas dependencias del centro (habitaciones de pacientes, bloque quirúrgico, UCI, Consultas Externas, Urgencias...), colocación de carteles explicativos junto a los dispensadores y junto a lavabos, realización de charlas explicativas al personal sanitario y no sanitario del Centro.

La medida propuesta persigue reforzar la adhesión a estas actividades dando un paso más: colocación de carteles explicativos de gran tamaño (2x1 m) en las entradas principales del Centro, dispuestos en paneles unidos entre sí formando bloques de tres lados -por ejemplo, rodeando una columna de la entrada-, con el propósito de hacer visible esta necesaria dinámica de higiene y recordarla diariamente a los trabajadores del Hospital al entrar y salir del Centro, y además dotarla de importancia a los ojos de los pacientes y visitantes, sin duda también implicados en el control de la IN.

Desde hace dos años se lleva a cabo una medida similar en un hospital español de gran tamaño, a plena satisfacción de la plantilla y de la dirección del centro.

Para valorar su utilidad se realizaría una encuesta antes de colocarlos, otra al mes de colocados y una tercera al final de año, para valorar el conocimiento de las normas propuestas y la declaración de adhesión a las mismas por los trabajadores sanitario y no sanitarios del centro así como de los visitantes. Se completaría con el estudio del consumo de soluciones hidroalcohólicas en los mismos momentos de análisis

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

470

MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la adhesión a la practica de la higiene de manos en los profesionales del hospital disminuyendo así la infección cruzada y por tanto las tasas de IN.

Tomando la realización correcta de la higiene de manos entre pacientes y entre procedimientos en un mismo paciente como base para la reducción del riesgo de transmisión de infecciones:

1. Aumentar la seguridad de los pacientes ingresados: El mecanismo de transmisión principalmente identificado en la producción de brotes infecciosos nosocomiales son las manos del personal sanitario (responsable en más del 80%). La medida demostrada como más eficaz para evitar la aparición de brotes nosocomiales es la higiene correcta de manos por el personal sanitario.

2. Aumentar la satisfacción percibida por los pacientes: La aparición de enfermedad infecciosa nosocomial repercute negativamente sobre la satisfacción del paciente debido a las medidas específicas instauradas para su control (aislamiento en habitación individual, tratamiento antibiótico, reintervención, etc.) así como a las complicaciones debidas a la infección: exitus, amputación, queloides, etc.

3. Aumentar la eficiencia: La Infección Nosocomial es el Efecto Adverso de la Hospitalización más frecuente en los Hospitales de nuestro país. Conlleva un aumento de la estancia media entre 2 y 21 días según el tipo, con el consiguiente aumento del gasto sanitario, además de las medidas específicas de aislamiento, necesidad de personal específico suplementario, etc

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Evaluación del número de dispensadores funcionantes, con soluciones hidroalcohólicas dentro del periodo de caducidad mediante observación directa: Se pedirá la colaboración de las Supervisoras, que evaluarán los dispensadores de sus unidades cada 6 meses, para eventuales acciones correctoras. Esto permitirá garantizar la accesibilidad del personal a los dispensadores del producto (Dr. Wenceslao Varona. Dña M^a Antonia Bernad).

2. Encuesta previa: a partir de la empleada en las charlas sobre higiene de manos para el personal del Centro. También se aplicará a una muestra de visitantes (Dr. Wenceslao Varona. Dña M^a Antonia Bernad).

3. Diseño de los carteles: a partir de los desarrollados para el Hospital Marqués de Valdecilla (Dr. Wenceslao Varona, Dña M^a Antonia Bernad).

4. Diseño de trípticos (Dr. Wenceslao Varona. Dña M^a Antonia Bernad).

5. Colocación de los carteles y distribución masiva de los trípticos (Dr. Wenceslao Varona. Dña M^a Antonia Bernad, Mantenimiento del Hospital).

