

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	AT.PRIMARIA	461	PUEYO SALAVERA, CLARA	ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE: IMPLICACION ACTIVA DEL ENTORNO FAMILIAR Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	CS ALMOZARA	
Z2	AT.PRIMARIA	364	BIESA CAMPOS, BLANCA	REVISION, PUESTA AL DIA Y MANTENIMIENTO DEL "CARRO DE PARADAS". RECICLAJE DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO EN EL MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (RCP BASICA).	CS FERNANDO EL CATOLICO	
Z2	AT.PRIMARIA	6	MACIPE COSTA, ROSA MARIA	MEJORA DEL SISTEMA DE CITACION EN LOS CONSULTORIOS DEPENDIENTES DEL EAP DE FUENTES DE EBRO	CS FUENTES DE EBRO	
Z2	AT.PRIMARIA	245	ARMALE CASADO, MARIA JOSE	DEMANDA DE SALUD EN POBLACION JOVEN Y ADULTA, OFERTA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. DOS CAMINOS DIFERENTES QUE LLEGAN A UNIRSE	CS LAS FUENTES NORTE	
Z2	AT.PRIMARIA	635	TOBAJAS SEÑOR, EVA MARIA	ABORDAJE DE ULCERAS POR PRESION (UPP) EN ATENCION PRIMARIA. SECTOR II. (CONTINUACION).	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	
Z2	AT.PRIMARIA	316	SANCHEZ TORRES, PILAR YOLANDA	REVISION DE LA IDONEIDAD DEL AUTOCONTROL MEDIANTE GLUCOMETRO EN EL MANEJO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 CON ANTIDIABETICOS ORALES	CS SAN JOSE CENTRO	
Z2	AT.PRIMARIA	271	ALGABA CIMORRA, DESIREE	EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES CON LA FINALIDAD DE QUE EJERZAN UN MAYOR CONTROL SOBRE SU SALUD Y PUEDAN MEJORARLA	CS SAN JOSE NORTE	
Z2	AT.PRIMARIA	318	BUJEDO RODRIGUEZ, FELICIDAD	COORDINACION SOCIO SANITARIA EN LA EDUCACION GRUPAL A CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES	CS SAN JOSE NORTE	
Z2	AT.PRIMARIA	503	VAZQUEZ ANDRE, MARIA LUISA	PROTOCOLO DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GINGIVITIS EN POBLACION JOVEN DESDE LAS CONSULTAS DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCION PRIMARIA. CONTINUACION DE PROYECTO PREVIO	CS SAN JOSE SUR	
Z2	AT.PRIMARIA	74	EGUILUZ LOPEZ, MERCEDES	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE EPOC	CS SAN PABLO	
Z2	AT.PRIMARIA	494	SAMITIER LERENDEGUI, MARIA LUISA	USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: MEJORA DE LA PRESCRIPCION DEL GRUPO FARMACOLOGICO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES	CS SAN PABLO	
Z2	AT.PRIMARIA	441	MONREAL ALIAGA, ISABEL	VALORACION Y MEJORA DE LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA DE LAS EMERGENCIAS MEDICAS DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO	CS SASTAGO	
Z2	AT.PRIMARIA	346	SORIA CABEZA, GLORIA	ATENCION A LA URGENCIA VITAL	CS TORRE RAMONA	
Z2	AT.PRIMARIA	102	GALBE SANCHEZ-VENTURA, JOSE	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ	CS TORRERO-LA PAZ	
Z2	AT.PRIMARIA	603	MAINER SANMARTIN, MARIA PAZ	MAXIMIZAR LA EFICIENCIA DE LA EDUCACION EN DIABETICOS TIPO II EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ	CS TORRERO-LA PAZ	
Z2	AT.PRIMARIA	332	FUSTERO FERNANDEZ, MARIA VICTORIA	ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CS VALDESPARTERA 2011	CS VALDESPARTERA	
Z2	AT.PRIMARIA	630	LATORRE RUIZ, CRISTINA	MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD. NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE DEL PROCESO DESDE ATENCION PRIMARIA	CS VALDESPARTERA	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	337	APARICIO CLAVERIA, ASUNCION	DETECTAR FACTORES LATENTES INFLUYENTES Y POSIBLES ACTIVIDADES DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DEL CME RAMON Y CAJAL, MEDIANTE LA OPINION Y LA INFORMACION FACILITADA POR LOS PROFESIONALES DEL CENTRO	CME RAMON Y CAJAL	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	266	ABAD SAZATORNIL, MARIA REYES	OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION SEGURA Y CONSERVACION DE LOS MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	275	ABADIA ALVAREZ, BEATRIZ	DISMINUCION ANSIEDAD DEL PACIENTE PREVIA A INTERVENCION PROGRAMADA DE CIRUGIA CARDIO-TORACICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	84	AGUAVIVA MARCUELLO, BEATRIZ	PUESTA EN MARCHA DE UNA LISTA DE CHEQUEO (CHECK LIST) PREVIA A LA INTERVENCION QUIRURGICA EN UNA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:11 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	AT.ESPECIALIZ.	263	AGUSTIN FERRANDEZ, MARIA JOSE	MEJORANDO LA ATENCION E INCREMENTANDO LA SEGURIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS CITOSTATICOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	313	ALONSO FORMENTO, JOSE ENRIQUE	MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LAS TECNICAS DIAGNOSTICO-TERAPEUTICAS REALIZADAS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	565	ALVAREZ ALEGRET, RAMIRO	PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189:2007 DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA A PARTIR DE PROGRAMA CONTINUO DE MEJORA PREVIO Y DE LAS DIRECTRICES DEL COLEGIO AMERICANO DE PATOLOGOS (CAP, QUALITY MANAGEMENT IN ANATOMIC PATHOLOGY).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	434	ANDRES REDONDO, MARIA MERCEDES	CALIBRACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA SUPERFICIAL PANTAK THERAPAX SXT 150 USANDO EL PROTOCOLO IAEA TRS-398, DETERMINACION DEL ESTADO DE REFERENCIA Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	391	ANGUAS GRACIA, ANA	PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ANSIEDAD ANTE UNA CISTECTOMIA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	408	ARAZO GARCES, PIEDAD	MEJORANDO EL PROCESO DE BACTERIEMIA: PROGRAMA INTEGRADO CLINICO-MICROBIOLOGICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	400	ARTIGAS MARTIN, JOSE MARIA	EVALUACION DE RIESGO CARCINOGENICO (DOSIS EFECTIVA) ASOCIADO A LAS EXPLORACIONES CON TC EN DOS EQUIPOS TOSHIBA AQUILION 64 DEL HOSPITAL GENERAL Y DE LA UNIDAD DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS DEL HUMS. ESTUDIO COMPARATIVO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	654	AZPIROZ TELLER, MERCEDES	MEJORA Y COORDINACION EN LA PETICION DE MATERIAL ESTERIL DESDE QUIROFANO AL SERVICIO DE ESTERILIZACION	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	448	BAQUEDANO MAINAR, LAURA	MANEJO Y CUMPLIMIENTO DE GUIA DE PRACTICA CLINICA REFERENTE A LA ENDOMETRIOSIS. ELABORACION DE MATERIAL INFORMATIVO PARA LAS PACIENTES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	476	BARINGO FUENTES, TERESA	DISMINUIR EL N° DE ESTUDIOS GAMMAGRAFICOS DE PARATIROIDES NO ADECUADOS O DE BAJO VALOR DIAGNOSTICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	593	BARRANCO DOMINGUEZ, JOSE IGNACIO	DESARROLLO Y POTENCIACION DEL GRUPO DE SEGURIDAD CLINICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	169	BERNAL JAULIN, JOAQUIN	MONITORIZACION DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGIA EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIA DE HIATO/REFLUJO GASTROESOFAGICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	632	BOLDOVA GIL, JOSE IGNACIO	MEJORA EN LOS INFORMES DE ALTA DE CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	628	BORQUE MARTIN, JOSE LUIS	CREACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO (U.D.A) EN EL HOSPITAL MATERNAL "MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	430	CALLAO BUATAS, JOSE	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	376	CALVO CEBOLLERO, ISABEL	PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON" ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR II	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	580	CALVO PEREZ, PILAR	CURSO DE MEJORA DEL TRIAJE DE URGENCIAS OFTALMOLOGICAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	67	CAMPILLOS MAZA, JOSE MANUEL	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EVACUACION UTERINA FARMACOLOGICA DOMICILIARIA EN ABORTOS DIAGNOSTICADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:12 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	AT.ESPECIALIZ.	594	CAMPOS CALLEJA, CARMEN	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO BASADO EN SIMULACION DE CASOS CLINICOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	233	CARDIL REDONDO, ALBA	UTILIZACION DE UN ANDADOR MODIFICADO PARA TRANSPORTAR BOTELLA PORTATIL DE OXIGENO PARA MOVILIZACION PRECOZ DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE PULMON	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	215	CARRERAS GRACIA, SONIA	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE ADMISION	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	667	CASSINELLO OGEA, CONCEPCION	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA DE ANESTESIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	19	CASTAN MATEO, SERGIO	ENTRENAMIENTO DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA OBSTETRICA BASADO EN LA SIMULACION: PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	496	CEBOLLERO BENITO, MARIA DEL PILAR	PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO ASISTENCIAL COLELITIASIS COMPLICADA Y COLECISTECTOMIA PRECOZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	374	CESAR MARQUEZ, MARIA ANGELES	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DE LA DETERMINACION DE AMINOACIDOS Y ACILCARNITINAS POR ESPECTROMETRIA DE MASAS, PERTENECIENTE AL PROGRAMA AUTONOMICO DE CRIBADO NEONATAL EN EL S. DE BIOQUIMICA CLINICA DEL H.U. MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	591	CHUECA TORAL, LORENA	INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DURANTE EL CATETERISMO CARDIACO Y LOS CUIDADOS POSTERIORES EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	558	CLARACO VEGA, LUIS MANUEL	PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR II	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	414	CLERENCIA SIERRA, MERCEDES	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS MAYORES DE 75 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA OSTEOPOROTICA, QUE PRECISAN DESCARGA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	404	COTERA USUA, IGNACIO	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA ANALGESIA MULTIMODAL POSTORACOTOMIA EN PLANTA DE CIRUGIA TORACICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	550	CUADRA GIMENEZ, MARIA DEL PILAR	PROMOCION Y DESARROLLO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL GENERAL Y TRAUMATOLOGIA).