6. Charlas sobre higiene de manos (Dr. Wenceslao Varona. Dña M^a Antonia Bernad).

7. Encuesta intermedia (Dr. Wenceslao Varona. Dña M^a Antonia Bernad).

8. Encuesta final (Dr. Wenceslao Varona. Dña M^a Antonia Bernad).

9. Monitorización mensual del consumo de soluciones hidroalcohólicas en cada planta y área del hospital (Dr. Wenceslao Varona, Dña. M^a Antonia Bernad)

10. Redacción del informe final (Dr. Wenceslao Varona)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Carteles utilizados = Carteles colocados / carteles realizados

2. Trípticos utilizados = Trípticos repartidos / trípticos producidos

3. Dispensadores en uso = N° dispensadores funcionantes con botella de solución no caducada en cada planta / N° instalados en esa planta.

4. Asistencia formación = Asistentes de cada estamento / Personas de ese estamento.

5. Satisfacción media Programa formativo = N° de bueno+muy bueno en ítem satisfacción general / N° de encuestas contestadas

6. Solución utilizada = (Litros de producto consumidos /año) / días de estancia.

7. Incidencia estimada de Aislamientos gérmenes multirresistentes = N° aislamientos GMR / (n° altas año + n° pacientes ingresados a 30 dic)

8. Prevalencia de Bacteriemia en UCI y en Cirugía.

9. Tasas de Incidencia de Infección Nosocomial de Herida Quirúrgica (INHQ) por servicios estudiados = N° de INHQ/N° pacientes intervenidos en cada uno de los servicios estudiados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ACCIONES

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

470

MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

1. Evaluación dispensadores: marzo
2. Encuesta Previa: abril
- 3-4. Diseño carteles y trípticos: marzo. Fabricación carteles y trípticos: abril.
5. Colocación carteles, distribución inicial trípticos: abril
6. Programa formativo: mensual (salvo 15 jul-15 sep)
7. Encuesta intermedia: junio
8. Encuesta final: diciembre
9. Monitorización consumos por plantas y áreas: como 6.
10. Redacción Informe: diciembre-enero

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· material de imprenta: carteles 1x2m	600 €	
· material de imprenta: trípticos	1.200 €	
Total	1.800 €	

11. OBSERVACIONES. Estoy asumiendo la colaboración del Servicio de Mantenimiento del Hospital en la preparación de los soportes para fijar los carteles de 2x1 m. He remitido hace unas horas una versión a través del correo electrónico ante la dificultad para utilizar este sitio web. He corregido algunos errores en esta versión definitiva que anula la previa.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 100

COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA

2. RESPONSABLE CONCEPCION VIDAL PERACHO
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DRA. OROSIA BANDRES -HRV-ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
DRA PAOLA GRACIA-HRV-ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
DRA BLANCA GARCIA-HRV-ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El desarrollo de nuevas tecnologías ha incrementado la posibilidad de intercambio de información en materia de salud y desde la declaración de la OMS en 1997, la telemedicina es considerada como el suministro de servicios sanitarios en los que la distancia es un factor crítico. El objetivo es el intercambio de datos, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes, con el objeto de mejorar la salud de las personas que viven en una comunidad determinada. La utilización de formas no presenciales en la visita médica ha facilitado el acceso a ciertos pacientes como los diabéticos juveniles a consultas especializadas, se ha conseguido disminuir el número de consultas presenciales al año y se ha objetivado una mejora de la satisfacción, por el sentimiento de cuidados continuados. Entre los profesionales de distintos sectores, primaria-hospitales de la sanidad se han desarrollado diferentes modelos de telemedicina aplicada a las urgencias o a la radiología, siguiendo los modelos de los hospitales de París (CEDIT, Centro de Evaluación de Métodos Médicos), el proyecto AMBULANCE en diferentes países europeos, el MERMAID, el SHARED en Italia y otros como HECTOR (participa España), así como las experiencias de Manacor y del Hospital Punta de Europa en Cádiz, con utilización de redes RDSI. No obstante, la Telemedicina tiene tres dimensiones básicas: las telecomunicaciones, las ciencias de la informática y los servicios de salud, que se reflejarían en los conceptos de telemonitorización, telepresencia y teleconsulta. En este último campo, tanto en el de la telepresencia, mediante videoconferencia, como en el de la teleconsulta, es en el que estaríamos ininteresadas con este proyecto, y, en particular, en la teleconsulta, dado que es más fácil de implantar. El objeto del proyecto sería la puesta en marcha de una consulta de este tipo que fuera considerada tiempo de trabajo y que permitiera, en tiempo real o en las siguientes 24 horas, en horarios acordados con los diferentes centros de salud, la consulta por parte de Atención Primaria a Endocrinología de diferentes casos clínicos o bien comentarios respecto a tratamientos, mediante teléfono (medio plazo podría ser correo electrónico)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la calidad de la asistencia al paciente de nuestro sector en el campo endocrinológico y nutricional.
2. Mejorar la interrelación entre Atención Primaria y Endocrinología en un espacio virtual y científico, integrado en la actividad laboral
3. Facilitar el acceso inmediato a la información que requiere el profesional para ser más eficiente en el tratamiento de los pacientes
4. Mejorar las relaciones humanas con los profesionales de diferentes sectores del proceso de salud

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Recoger quien hace la consulta desde Atención Primaria
-Los casos son comentados sin necesidad de información nominal del paciente
-Horario determinado y acordado en el periodo de consulta
-Tiempo real de consulta
-Sea considerado trabajo de la Sección de Endocrinología
-Acceso Universal a todos los médicos de Atención Primaria del sector 1

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 100

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA

Se adjunta diseño de Recogida de Datos por nuestra parte:

- Centro de salud
 - Facultativo
 - Paciente (opcional)
 - Consulta
 - Motivo de consulta:
 - patología tiroidea
 - diabetes
 - tratamientos farmacológicos
 - modificar citas
 - otras causas
 - Consulta procedente
 - Si
- | | | |
|--|-------------------------|---------|
| | ordinaria | urgente |
| | hipertiroidismo | |
| | hipotiroidismo | |
| | descompensación crónica | |
| | descompensación aguda | |
| | debut | |
| | ingreso hospitalario | |
- No

esto lo cumplimentaremos nosotros al llamarnos

Se ha diseñado una hoja de recogida de datos para el Servicio de Citaciones de Grande Covian, que ya conocen el interés por el proyecto, y que está a vuestra disposición

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

-Encuesta de satisfacción dirigida a los profesionales de atención primaria usuarios de esta forma de hacer consulta, en seis meses aproximadamente, sencilla y que nos aporte información

-Evaluación de la Unidad de Endocrinología y Nutrición sobre los cambios que el proyecto ha generado en la dinámica interna laboral del grupo, influencia sobre el número de pacientes que se derivan desde Atención Primaria, cuantificación de los motivos de consulta, estudios de las zonas de procedencia de la teleconsulta, eficiencia clínica y otros parámetros

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 100

COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde su aprobación y tras difusión en Atención Primaria, de forma inmediata

Como servicio nos interesa mantener una oferta de línea telefónica abierta y continua con Atención Primaria , para una mejor interrelación entre niveles asistenciales

Los lunes y miércoles en horario de 13.30-14 horas a 14.30-15 horas aproximadamente, y los jueves de 15 a 15.45 nos pondríamos en contacto telefónico con Atención Primaria, llamándolos a los Centros de salud, a los profesionales que en esa mañana se han inscrito en Servicio de Citaciones.

Para ello, previamente, en ese día por la mañana o por la tarde se llama a CME Grande Covián y los médicos de atención primaria se inscribirían en el Servicio de Citaciones, para la Consulta telefónica de Telemedicina de Endocrinología y Nutrición.

En un principio habría que comentar si es o no urgente para contestar en el día o en los días siguientes.

También les aportaríamos listado del rotatorio de los diferentes profesionales del equipo (consultas de CME Grande Covian, hospital, consulta de Hospital) para que pudieran contactar con el profesional que quieran o que sepan quien esta en el horario convenido esa semana

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. (*) Reservar una hora semanal, tres horas a la semana en la consultas de CME Grande Covian y potenciar ...

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 162

PROGRAMA DE CONTROL DE PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO UNIPOLAR Y BIPOLAR QUE REQUIEREN TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA

2. RESPONSABLE MARIA DE LOS REYES MARIN LACASA
· Profesión MEDICO
· Centro USM ACTUR SUR
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROBERTO LOZANO ORTIZ-FARMACEUTICO-HOSPITAL N.S. DE GRACIA
ASUNCION PASCUAL GARCIA-PSIQUIATRA-CSM ACTUR SUR
DOLORES VAZQUEZ RODRIGUEZ-PSIQUIATRA-CSM ACTUR SUR
MARIA JESUS SANTACRUZ-ENFERMERA-CSM ACTUR SUR
IGNACIO ANDRES-FARMACEUTICO-H.N.S. DE GRACIA
CRISTINA PARDOS-MEDICO ANALISTA -H.N.S. DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lamotrigina tiene evidencias de eficacia en este tipo de trastornos. Patología severa dentro de los T. psiquiátricos.
Posibilidad de efectos adversos muy graves. Prevención e identificación de pacientes con mayor riesgo de efectos secundarios. la bilirrubina se propone como biomarcador, determinaciones de indirecta y total.
Pacientes en seguimiento en consultas para detección/control de efectos secundarios

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Programa de continuación. Muestra de 36 pacientes controlados. No detección de reacción adversa dermatológica grave. Ningún paciente con BT > 0,8.
Establecimiento de relación cuantitativa entre niveles plasmáticos de lamotrigina ,dosis,peso,BI. BT. y presencia o ausencia de inducción enzimática

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detección precoz de posibles efectos adversos para supresión del fármaco y tratamiento urgente, si se requiere. aumentar información de los pacientes sobre beneficio/riesgo. Aumentar seguridad del paciente en tratamientos largos.
CONTINUAR LA ACTIVIDAD DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ENTRE PSIQUIATRIA, FARMACIA Y LABORATORIO, encaminada al uso racional de psicofármacos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mantener el protocolo de información. derivación desde USM a farmacia y laboratorio. Recogida de datos. Seguimiento clínico en USM en pacientes con Lamotrigina:M.R.Marin Lacasa,A.Pascual Garcia,D.Vazquez Rodriguez.
Protocolo entre los tres servicios.
Reuniones mensuales con farmacia y trimestrales entre los 3 servicios.
Mantenimiento de la metodología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes totales con lamotrigina/pacientes respondedores+
Pacientes totales con lamotrigina/p.seguimiento bilirrubina
Pacientes totales con lamotrigina/p.con efectos secundarios

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ENERO A DICIEMBRE DE 2010.
REVISIÓN TRIMESTRAL DEL TOTAL DE CASOS EN ESTUDIO.
DICIEMBRE DE 2010 CON EVALUACIÓN DE LA MUESTRA Y PROPUESTA DE MEJORAS

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· INFORMÁTICO 1.060 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 162

PROGRAMA DE CONTROL DE PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO UNIPOLAR Y BIPOLAR QUE REQUIEREN TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA

Total 1.060 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 176

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO DE PACIENTES NEUROLOGICOS (PARKINSON, HUNTINGTON,ESCLEROSIS MULTIPLE,ETC) EN TRATAMIENTO CON AGOMELATINA