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	69	DE DIEGO ALLUE, MARIA ELENA	FORMACION DEL GRUPO CLINICO DE MEDICINA FETAL DEL HUMS Y COMO GRUPO DE REFERENCIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	110	DE LA CUEVA BARRAO, LETICIA	MONITORIZACION Y EVALUACION DE PROCESOS CLAVE TRAS LA IMPLANTACION DE LA NORMA ISO 9001:2008	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	523	DE TORRES AURED, MARIA LOURDES	FORMACION SOBRE TIPOS DE ALIMENTACION Y CONTAMINACION CRUZADA EN PACIENTES CELIACOS DIAGNOSTICADOS DE ADULTOS MEDIANTE METODOLOGIA DE ADIESTRAMIENTO GRUPAL, COMO MEJORA EN SU CALIDAD DE VIDA Y REAFIRMACION EMOCIONAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	549	DELGADO BELTRAN, PILAR	ESTANDARIZACION DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO A PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	534	DIARTE DE MIGUEL, JOSE ANTONIO	CATETERISMO CARDIACO: MANUAL PRACTICO DE PREPARACION DEL PACIENTE Y CUIDADOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DEL PROCEDIMIENTO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	335	DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN, ANA	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ESTRATIFICACION PRONOSTICA Y USO ADECUADO DE TAC EN EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN URGENCIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:13 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	AT.ESPECIALIZ.	273	DOMINGUEZ GARCIA, MARTA	SON-RISAS CADA JUEVES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	378	ECHARRI MARTIN, EVA MARIA	PROGRAMA PARA GARANTIZAR LA PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA (NAVM), EN CONCORDANCIA CON EL PROYECTO NEUMONIA ZERO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	352	EGIDO LIZAN, PILAR	IDENTIFICACION DE LOS EQUIPOS DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA Y ELABORACION DE FICHAS DE EQUIPOS CON TRAZABILIDAD, SEGUN NORMA ISO 15189	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	459	ESPINOSA CASTELLS, RUT	INFORMATIZACION Y RECOGIDA DE DATOS EN LA VISITA PREANESTESICA EN PACIENTES DE CIRUGIA CARDIO-TORACICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	571	ESTEBAN LORENTE, DELIA	MEJORA DE LA PROTECCION RADIOLOGICA DEL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO: EVALUACION DE LA SITUACION ACTUAL, CREACION DE BASE DE DATOS DOSIMETRICA DE PACIENTES Y ADOPCION DE MEDIDAS PROTOCOLIZADAS PARA INCREMENTO DE SU SEGURIDAD RADIOLOGICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	51	FERNANDEZ MOSTEIRIN, NURIA	INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES EN LA SECCION DE HEMOSTASIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	398	FERRER GRACIA, MARIA CRUZ	MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE ANTES Y DESPUES DEL IMPLANTE DE STENT CORONARIO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	662	FERRERAS AMEZ, ANTONIO	PREVALENCIA Y MANEJO DE LA PATOLOGIA OFTALMOLOGICA MAS FRECUENTE EN ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	568	FRANCO FERNANDO, CARMEN	IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA U.R.P.A Y/O UNIDAD DE REANIMACION EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	138	GARCIA GIL, MARIA PILAR	MEJORA DE LA GESTION DE USUARIOS Y CONTRASEÑAS EN LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	26	GARRIDO FERNANDEZ, PILAR	IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL PARA ESTUDIO CITOGENETICO FETAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	425	GAVARA GIMENO, CARMEN	DETECCION PRECOZ DE LA CARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL ANCIANO HOSPITALIZADO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	525	GIL BONA, JESUS	PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE EN CIRUGIA CARDIACA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	561	GIL PEREZ, DESIRE	ADIESTRAMIENTO EN LA ALIMENTACION DE LOS PACIENTES CON VIH MEDIANTE TERAPIA Y SEGUIMIENTO GRUPAL, COMO MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL, CONOCIMIENTO DE LAS INTERACCIONES NUTRIENTES-POLIMEDICACION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	338	GIL SANZ, MARIA JESUS	MEJORA DE LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA GESTION DEL PROCESO DE CANCER DE PROSTATA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	559	GIRALDO CASTELLANO, PILAR	DESARROLLO Y GESTION DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA COORDINACION DE LA ASISTENCIA CONTINUADA AL PACIENTE HEMATOLOGICO EN TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITAL DE DIA DE HEMATOLOGIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	585	GOMEZ BARRENA, VIRGINIA	USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA DISPENSACION DE TRATAMIENTOS EN PATOLOGIAS AGUDAS DESDE LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	167	GOMEZ TIJERO, NAROA	GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA NORMA ISO 9001:2008	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:15 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	AT.ESPECIALIZ.	359	GUERRERO PARDOS, LUIS MIGUEL	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA VALORACION PREANESTESICA DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UN IMPLANTE DE MARCAPASOS O A UNA CARDIOVERSION	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	157	GUTIERREZ LIZARRAGA, CARMEN	APLICACION DE HELIO EN PACIENTES CON PATOLOGIA RESPIRATORIA AGUDA Y OPTIMIZACION DE LA HISTORIA CLINICA A TRAVES DE LA HOJA LISTA DE PROBLEMAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	79	IBAÑEZ LANGA, JOSE LUIS	HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN EL SINDROME POSPARADA CARDIACA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	235	IDOIPE TOMAS, ANGELA	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISTRIBUCION EN DOSIS UNITARIA: UN PASO MAS EN SEGURIDAD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	208	IZQUIERDO VILLARROYA, MARIA BLANCA	INFORMATIZACION Y UNIFICACION DE LA HISTORIA ANESTESICA EN LA UNIDAD DE CARDIOTORACICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	592	JAVIERRE LORIS, MARIA ANGELES	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CATALOGACION, PROMOCION Y CONTROL DE PRESTAMOS DEL MATERIAL DE SIMULACION DE LA UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL SECTOR ZARAGOZA II	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	449	JOSE GUTIERREZ, YASMINA	ESTRATEGIA PARA LA REDUCCION DE LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA MEDIANTE EL INGRESO EL MISMO DIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	319	LAHOZ RODRIGUEZ, DANIEL	MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	440	LAMARCA BALLESTERO, MARTA	CONTRIBUCION DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL CANCER DE OVARIO AVANZADO. MEJORA EN LA EVALUACION DE RESECABILIDAD, COSTES Y RESULTADOS DE LA CIRUGIA DE INTERVALO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	415	LAPRESTA MOROS, CARLOS	INFORMATIZACION DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION DE GRUPOS DE RIESGO DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HUMS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	143	LAVIÑA CASTAN, ANA BELEN	DEPRESION POSTPARTO: PROTOCOLO IDENTIFICACION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO BASADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL DEL SNS. DERIVACION PRECOZ A SALUD MENTAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	505	MANERO RUIZ, FRANCISCO JAVIER	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTORIA DE REUMATOLOGIA EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR II DE ZARAGOZA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	389	MARCHADOR PINILLOS, BEATRIZ	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	362	MARRON TUNDIDOR, RAFAEL	PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LAS MUJERES VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	135	MARTIN CARPI, MARIA TERESA	DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	615	MARTIN SACO, GLORIA	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PACIENTES CON SOSPECHA Y SUS CONTACTOS. INCIDIENDO EN LAS DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN EL TRABAJO DE 2010	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	324	MARTINEZ ANDREU, JAVIER	ESTANDARIZACION DE LA PREPARACION DE LAS INFUSIONES INTRAVENOSAS DE FARMACOS DE ALTO RIESGO USADOS EN LOS SERVICIOS DE ANESTESIA, CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	88	MARTINEZ CASAMAYOR, MARIA CONCEPCION	PUESTA EN MARCHA DE UNA "GUIA DE CUIDADOS PARA PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGIA MAMARIA NEOPLASICA" PREVIA A LA INTERVENCION QUIRURGICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:16 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	AT.ESPECIALIZ.	152	MARTINEZ MOMBILA, MARIA ELENA	IMPLANTACION Y VALIDACION DE LA TC COLONOSCOPIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	108	MARTINEZ MORENO, MARIA JESUS	PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO ANTE PACIENTES CON ALERGIA AL LATEX	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	402	MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ, ANA	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION 742/LE1584 Y FECHA DE ENTRADA EN VIGOR 25/09/2009	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	483	MAYAYO SINUES, ESTEBAN	EMPLEO DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA MULTIDECTOR EN EL DIAGNOSTICO Y CARACTERIZACION DE LAS FRACTURAS OCULTAS DE CADERA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	668	MENDEZ VILLAMON, AGUSTINA	PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA INTERNACIONAL UNE-EN ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	661	MILLASTRE BOCOS, JUDITH	ELABORACION DE UN FOLLETO EXPLICATIVO DIRIGIDO A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CANCER COLORRECTAL (CCR) CON INFORMACION SOBRE LOS ASPECTOS MAS RELEVANTES PARA EL MANEJO DE SU ENFERMEDAD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	162	MOLES CALANDRE, BEATRIZ	MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	330	MONTAÑES BELLO, PAOLA	PUESTA EN MARCHA DE LA RED INTEGRAL DE ECOGRAFIA 3D DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO DE ARAGON (DENTRO DE LA RED INTEGRAL DE DIAGNOSTICO PRENATAL).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	409	MONTOYA OLIVER, MARIA JESUS	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE ANCIANO CRONICO DEPENDIENTE HOSPITALIZADO. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CUIDADOR	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	546	MONZON ABAD, ANDRES	TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO INTRAVENOSO EN LA CIRUGIA DEL CANCER COLORRECTAL. EVALUACION DE LA APLICACION DE UN PROTOCOLO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL COLOPROCTOLOGICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	10	MORENO VERNIS, MIGUEL	ELIMINACION DE LA INFORMACION EN SOPORTE PAPEL QUE ESTA PRESENTE EN LA HISTORIA CLINICA INFORMATICA, POTENCIANDO EL USO DE LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	372	MORON GIMENEZ, ALEJANDRA	MEDICION DE LA PRESION INTRABDOMINAL EN PACIENTES CON PATOLOGIA ABDOMINAL MEDICA O QUIRURGICA EN UCI-B DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	163	NAVARRO AZNAREZ, HERMINIA	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	366	OMEÑACA TERES, MANUEL	CONFIGURACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MODULO DE ALMACEN EN EL SISTEMA DE GESTION DE LABORATORIO SIGLO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	540	PABLO CEREZUELA, FRANCISCO JOSE	MEJORA DE LAS COMPETENCIAS EN COMUNICACION ASISTENCIAL Y LA RELACION MEDICO-PACIENTE MEDIANTE LA GRABACION DE LA ENTREVISTA CLINICA EN CONSULTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	136	PALACIOS LAZARO, MARTA	MEJORA DE LA INFORMACION A LA PACIENTE. ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIAL INFORMATIVO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	465	PAMPLONA NERI, DOLORES	DISEÑO Y ELABORACION DEL FORMATO Y CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION E INFORMACION ENFERMERA NECESARIA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	206	PARRILLA HERRANZ, PEDRO	ESTABLECIMIENTO SISTEMA ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA H.ELECTRONICA (PCH). INSTAURACION PROTOCOLO DESDE TRIAJE DE DETECCION DE PACIENTES CON PERFIL DE RIESGO DE PORTADOR SARM (INSTITUCIONALIZADOS).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	462	PEREZ CARABANTES, YOLANDA	ORGANIZACION DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS Y SALIDAS DE U.C.E. POR LAS TARDES Y MANEJO DEL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:17 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				CONSUMO DE TABACO EN U.C.E.	SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	293	PEREZ CONESA, MERCEDES	PROGRAMA DE SEGUIMIENTO COORDINADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	328	PEREZ PEREZ, PILAR	IMPLANTACION DE LA ECOCARDIOGRAFIA FETAL DE SCREENING EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA A CARGO DE LA SECCION DE ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	390	PEREZ POZA, ALFONSO	PROTOCOLO DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS / PROTOCOLO DE CONTENCIÓN	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	545	PEÑA GIMENEZ, ANA	MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES CON EPOC QUE COMIENZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	5	PIÑERO FERNANDEZ, ALVARO	LA SEGURIDAD "ELECTRICA" DEL PACIENTE EN DETERMINADAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	373	PORTOLES OCAMPO, ANA	DESARROLLO DE DOS GUIAS DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A TRASPLANTE CARDIACO: CUIDADOS PREOPERATORIOS Y EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	671	PUERTOLAS HERNANDEZ, TERESA	PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO DE EXTRAVASACION EN HOSPITAL DE DIA (HDD) DE ONCOLOGIA MEDICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	368	PUERTOLAS ORTEGA, MARIA	FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO: INTEGRACION DEL CONSENTIMIENTO DE USO EN INDICACIONES NO APROBADAS DENTRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL Y PROTOCOLIZACION DE SU USO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	435	PUEYO ROYO, VICTORIA	PROGRAMA DE EVALUACION VISUAL EN NIÑOS PREVERBALES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	439	QUESADA GIMENO, NATIVIDAD	INSTAURACION DEL PROTOCOLO DE SEDACION ANESTESICA EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIAS, BRONCOSCOPIAS Y ECOENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS. ORGANIZACION DEL CIRCUITO PREOPERATORIO EN LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES (CHECK-LIST).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	471	REMARTINEZ FERNANDEZ, JOSE MARIA	DESARROLLO DE UNA PAGINA WEB INFORMATIVA SOBRE ANALGESIA OBSTETRICA PARA USUARIOS DEL SALUD PERTENECIENTES A LOS SECTORES I Y II	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	118	REVILLO PINILLA, MARIA PAZ	ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 2. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	419	REZUSTA LOPEZ, ANTONIO	INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES DE DETECCION DE HONGOS DERMATOFITOS POR CULTIVO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	638	RIOJA ZUAZU, JORGE	"SISTEMATIZACION DE LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS UROLOGICAS MEDIANTE LA APLICACION DEL SISTEMA CLAVIEN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	105	RITE GRACIA, SEGUNDO	MEJORAR EL CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO DESDE SU ESTABILIZACION EN SALA DE PARTOS Y EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA PARA PREVENIR MORBILIDAD ASOCIADA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	230	ROC ALFARO, LOURDES	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	487	RODRIGUEZ VELA, JAVIER	INCLUSION DE LA REHABILITACION EN LA CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA COMO ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y GESTION TRANSVERSAL DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	397	ROS SIERRA, ASCENSION	EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:18 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	AT.ESPECIALIZ.	243	RUIZ AGUILAR, ANTONIO LUIS	ATENCION AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA-REGISTRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA (MODELO UTSTEIN).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	468	RUIZ CONDE, MIGUEL ANGEL	IMPLANTACION DE LA HISTERECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	286	SAEZ COMET, LUIS	UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR PATOLOGIAS AUTOINMUNES SISTEMICAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	89	SALVADOR OSUNA, CARLOS	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA ANALISIS CITOLOGICO POR CITOMETRIA DE FLUJO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	154	SANCHEZ BAYON, OLGA	MEJORA EN EL CONTROL DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DEL PACIENTE PALIATIVO Y SU FAMILIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	101	SANTANA LOPEZ, GONZALO	ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES (SEGUNDA PARTE).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	82	SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO, LUIS	ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE PROTOCOLO EN EL MANEJO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE LA COLITIS ULCEROSA ACTIVA MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	186	SAVIRON CORNUDELLA, RICARDO	INFORMATIZACION DE LA SECCION DE ECOGRAFIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	491	SORIANO GUILLEN, ANTONIA PILAR	EMPLEO DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS (ECVI-38) COMO CUANTIFICADOR Y MEDIDOR DEL ESPECTRO DE CONSECUENCIAS DERIVADAS DE UN ICTUS Y LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE LOS PACIENTES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	519	TEBAN PONCE, VANESSA	MÉTODOS ALTERNATIVOS, NO FARMACOLÓGICOS, PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LA FASE LATENTE DEL PROCESO DE PARTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS).	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	228	TORRES GOMEZ, MANUEL	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVERSION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	578	TORRON FERNANDEZ-BLANCO, CLEMENCIA	MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE CON BAJA VISION	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	452	VICENTE GOMEZ, ISABEL	IMPLANTACION RADIOGUIADA DE MARCADORES METALICOS EN EL LECHO TUMORAL EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA PREVIO A TRATAMIENTO SISTEMICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	498	VICENTE DE VERA BELLOSTAS, MARIA BELEN	MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE CORONARIO SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS INVASIVOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	500	VILLAR FERNANDEZ, ISABEL	EXTENSION DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II: VALIDACION FARMACEUTICA DE LA PRESCRIPCION EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	466	VILLUENDAS USON, CRUZ	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	AT.ESPECIALIZ.	4	VIÑERTA SERRANO, ESTHER	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
Z2	SALUD MENTAL	131	PASCUAL GARCIA, ASUNCION	MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA	USM LAS FUENTES	
Z2	SALUD MENTAL	482	ORCAJO VILLAPUN, DAVID	DOCUMENTOS INFORMATIVOS PARA ENFERMERAS/OS SUSTITUTAS/OS EN U.S.MENTAL Y U.C.E.	USM ROMAREDA-CASABLANCA	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:33:20 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z2	SOCIOSANITARIO	285	PALMERO PEREZ, FRANCISCA	"LA HIGIENE DE MANOS SALVA VIDAS". ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. PROGRAMA DE CONCIENCIACION Y FORMACION PARA PROFESIONALES Y PACIENTES/FAMILIAS	CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA	
Z2	OTROS ÁMBITOS	657	PINA GADEA, MARIA BELEN	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REVISION DEL USO DE LA MEDICACION POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	
Z2	OTROS ÁMBITOS	629	TABUENCA ESPADA, PILAR	ADECUACION DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DADO DE ALTA EN EL HOSPITAL DE CONVALECENCIA DEL SECTOR ZARAGOZA-2	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