2. RESPONSABLE MARIA DE LOS REYES MARIN LACASA
· Profesión MEDICO
· Centro USM ACTUR SUR
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROBERTO LOZANO ORTIZ-FARMACEUTICO-H. NTRA. SRA. GRACIA
ASUNCION PASCUAL GARCIA-PSIQUIATRA-CSM ACTUR SUR
DOLORES VAZQUEZ RODRIGUEZ-PSIQUIATRA-CSM ACTUR SUR
MARIA JESUS SANTACRUZ-ENFERMERA-CSM ACTUR SUR
GNACIOANDRES-FARMACEUTICO-H.NTRA.SRA. GRACIA
CRISTINA PARDOS-MEDICO ANALISTA-H.NTRA.SRA. GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA: La alta comorbilidad entre las enfermedades neurológicas(EN) y la depresión se debe a que ambas entidades comparten mecanismos patogénicos comunes. Entre el 15-30 % de personas con EN presenta episodio depresivo ; la tasa de suicidio es mas elevada en estos pacientes. Las causas de depresión de estas patologías tienen muchos detonantes externos; el dolor, mala calidad de vida, efectos de la enfermedad en la familia, hogar, trabajo y economía. Algunos de los síntomas como los trastornos del apetito y del sueño, la disfunción cognitiva, el cansancio, el dolor y la pérdida de la libido son muy habituales en los pacientes con EN y, por tanto, es difícil explicar qué causa el problema. Si estos problemas se deben, sobre todo, a la depresión, es probable que un tratamiento adecuado aporte mejora.

El tratamiento de la depresión se debe personalizar en cada paciente. Los antidepresivos incluyen los medicamentos tradicionales, como amitriptilina o doxepina, y los agentes más recientes, como fluoxetina, paroxetina o escitalopram.

Agomelatina es un antidepresivo clasificado como norepinephrine-dopamine disinhibitor (NDDI) debido al antagonismo de los receptores 5-HT_{2C}, provocando una mejora en la liberación y actividad de DA y NA en la corteza frontal. Agomelatina es un potente agonista de los receptores de Melatonina (MT₁ MT₂) No se ha asociado con ganancia de peso, disfunción sexual , alteraciones del sueño y síndrome de retirada como ocurre con la mayoría de SSRI's y otros antidepresivos. Estudios endocrinológicos han demostrado que Agomelatina reduce PRL basal e inducida por stress así como LH en mujeres y Cortisol en ambos sexos.

UTILIDAD: El control clínico y farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con AGOMELATINA supone una herramienta que aumenta considerablemente "la eficacia, seguridad" ; cumplimiento de los tratamientos. Se incrementa la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.

MÉTODOS: Se propone, basándonos en la disminución de PRL y ausencia de elevación frente a algunos de sus estimulantes naturales, así como del Cortisol, producida por la Agomelatina; realizar el seguimiento del tratamiento valorando los niveles de PRL y Cortisol basales.

Para valorar su toxicidad hepática se realizarán controles de enzimas, hepáticos y Bilirrubina; así como análisis de interacciones con otros medicamentos.

SITUACION DE PARTIDA: Utilizaremos la metodología aplicada en el Proyecto de calidad de años anteriores, siendo el nº de pacientes de aprox. 15-30

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 176

MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO DE PACIENTES NEUROLOGICOS (PARKINSON, HUNTINGTON,ESCLEROSIS MULTIPLE,ETC) EN TRATAMIENTO CON AGOMELATINA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la seguridad del paciente NEUROLOGICO en tratamiento de larga duración con AGOMELATINA , dadas las características clínicas de estos pacientes.

Aumentar la seguridad del tratamiento con AGOMELATINA.

Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicio de Psiquiatria, farmacia y laboratorio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la consulta de la Unidad de Salud Mental se realiza la valoración e indicación en el paciente, se realiza la petición analítica protocolizada.