461

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRÓNICO DEPENDIENTE: IMPLICACIÓN ACTIVA DEL ENTORNO FAMILIAR Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

2. RESPONSABLE CLARA PUEYO SALAVERA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALMOZARA
- Servicio/Unidad .. C.S.ALMOZARA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEMAN MUÑOZ TERESA. MEDICO DE FAMILIA. C.S. ALMOZARA. C.S.ALMOZARA
- SOBREVIELA CELMA NIEVES. ENFERMERA. C.S. ALMOZARA. C.S. ALMOZARA
- CELAYA LECEA CONCEPCION. FARMACEUTICA ATENCION PRIMARIA. ATENCION PRIMARIA: SECTOR ZARAGOZA II. SECTOR ZARAGOZA II
- LORBES MACHIN TERESA. MEDICO RESIDENTE MFYC. HUMS-C.S. ALMOZARA. UNIDAD DOCENTE DE MFYC
- DIAZ VELASCO IGNACIO. MEDICO RESIDENTE DE MFYC. HUMS-C.S.ALMOZARA. UNIDAD DOCENTE DE MFYC
- CACERES ANA MELIDA. MEDICO RESIDENTE MFYC. HUMS-C.S.ALMOZARA. UNIDAD DOCENTE DE MFYC

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente crónico dependiente que es el más frágil de nuestros pacientes, supone un reto importante tanto para la familia como para el sistema sociosanitario, solo la continuidad en la atención asistencial y la implicación de los familiares en la adherencia al tratamiento propuesto hace posible dar una respuesta de calidad, satisfactoria para los pacientes y asumible por el sistema sociosanitario actual. En nuestro centro de salud tenemos censados en cartera de servicios a 75 pacientes Crónico Dependientes, 78 Pacientes Inmovilizados, y 14 Pacientes Terminales, en un registro no actualizado, cifras que no se corresponden a la realidad asistencial de nuestro medio, por lo que proponemos esta actividad de mejora de la calidad en la atención de estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Actualizar el registro del PCD y unificar su censo
- Mejorar la seguridad clínica del PCD
 - Disminuir el nº de ingresos hospitalarios
 - Incrementar la implicación de la familia en la adherencia al tratamiento
 - Reducir la utilización de fármacos potencialmente inadecuados
 - Optimizar la adherencia al tratamiento
 - Facilitar la formación farmacológica entre los sanitarios
 - Ampliar los conocimientos de los familiares en la atención al PCD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Al inicio del programa, cada gestora del paciente crónico dependiente dispondrá del censo de sus pacientes, realizando las siguientes actividades:

- i-Captación y actualización del registro del PCD.
 - ii-Test de adherencia al tratamiento: test de Morisky- Green- Levine y cuestionario de valoración global
 - iii-Detección precoz de fármacos potencialmente inadecuados FPI que han sido consensuados por la UCRM del sector (benzodiazepinas de vida media larga, antiglucomiantes orales de vida media larga, y AINES de más de 6 meses de tratamiento)
 - iv-Notificación al médico de familia responsable del PCD de los resultados obtenidos.
- 2.- Evaluación del médico responsable y diseño de pautas a seguir.
- 3.- Se desarrollarán dos sesiones formativas del Uso racional del medicamento, impartidas por la farmacéutica del Sector Zaragoza II y dirigidas al personal sanitario
- 4.- Elaboración y desarrollo en el centro de salud de tres talleres de educación para la salud a los familiares de los PCD.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 461

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRÓNICO DEPENDIENTE: IMPLICACIÓN ACTIVA DEL ENTORNO FAMILIAR Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

5.- Evaluación al finalizar el programa del número de ingresos hospitalarios del PCD.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 Indicador de Fármacos Potencialmente Inadecuados FPI

i N° pacientes con FPI *100 /N° total de PCD
i i Periodo de observación: Enero-2011 / Diciembre-2011
i i i Nivel deseado de cumplimiento :10%
i v Fuente de datos : Historia clínica informática, Programa OMI
v Responsable de obtención de datos: N. Sobreviela
v i Primera medición junio de 2011
v i i Segunda medición diciembre de 2011

2. Indicador de adherencia al tratamiento

i N° PCD con test de adherencia realizado*100 /N° total de PCD
i i Periodo de observación: Enero-2011 / Diciembre-2011
i i i Nivel deseado de cumplimiento :90%
i v Fuente de datos : Historia clínica informática, Programa OMI
v Responsable de obtención de datos: N. Sobreviela
v i Primera medición junio de 2011
v i i Segunda medición diciembre de 2011

3. Indicador de ingresos hospitalarios

i N° PCD que han ingresado en HUMS*100 /N° total de PCD
i i Periodo de observación: Enero-2011 / Diciembre-2011
i i i Nivel deseado de cumplimiento :30%
i v Fuente de datos : Historia clínica informática, Intranet
v Responsable de obtención de datos: T lorbes
v i Primera medición junio de 2011
v i i Segunda medición diciembre de 2011

4. Indicador de formación

i N° Personal sanitario del CS q asisten a sesiones *100 /N° total de Personal sanitario del CS
i i Periodo de observación: Enero-2011 / Diciembre-2011
i i i Nivel deseado de cumplimiento :30%
i v Fuente de datos : Historia clínica informática, Intranet
v Responsable de obtención de datos: T lorbes
v i Primera medición junio de 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 461

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE: IMPLICACION ACTIVA DEL ENTORNO FAMILIAR Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

v i i Segunda mediación diciembre de 2011

5. Indicador de EpS:

- i N° de familiares de PCD q asisten a talleres de EpS *100 /N° total de PCD
- i i Periodo de observación: Enero-2011 / Diciembre-2011
- i i i Nivel deseado de cumplimiento :30%
- i v Fuente de datos : Historia clínica informática, Intranet
- v Responsable de obtención de datos: CPueyo
- v i Primera medición junio de 2011
- v i i Segunda mediación diciembre de 2011

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Febrero 2008 Fecha de finalización: Diciembre 2008
Calendario:

	ENE	FEB-05	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Presentación Equipo						x						
Actualización censo						x						
Captación	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x
Test adherencia		x				x		x		x	x	x
FPI		x		x			x		x		x	x
x												
Evaluacion Medica	x	x			x		x		x		x	x
Formación sanitarios										x		
Talleres familiares											x	x
Evaluación												x

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. El programa se puede desarrollar con los medios que tenemos en el C.S. y se solicita provisión de recursos para presentar la comunicación de los resultados en el Congreso Nacional de Calidad.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 364

1. TÍTULO

REVISION, PUESTA AL DIA Y MANTENIMIENTO DEL "CARRO DE PARADAS". RECICLAJE DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO EN EL MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (RCP BASICA).