Responsable en la Unidad Salud Mental : Reyes Marín, Asunción Pascual ,Dolores Vazquez(psiquiatras)

La ATS de la Unidad de Salud Mental realiza las peticiones periódicas al Laboratorio y Farmacia. Responsable: M^a Jesús Santacruz

El farmacéutico toma los antecedentes necesarios del paciente y con los datos analíticos ,realiza el informe farmacoterapéutico con las recomendaciones de posibles cambios de pauta que fueran necesarios. Responsable: Roberto Lozano

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° Pacientes en tratamiento con AGOMELATINA.

N° de pacientes con PRL normal / N° total pacientes

N° de pacientes con Cortisol normal/N° total pacientes

Numero de pacientes con alteraciones de enzimas hepaticos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: ENERO DE 2010

REVISION MENSUAL DEL PROTOCOLO Y NOVEDADES.

REVISION TRIMESTRAL DE CASOS Y MONITORIZACION DE INDICACORES

NOVIEMBRE DE 2010 REVISION DE CASOS Y VALORACION DEL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO.

ENERO DE 2011 EVALUACION Y PROPUESTAS DE MEJORA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· INFORMATICO	1.000 €
· CONGRESOS	1.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

249

PROTOCOLO DE MEJORA DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE ASUNCION PASCUAL GARCIA

- Profesión MEDICO
- Centro USM ACTUR SUR
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REYES MARÍN LACASA-CSM ACTUR SUR-MEDICO PSIQUIATRA
ROBERTO LOZANO-FARMACEÚTICO-HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA
DOLORES VAZQUEZ-CSM ACTUR SUR-MEDICO PSIQUIATRA
M^aJESUS SANTACRUZ-ENFERMERA-CSM ACTUR SUR
IGNACIO ANDRÉS-FARMACEÚTICO-HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA
CRISTINA PARDOS-MEDICO ANALISTA-HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trastorno mental grave es una entidad que aglutina diagnósticos como Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, se considera que representa un problema de salud pública importante por sus implicaciones psicopatológicas y por sus efectos en la salud física del paciente. El CSM es el dispositivo asistencial clave en el seguimiento de éstos pacientes, a pesar de ello su asistencia está poco estructurada y apenas existen protocolos asistenciales de actuación.

En cuanto a la vertiente física de la salud de éstos pacientes no se considera una necesidad que los profesionales perciban como prioritaria, por ello creemos que es fundamental estandarizar un protocolo de actuación en el que se controlen las alteraciones metabólicas que éstos pacientes puedan sufrir y con ello poder evitar los efectos patógenos que pueden conllevar a largo plazo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. a) Los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión de la unidad:

- Número de pacientes estudiados: 50
- Número de pacientes con IMC<25/Total pac.=8/33,25%
- Número de pacientes con IMC=25-30/Total pac.=9/33,27%
- Número de pacientes con IMC=30-35/Total pac.=11/33
- Número de pacientes con IMC>35/Total pac.=5/33, 15%
- % de pacientes con Síndrome Metabólico= 14/50, 29%

b) Otras actividades realizadas durante el 2008 y los resultados conseguidos.

c) La valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios.
Actividades pendientes: Análisis y recolección de datos correspondientes a 15 pacientes

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar seguridad metabólica de pacientes con TMG

Promover cambios de estrategia terapéutica y/o higiene alimentaria- tipo de vida.

Indicadores:

Cálculo de IMC

Parámetros metabólicos: Glucosa, colesterol HDL , LDL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Control mensual: Peso, Tensión Arterial y Pulso cardiaco

- Control semestral: Analítica General donde se valorará el riesgo de Síndrome Metabólico teniendo en cuenta los siguientes parámetros, perfil glucémico, perfil hepático, perfil lipídico.