2. RESPONSABLE BLANCA BIESA CAMPOS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
- Servicio/Unidad .. ENFERMERA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA CALVO VICENTE. MEDICO. EAP FERNANDO EL CATOLICO. MEDICO DE FAMILIA
- CASANOVA RUIZ PAZ. MEDICO. EAP FERNANDO EL CATOLICO. MEDICO DE FAMILIA
- ANAYA CASBAS TERESA. MEDICO. EAP FERNANDO EL CATOLICO. MEDICO DE FAMILIA
- ROY ALVAREZ JOSE LUIS. MEDICO. EAP FERNANDO EL CATOLICO. MAC
- GONZALO LOZANO FLORENCIA. ENFERMERA. EAP FERNANDO EL CATOLICO. ENFERMERIA
- LAGUIA GIMENEZ PURIFICACION. ENFERMERA. EAP FERNANDO EL CATOLICO. ENFERMERIA
- MARTINEZ ESTEBAN MARISOL. ADMINISTRATIVO. EAP FERNANDO EL CATOLICO. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ES FUNDAMENTAL, EN LA ATENCION A LAS URGENCIAS QUE SE PUEDAN PRODUCIR EN EL CENTRO DE SALUD, QUE TODOS LOS PROFESIONALES CONOZCAN QUE ES EL CARRO DE PARADAS, QUE DEBE CONTENER EL MISMO, COMO SE UTILIZA, ASI COMO TENER UNAS NOCIONES MINIMAS DE SOPORTE VITAL BASICO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. QUE EL CARRO DE PARADAS ESTE EN TODO MOMENTO APTO PARA SU UTILIZACION

QUE EL MAYOR NUMERO DE PROFESIONALES SANITARIOS SE IMPLIQUE, TANTO EN EL MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS, COMO EN LA PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE RECICLAJE.

ESTABLECER UN PROTOCOLO SENCILLO DE ACTUACION EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA, DONDE QUEDEN MUY CLAROS LOS PASOS A DAR Y LOS COMETIDOS DE CADA PROFESIONAL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CONFECCION DE UN CATALOGO DE MATERIAL Y MEDICAMENTOS QUE DEBE HABER EN EL CARRO DE PARADAS. VALORACION DEL MATERIAL Y MEDICAMENTOS EXISTENTES Y ESTADO DE LOS MISMOS. ELABORACION DE UNA FICHA PARA REALIZAR LA REVISION DEL CARRO. RESPONSABLES: PURI LAGUIA BLANCA BIESA TERESA ANAYA. ELABORAR UN PLAN DE FORMACION. DISEÑAR UN CURSO DE FORMACION SOBRE SOPORTE VITAL BASICO. DISEÑAR SESIONES BIMENSUALES DE RECICLAJE IMPARTIDAS POR EL PROPIO EQUIPO. RESPONSABLES VICENTE GARCIA, PAZ CASANOVA, JOSE LUIS ALVAREZ REVISIONES MENSUALES DEL CARRO DE PARADAS POR LOS RESPONSABLES DE CADA MES. RESPONSABLE DEL CONTROL FLOR GONZALO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NUMERO DE REVISIONES REALIZADAS A LO LARGO DEL AÑO. OBJETIVO PARA 2011, OCHO REVISIONES. INFORMACION DE LAS HOJAS DE CONTROL.

- NUMERO DE PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS/ NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES. OBJETIVO PARA 2011 70%
- NUMERO TOTAL DE ASISTENTES A LAS SESIONES DE RECICLAJE/ NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES SANITARIOS. OBJETIVO PARA 2011 70%
- NUMERO DE SESIONES DE RECICLAJE PROGRAMADAS. OBJETIVO, 2 SESIONES
- NUMERO DE PROFESIONALES SANITARIOS QUE ASISTEN A LAS SESIONES PRACTICAS DE RECICLAJE.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO FEBRERO 2011. FECHA FINALIZACION DICIEMBRE 2011

CONFECCION CATALOGO. REVISION MATERIAL EXISTENTE. CONFECCION FICHA PARA REALIZAR REVISION DEL CARRO. NOMBRAR EQUIPOS RESPONSABLES DE LAS REVISIONES MENSUALES. FEBRERO, MARZO, ABRIL 2011

ELABORAR PLAN DE FORMACION. FECHAS, LUGAR, HORARIOS, CONTENIDO, MATERIAL. FEBRERO, MARZO, ABRIL 2011

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 364

REVISION, PUESTA AL DIA Y MANTENIMIENTO DEL "CARRO DE PARADAS". RECICLAJE DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO EN EL MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (RCP BASICA).

PRESENTACION AL EQUIPO Y NOMBRAMIENTO DE RESPONSABLES (UN MEDICO Y UNA ENFERMERA CADA MES) DEL MANTENIMIENTO DEL CARRO. ABRIL 2011
CURSO DE FORMACION SOBRE SOPORTE VITAL BASICO. MAYO O JUNIO 2011
SESIONES BIMENSUALES DE RECICLAJE IMPARTIDAS POR EL PROPIO EQUIPO. UNA EN OCTUBRE DE 2011 Y OTRA EN DICIEMBRE DE 2011.
EVALUACION DEL PROYECTO Y MEMORIA DEL MISMO. DICIEMBRE 2011 ENERO 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· CURSO DE FORMACION	300 €
· CARRO DE PARADAS CON CAJONES PARA EL MATERIAL	500 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

006

MEJORA DEL SISTEMA DE CITACION EN LOS CONSULTORIOS DEPENDIENTES DEL EAP DE FUENTES DE EBRO

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MACIPE COSTA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS FUENTES DE EBRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARNAL RUBIO EVA. ENFERMERIA. CS FUENTES DE EBRO. ENFERMERIA PEDIATRIA
- LOSCERTALES MARTINEZ ARACELI. ENFERMERIA. CS FUENTES DE EBRO. ENFERMERA DE EL BURGO DE EBRO
- MARTI MIRANDA ISABEL. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. MEDICA DE EL BURGO DE EBRO
- DOMINGUEZ ESCARTIN ANA. ENFERMERIA. CS FUENTES DE EBRO. ENFERMERA FUENTES DE EBRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro centro es un centro de salud rural del que dependen varios consultorios.

Los consultorios dependientes del centro de salud, han sido recientemente informatizados, y dicha informatización, posibilita mejoras en varios campos, entre ellos la citación a las consultas.

Hasta el momento, la forma de citarse los pacientes en los consultorios, debido a la ausencia de administrativos, se hace de dos maneras: bien se citan en un papel que se deja en la puerta del consultorio el día previo, bien acuden directamente a la consulta y son vistos por orden de llegada.

Es indudable que este sistema de citación tiene muchas limitaciones:

- Los pacientes deben acudir directamente al centro por la mañana a citarse.
- Se citan diariamente con lo que no se puede planificar con tiempo la citación.
- Puede haber problemas de confidencialidad, pues el listado de los pacientes citados es manejado por los propios usuarios.
- El profesional no puede generar citas de revisión de procesos agudos.
- Los tiempos de espera son imprevisibles y pueden ser muy largos en los centros en los que acuden directamente a la visita.
- Hay personas que llaman por telefono al centro a citarse, con lo que hay multiples interrupciones en la consulta.
- No pueden aprovecharse recursos puestos en marcha desde el SALUD, como son la cita telefónica o a través de internet.
- Los profesionales tienen generar todas las citas en el ordenador de todos los pacientes citados en el papel,, lo cual es una sobrecarga burocrática.

En general, este sistema de citación al consultorio es vivido sobre todo por la población joven y trabajadora como dificultosa y difícil de conciliar con los horarios de trabajo. Probablemente consecuencia de esto en las evaluaciones de cartera de servicios, la satisfacción del usuario de nuestro centro en el tema de la accesibilidad es baja.

Para mejorar la accesibilidad de los pacientes al centro de salud y mejorar las limitaciones que presenta el actual sistema de citación, queremos poner en marcha el sistema de cita telefónica o a partir de internet.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la accesibilidad al centro y la satisfacción de los usuarios en ese apartado.

- Disminuir los tiempos de espera en la consulta.
- Mejorar la conciliación de la vida laboral y familiar con la asistencia médica, al poder planificar las consultas con tiempo.
- Facilitar la citación al no tener que desplazarse el paciente de propio al centro a citarse.
- Mejorar la gestión de la consulta por parte del profesional, que mejora el control sobre las citaciones al poder citar directamente las revisiones de los procesos por los que consulta.
- Disminuir las interrupciones telefónicas a la consulta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Inicialmente y debido a la reciente informatización, hay algún profesional del centro que no tiene todavía creada la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 006

MEJORA DEL SISTEMA DE CITACION EN LOS CONSULTORIOS DEPENDIENTES DEL EAP DE FUENTES DE EBRO

agenda. El primer paso será crear las agendas de todos los profesionales.

Elaboraremos un tríptico informativo, así como carteles para distribuir o colgar en todos los consultorios.

En cada pueblo se convocará a una o dos asambleas para explicar a la población la manera de citarse bien por teléfono, bien via internet. Se pensará en cada consultorio como gestor de las citas de las pocas personas que carecen de teléfono.

Se fijará una fecha a partir de la cual se pondrá en marcha el nuevo sistema de citación, pues los dos sistemas no pueden coexistir en el tiempo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Mejora respecto a los resultados de la evaluación de cartera de servicios del año anterior en el apartado de accesibilidad.

- Porcentaje de la población del centro que se cita a las consultas por cualquiera de los dos sistemas propuestos. Para ello se cogerán varios días al azar y se apuntará el número de citas que se han hecho fuera de los procedimientos propuestos, se calculará el porcentaje sobre el total de visitas de ese día al profesional. Queremos que el 90% sean por teléfono o internet.

- Número de asambleas realizadas. Se realizará al menos una asamblea en cada uno de los pueblos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - El mes de abril -mayo: se crearán las agendas de los profesionales, se elaborarán los trípticos y carteles.

- A finales de abril-principios de mayo se harán las asambleas y se informará a los usuarios del nuevo sistema de citación en el centro a través de los trípticos y carteles.

- A partir de junio se iniciará la citación por el nuevo sistema.

- El mes de diciembre se evaluarán los resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL FUNGIBLE, FOTOCOPIAS Y CARTELES INFORMATIVOS	600 €
· *GASOLINA PARA LOS DESPLAZAMIENTOS PARA LAS ASAMBLEAS Y SUPERVISION	60 €
Total	660 €

11. OBSERVACIONES. *GASOLINA PARA LOS DESPLAZAMIENTOS PARA LAS ASAMBLEAS Y SUPERVISION DE LOS PROBLEMAS GENERADOS

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

245

DEMANDA DE SALUD EN POBLACION JOVEN Y ADULTA, OFERTA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. DOS CAMINOS DIFERENTES QUE LLEGAN A UNIRSE

2. RESPONSABLE MARIA JOSE ARMALE CASADO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS LAS FUENTES NORTE
- Servicio/Unidad .. ENFERMERA COMUNITARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS. ENFERMERA. CS LAS FUENTES NORTE.
- DEL HOYO LUISA LOZANO. ENFERMERA. CS LAS FUENTES NORTE.
- RISCO OTAOLAURRUCHI MARIA CONCEPCION. ENFERMERA. CS LAS FUENTES NORTE.
- MARTES LOPEZ CARMEN. ENFERMERA. CS LAS FUENTES NORTE.
- GRACIA PELIGERO MARIA TERESA. ENFERMERA. CS LAS FUENTES NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. De los usuarios que demandan atención en el centro de salud, el 50% son atendidos por enfermería, con una media de 3-5 citas cada 6 meses. Si se analizan las edades de estos usuarios se observa que entre los 14-50 años apenas se les presta atención, mientras que los de edades más avanzadas (que ya tienen patologías crónicas) son atendidos unas 5-6 veces cada 6 meses. Se deduce que existe un pequeño grupo que consume muchos recursos mientras que la mayoría de la población joven y adulta, que no demanda cuidados, no se actúa sobre ella. Es sobre este último grupo donde habría que incidir en actividades preventivas y vigilancia de su salud.

Las posibles causas de la falta de actuación sobre jóvenes sean que su percepción de salud sea buena y no sientan la necesidad de prevenir, otra sea la falta de información sobre los programas de promoción y prevención de salud desarrollados en el centro en los que pueden incluir, otra que las necesidades de la población no se ajusten a las actividades ofertadas.

La propuesta sería ampliar la captación de población con edades comprendidas entre 14-50 atendida implicando a otros profesionales del equipo y a agentes comunitarios de salud, conocer las necesidades reales de la población y prestar atención en base a las necesidades demandadas, ampliar la actuación en actividades preventivas y trabajar con grupos interculturales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -1- Registro de los problemas de salud en población joven y adulta detectados en la comunidad.

2-Elaboración de una hoja informativa sobre las actividades específicas en nuestro centro de salud para la población del estudio.

3- Elaboración de hoja informativa de actividades específicas de enfermería en nuestro centro de salud y como acceder a ellas.

4- Elaboración y puesta en marcha de un nuevo proyecto de educación sanitaria grupal dirigido a población con edades comprendidas entre 15-50 años.

5-Incremento de cobertura asistencial en un 10% de pacientes con edades 15-50 años que tengan como mínimo registrada una intervención de enfermería.

6 -Incremento de un 10% de pacientes entre 15-50 años incluidos en el servicio de riesgo cardiovascular.

7- Incremento de un 10% de pacientes entre 15-50 años con un calendario vacunal completo y/o revisado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Conocer las necesidades de la población adulta:

- Preguntar a los trabajadores de asociaciones del barrio de las necesidades en materia de salud que hayan percibido mediante un cuestionario.
- Pasar un cuestionario para recoger las demandas de salud de los usuarios habituales de esas asociaciones.
- Recoger las sugerencias del buzón de sugerencias del centro de salud.
- Recoger información de otros agentes sociales: centros educativos.
- Recoger información de los trabajadores del centro de salud percibido mediante un cuestionario.

2- Dar continuidad de la atención de la infancia-adolescencia en el adulto joven:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

245

DEMANDA DE SALUD EN POBLACION JOVEN Y ADULTA, OFERTA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. DOS CAMINOS DIFERENTES QUE LLEGAN A UNIRSE

Al dar el paso de pediatría a medicina general dar una hoja informativa con las actividades y programas en los que se incluirán en un futuro, modo de acceder a su enfermera de referencia...

Acogida al nuevo usuario: a cada usuario nuevo en la zona al que se le asigne enfermera de referencia, se le ofertará una cita para informar de las actividades de enfermería y como acceder a ellas.

3- Difusión de las respuestas de los cuestionarios al equipo y a los colaboradores.

4- Realizar nuevas intervenciones en materias de promoción de la salud y educación sanitaria grupal, en dependencia de las necesidades, impartidas tanto en el centro de salud como en otras instituciones, si procede.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Cobertura asistencial de pacientes de edades 14-50 años.

-Pacientes incluidos en el servicio de riesgo cardiovascular de la cartera de servicios.

-Pacientes con calendario vacunal completo.

-Elaboración de nuevas actividades grupales de educación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2º semestre 2011: información al equipo del proyecto y contacto con agentes comunitarios. Recogida de datos de coberturas. Elaboración de cuestionarios.

1º semestre 2012: Encuestar a trabajadores sanitarios, agentes sociales, usuarios de asociaciones culturales.

2º semestre 2012: Análisis de datos obtenidos. Elaboración de nuevos proyectos de promoción de la salud.

1º semestre 2013: Puesta en marcha de la educación para la salud en la comunidad. Potenciación de actividades de promoción y prevención de la salud en consultas de enfermería.

2º semestre 2013: Recogida de los resultados finales de las actividades de promoción de la salud. Recogida de resultados de coberturas de cartera de servicio.

Difusión de los resultados del proyecto al equipo y a los agentes sociales implicados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

635

ABORDAJE DE ULCERAS POR PRESION (UPP) EN ATENCION PRIMARIA. SECTOR II. (CONTINUACION).

2. RESPONSABLE EVA MARIA TOBAJAS SEÑOR
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA. ENFERMERIA. CS. SEMINARIO. DIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Organización Mundial de la Salud considera a las úlceras por presión (UPP) como un indicador de la calidad asistencial. En la actualidad, el interés por las heridas crónicas ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas, ya que se estima que hasta el 95% de las UPP son evitables. (P. Hibbs, 1987)

Las cifras de prevalencia actual de las UPP a nivel internacional han llevado a describirlas como "la epidemia debajo de las sábanas". Según el segundo estudio nacional de prevalencia de UPP realizado en España (1), estas lesiones afectan:

- o De los pacientes que reciben atención domiciliaria al 9.1%,
- o De los pacientes ingresados en hospitales de agudos al 8.91%, y ,
- o De los pacientes ingresados en residencias asistidas al 10.9%.