- Control anual: de Electrocardiograma

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 249

PROTOCOLO DE MEJORA DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Monitorización de variables que indiquen el riesgo de padecer Síndrome Metabólico.
Detección de signos y síntomas que impliquen riesgo cardiovascular.
Promover cambios de mejora de hábitos alimentarios y tóxicos.
Promover cambios de medicación si se considera necesario

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:
Fecha de inicio: Enero del 2010
Fecha de finalización: Diciembre del 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pruebas bioquímicas de laboratorio externo	500 €
· Material informático	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 414

MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

2. RESPONSABLE AINHOA TELLERIA SANJUAN
· Profesión MEDICO
· Centro USM INFANTO-JUVENIL MOVERA
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARISOL ESCUDERO SEVILLANO-TRABAJADORA SOCIAL-C.D.I-J SALUD MENTAL (MOVERA)
JOSÉ MANUEL GRANADA LÓPEZ-ENFERMERO COORDINADOR-C.D. I-J SALUD MENTAL (MOVERA)
TERESA COLOMER SIMÓN-PSICÓLOGA CLÍNICA-C.D. I-J SALUD MENTAL (MOVERA)
ANA RIVASES AUNÉS-PSIQUIATRA-C.D. I-J SALUD MENTAL (MOVERA)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DESDE EL 2009 SE VIENE DESARROLLANDO UN GRUPO DE TRABAJO DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL DENTRO DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES ESPECÍFICAS DEL SALUD, CON LA FINALIDAD DE UNIFICAR CRITERIOS Y CONTAR CON UN INSTRUMENTO ÚNICO DE RECOGIDA DE DATOS. ACTUALMENTE SE VE NECESARIO LLEVAR A LA PRÁCTICA ESTE NUEVO DOCUMENTO CREADO ASÍ COMO LA DE CREAR O UNIFICAR NUEVOS INSTRUMENTOS QUE REFUERZEN EL TRABAJO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y QUE QUE SIGAN CON EL OBJETIVO DE UNIFICAR CRITERIOS (ESCALAS, INFORMES...)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - PUESTA EN PRÁCTICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL CONFECCIONADA EL AÑO PASADO
- INCLUIR DEICHO DUCUMENTO EN LAS HISTORIAS DE CADA PACIENTE PARA FOMENTAR LA INFORMACIÓN AL RESTO DEL EQUIPO DEL TRABAJO QUE SE ESTÁ REALIZANDO CON ÉL
- PODER REALIZAR MODIFICACIONES EN EL DOCUMENTO EN CASO DE QUE SE VEA OPORTUNO UNA VEZ LLEVADO A LA PRÁCTICA
- INVESTIGAR SOBRE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN QUE EXISTAN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA CUBRIR TODAS LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN
- CREAR, MEJORAR Y UNIFICAR TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS DESTINADOS A FACILITAR LA INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y SERVICIOS (INFORMES DE DERIVACIÓN, DE ALTA...)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PLANTEADOS SE HA CREADO UN PLAN DE REUNIONES CUATRIMESTRALES ENTRE LAS DISTINTAS TERAPEUTAS DE LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. FUERA DE ESTAS REUNIONES SE REALIZARÁ UN TRABAJO INDIVIDUAL DE CADA PROFESIONAL EN SUS UNIDADES DE TRABAJO CON SU EQUIPO CORRESPONDIENTE

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -UTILIZAR EL INSTRUMENTO CREADO PARA TODOS LOS NUEVOS PACIENTES DEL 2010
-VALORAR AL 10% DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON ANTERIORIDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. LAS FECHAS PREVISTAS PARA LAS REUNIONES ENTRE TODAS LAS TERAPEUTAS DEL SALUD SON:
MARZO 2010: REUNIÓN EN ZARAGOZA
JUNIO 2010: REUNIÓN EN TERUEL
OCTUBRE 2010: REUNIÓN EN HUESCA
REUNIONES INTERNAS EN CADA DISPOSITIVO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· ordenador portátil hewlett packara hp. compaq 6730b 900 €
· bibliografía 200 €
Total 1.100 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 414

MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

11. OBSERVACIONES.