Las UPP exigen una atención directa y diaria para evitar su aparición y/o conseguir su curación, así como la dedicación de los cuidadores. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes, tanto directos como indirectos. Es decir, una gestión (prevención y tratamiento) eficaz de las mismas, mejoraría considerablemente las repercusiones entre las que se debe destacar la influencia en el nivel de salud y, por tanto, en la calidad de vida de quien las padece y de sus cuidadores, el elevado consumo de recursos del sistema sanitario, así como las posibles responsabilidades legales.

La relevancia de estos problemas y de la respuesta a éstos ha sido evidenciada por numerosos profesionales de enfermería en su práctica diaria: es prioritario homogeneizar la forma de actuar en la prevención y tratamiento de este tipo de heridas, disminuir el grado de incertidumbre en las actuaciones y ayudar en la toma de decisiones tanto en el ámbito de los Centros de A. Primaria como en los Centros Sociosanitarios adscritos a ellos como garantía en la continuidad de cuidados.

Esta iniciativa responde a una necesidad demandada por los profesionales de enfermería de nuestro sector, recogida en las preguntas abiertas de las encuestas de valoración del abordaje que se realizó el año pasado en este Sector. El resultado de las valoraciones de la actividad formativa implantada el año pasado en los CS de A. Primaria, ha sido:

- N° de asistentes: 188
- N° Encuestas contestadas: 188
- Evaluación global de la actividad: 4,5 (mín.1; máx. 5)

Por ello se pretende ampliar la formación a las enfermeras de los centros sociosanitarios adscritos a nuestro Sector para un abordaje eficiente en:

1. Prevención:
 - o Manejo de la presión (SEMP: superficies especiales para el manejo de presiones, colchones de aire de presión alternante).
 - o Protección.
 - o Barrera.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

635

ABORDAJE DE ULCERAS POR PRESION (UPP) EN ATENCION PRIMARIA. SECTOR II. (CONTINUACION).

2. Tratamiento:
- o Gestión del ambiente húmedo de la cura,
 - o Cuidado de la piel perilesional,
 - o Gestión del exudado,
 - o Gestión de la infección.

Además, se considera facilitador para el profesional disponer de un catálogo de productos necesarios para la prevención y tratamiento de UPP donde se incluya: material disponible en el almacén del sector, código SERPA del producto, y utilización adecuada del mismo que, posteriormente, será explicado a cada centro sociosanitario.

Por ello, la propuesta de mejora de este año sería extender el abordaje de UPP que se hizo el año pasado en todos los EAP del Sector, a las 100 Residencias con dotación de personal sanitario (públicas y privadas) adscritas y al Hospital San Juan de Dios, hospital de convalecencia de referencia del Sector II.

Con ello queremos ofrecer una propuesta de actuación para los profesionales de Enfermería, incidiendo en la reducción de la variabilidad de la práctica enfermera en los distintos ámbitos de actuación, con el fin de lograr un abordaje más eficiente de estos problemas de salud.

(1)Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, Mayán JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos, 2006; 17(3):154-172.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El resultado de las valoraciones de la actividad implantada el año pasado en los 22 CS de A. Primaria del Sector II, ha sido:

- Nº de asistentes: 188 (=80% de todas las enfermeras de AP del Sector. Aclaración: el año pasado, el 30% de la plantilla de enfermería cambió)
- Nº Encuestas contestadas: 188
- Evaluación global de la actividad: 4,5 (mín.1; máx. 5

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir la variabilidad de la práctica enfermera en la prevención y tratamiento de UPP por el personal de enfermería de los EAP y Centros Sociosanitarios del Sector II.
- Disminuir la morbilidad de las úlceras por presión en la población de riesgo en AP del Sector II y Centros Sociosanitarios adscritos.
- Aumentar la calidad de los cuidados prestados a pacientes con UPP y a sus cuidadores, así como a aquellos con riesgo de desarrollarlas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a las enfermeras en identificar a la población en riesgo de desarrollar una úlcera por presión.
- Formar a las enfermeras en procedimientos e intervenciones en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Difundir un catálogo de material almacenable de prevención y tratamiento de UPP.
- Optimizar los recursos existentes adecuándolos a las necesidades de la población y de los profesionales: revisando stocks disponibles de colchones de aire alternante (SEMPs).
- Mejorar la comunicación y la continuidad de cuidados entre los diferentes ámbitos de actuación.
- Promover la investigación y formación de todos los profesionales relacionados con la atención a los pacientes de riesgo y con úlceras por presión.
- Incorporar la evidencia científica en la práctica enfermera.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

635

ABORDAJE DE ULCERAS POR PRESION (UPP) EN ATENCION PRIMARIA. SECTOR II. (CONTINUACION).

1. Contactar con las 100 residencias y en aquellas con dotación de personal sanitario adscritas al Sector y Hospital San Juan de Dios, ofrecer la posibilidad de participar en esta propuesta de mejora. Eva Tobajas.
2. Formación sobre pautas de actuación unificadas y basadas en la evidencia sobre prevención y tratamiento de UPP en todos los Centros Sociosanitarios del Sector interesados. Eva Tobajas.
3. Difusión del catálogo de productos para la prevención y tratamiento de UPP, a todas las enfermeras de los Centros Sociosanitarios del Sector. Esto es, sesión clínica, explicando cada material y su utilización óptima. Eva Tobajas
4. Talleres de formación básica sobre las UPP y talleres sobre formación integral de UPP y heridas crónicas, basadas en la evidencia, cuya docente es miembro consultor de la GNEAUPP (Grupo Nacional de UPP) orientados a formación de formadores. Natalia Casanova.
5. Gestión del préstamo y control de las SEMP del Sector, para la prevención y tratamiento de UPP de usuarios del Sector II. Pilar Tabuena.
6. Conocer la prevalencia de usuarios del Sector en riesgo (Norton =14) y prevalencia de usuarios que han desarrollado una UPP para posteriores actuaciones en la mejora de los resultados. Eva Tobajas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. Porcentaje de residencias y Centros Sociosanitarios (CC.SS.SS.) con dotación de personal sanitario (PS) que han recibido sesión clínica sobre el catálogo de productos disponibles en el sector para prevención y tratamiento de UPP.

Fórmula:
$$\frac{\text{Sesiones realizadas} \times 100}{\text{CC.SS.SS. con PS}}$$

Estándar = 90%

2. Porcentaje de enfermera/s formada/s en nivel básico sobre prevención y tratamiento de UPP en el Sector II (EAP y Centros Sociosanitarios).

Fórmula:
$$\frac{\text{Enfermeras EAP formadas} + \text{Enfermeras CC.SS.SS formadas} \times 100}{\text{Enfermeras (EAP + CC.SS.SS.)}}$$

Estándar = 80%

3. Puntuación global de la actividad formativa en los CC.SS.SS.

Fuente: Cuestionario de evaluación de la acción formativa.

Estándar = 4 (min. 1; máx. 5)

4. Porcentaje de SEMP en uso en el Sector.

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de SEMP en uso} \times 100}{\text{Stock de SEMP}}$$

Estándar = 100%

5. Índice de rotación de las SEMP.

Fórmula:
$$\frac{\text{Pacientes que han utilizado SEMP}}{\text{Stock de SEMP}}$$

6. Porcentaje de Inmovilizados en riesgo (Norton =14) que están utilizando SEMP.

Fórmula:
$$\frac{\text{Inmovilizados (Norton =14) con SEMP en uso} \times 100}{\text{Inmovilizados con Norton =14}}$$

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Abril 2011

Fecha de finalización: Diciembre 2011

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 635

ABORDAJE DE ULCERAS POR PRESION (UPP) EN ATENCION PRIMARIA. SECTOR II. (CONTINUACION).

Calendario:
Contacto con CC.SS.SS : Abril
Formación a CC.SS.SS. : Mayo, Junio
Sesión clínica de productos (catalogo): Mayo, Junio, Septiembre y Octubre.
Talleres de formación básica sobre prevención y tratamiento de UPP: Mayo y Septiembre
Talleres de formación sobre formación integral en UPP y heridas crónicas: Septiembre, Octubre y Noviembre

Prevalencia de Usuarios en riesgo y usuarios con UPP: Abril y Noviembre
Evaluación del programa y elaboración de la memoria final: Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· *2 SEMPS AEROCAR 1010 (Sobrecolchón de aire de presión 800 €
Total 800 €

11. OBSERVACIONES. *2 SEMPS AEROCAR 1010 (Sobrecolchón de aire de presión alternante. Nivel de riesgo bajo y medio).

ANEXO1. Encuesta global de satisfacción sobre "Abordaje de UPP en Atención Primaria". 2010.

EVALUACION DE ACTIVIDADES DOCENTES.
NOMBRE DEL CURSO: ABORDAJE DE UPP EN ATENCION PRIMARIA . GLOBAL
CÓDIGO:
FECHA: Global
NÚMERO DE ASISTENTES:188
Nº DE EVALUACIONES :188
ENCUESTAS CONTESTADAS (%): 100,00
VALORACIÓN GLOBAL DEL CURSO:
1.-ASPECTOS ORGANIZATIVOS: 4,3
2.- CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA: 4,5
3.-EVALUACION GLOBAL (GRADO SATISFACCIÓN CON LA ACTIVIDAD): 4,5

PUNTUACIÓN GLOBAL DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA: 4,5
Escala de puntuación:1 puntuación mínima (nada adecuado, nada satisfecho, ...)5 puntuación máxima (muy adecuado, muy satisfecho)

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

316

REVISION DE LA IDONEIDAD DEL AUTOCONTROL MEDIANTE GLUCOMETRO EN EL MANEJO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 CON ANTIDIABETICOS ORALES

2. RESPONSABLE PILAR YOLANDA SANCHEZ TORRES

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SAN JOSE CENTRO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO. MEDICO. C.S SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- CHAPARRO NAVARRO MARIA DOLORES. ENFERMERIA. C.S. SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- MELON JUNCOSA PILAR. MEDICO/A. C.S.SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- GRATAL PAMPLONA PILAR. ENFERMERIA. C.S SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ MELUS TERESA. MEDICO/A. C.S SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- DIEZ NATALIA. ENFERMERIA. C.S SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ SANZ MARISOL. ENFERMERIA. C.S. SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ha existido cierta controversia sobre la realización de autocontroles mediante glucemia capilar en diabéticos tipo 2 con ADO. En la mayoría de guías clínicas su utilización vendría asociada a una mayor implicación por parte del paciente en el control de su enfermedad. En las últimas recomendaciones de la Sociedad Española de Endocrinología 2010, va más allá a la hora de distinguir entre la realización de simplemente automediciones ó de forma más completa autocontroles. Esta última opción requeriría un adiestramiento del paciente no solo en la técnica de manejo de glucómetro... sino también en las posibles modificaciones farmacológicas derivadas del resultado. La indicación de autocontroles dependería del tipo de diabetes, tipo de tratamiento, grado de control ó situaciones especiales (enfermedades intercurrentes, embarazo, cambio de tratamiento, asociación de otros tratamientos que interfieran, situaciones de inestabilidad ó cambio de rutina). Fijan que los pacientes diabéticos tipo 2 con ADO (no causantes de hipoglucemia: metformina, glitazonas, inhibidores de la DPP4, análogos de la GP-1 e inhibidores la alfa-glicosidasa) ó en control dietético estables no requerirían ningún control de glucemia capilar. Los pacientes diabéticos tipo 2 con ADO no causantes de hipoglucemia pero inestables se practicarían un control diario los 7 días de la semana. Los pacientes diabéticos tipo 2 con ADO causantes de hipoglucemia (sulfonilureas y glinidas) en los casos estables el control seria un dia a la semana y los inestables una vez al día los 7 días de la semana.

Nuestro objetivo inicial es conocer cual es la situación de nuestros pacientes diabéticos. Cuantos de ellos son diabéticos tipo 2 con ADO y de estos cuantos utilizan glucómetro para automediciones/autocontrol. Revisar la idoneidad de estas indicaciones. Cuantificar el gasto que ello supone. Plantear posibles alternativas más eficientes que redunden en el beneficio del usuario , los profesionales y la gestión económica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se obtuvieron los listados de pacientes diabéticos mediante la revisión de los pacientes incluidos con este diagnóstico en la cartera de servicios del programa OMI. Se revisaron las historias clínicas de estos pacientes para ver cuantos de ellos eran insulino dependientes y cuantos recibían tratamiento con antidiabéticos orales. En estos últimos se revisaba a cuantos se les había proporcionado un glucómetro. Finalmente se recogía el consumo en tiras reactivas anual. En este último apartado se recurría también analizar los registros manuales en alguno de los cupos ya que no existía registro de dicha información en OMI.

Se revisaron un total de 14 cupos correspondientes a los C.S San José Norte(2) y San José Centro de Zaragoza(12). Entre la población correspondiente a estos cupos había 1267 diabéticos de los cuales insulino dependientes eran 338 (33.46%), diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales eran 843 (66.53%), de los cuales contaban con glucómetro 189 (22.41%), sin glucómetro 667 (77.59%), en control dietético se encontraban 86.

*Falta concluir el recuento de consumo de tiras reactivas en estos pacientes, para poder conocer el consumo medio por paciente y hacer un cálculo de gasto anual

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

316

REVISION DE LA IDONEIDAD DEL AUTOCONTROL MEDIANTE GLUCOMETRO EN EL MANEJO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 CON ANTIDIABETICOS ORALES

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En un nuevo corte de control efectuado algún tiempo tras la comunicación de resultados al Equipo que no exista un incremento estadísticamente significativo en la indicación de glucometros en los pacientes diabeticos tipo 2 con ADO y de existir se ajusten a las recomendaciones de la SED. Que el consumo de tiras reactivas en estos pacientes sea también ajustado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A la luz de estos datos y basándonos en las recomendaciones de la SED (Sociedad Española de Endocrinología) nos planteamos por una parte revisar la indicación de las automediciones /autocontroles en nuestros pacientes, valorando a su vez con cual de los dos fines lo estamos realizando. Es posible que resulte difícil modificar esta pauta en pacientes que ya tienen el aparato de medición, pero nos podría resultar de utilidad para futuras indicaciones. Nos puede también servir para reflexionar sobre la importancia del registro de todas nuestras actuaciones en el programa informático OMI (inclusión en cartera de servicios, registro de diferentes actividades, suministros).. Este estudio de presentará en sesión clínica para conocimiento de los profesionales (implicando a profesionales tanto médicos como de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * porcentaje de pacientes diabéticos tipo 2 con ADO autocontrolados con glucómetro
* consumo de tiras por paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Conclusión de recogida de datos y análisis abril de 2011.

- Sesión Clínica mayo 2011
- Nueva recogida de datos octubre 2011
- Análisis de datos y conclusiones noviembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Paralelamente a este estudio se ha planteado en el equipo la adquisición de un aparato para determinación de hemoglobina glicada capilar que ofecería también la posibilidad de un control más estrecho y adecuado a los pacientes diabéticos tipo 2 con ADO, con un menor gasto de recursos y una mayor comodidad para el paciente.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

271

EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES CON LA FINALIDAD DE QUE EJERZAN UN MAYOR CONTROL SOBRE SU SALUD Y PUEDAN MEJORARLA

2. RESPONSABLE DESIREE ALGABA CIMORRA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS SAN JOSE NORTE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ELORRI LIZALDEZ PILAR. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE.
- ARANDA MONTERO VICTORIA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE.
- JIMENEZ GARCIA CARMEN. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE Y SUR.
- ARTIGAS SALVADOR PILAR. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE.
- GARRALON ORTEGA CRISTINA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE Y SUR.
- LOPEZ PEIRONA BARBARA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE Y SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los servicios de Atención Primaria detectan continuamente entre la población demandas a cerca de los distintos estilos de vida, sobre la manera de afrontar problemas concretos con enfermos crónicos y/o dependientes, o circunstancias tales como la atención a un enfermo terminal, la vacunación en los niños o la educación sexual en los adolescentes, entre otras.

La labor de Enfermería en este servicio es dar cobertura a gran parte de esas demandas que se generan. Sin embargo, los profesionales se han dado cuenta de que el tiempo del que se dispone es escaso y el número de pacientes a atender demasiado elevado. Debido a esta presión asistencial, no es posible resolver todas las cuestiones planteadas de la forma que gustaría.

Con el objetivo de paliar esta debilidad, se ha establecido la necesidad de construir un espacio dónde el paciente pueda acceder a información beneficiosa para su salud y a la vez pueda formular preguntas a los profesionales enfermeros sobre lo que han leído o sobre lo que les preocupa. De este modo existiría una comunicación enfermero-paciente más fluida, se economizaría el tiempo de ambos, y se generaría mayor confianza en el profesional. Es decir, a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación, establecemos con dicho espacio una atención continua, que dota al usuario de un mayor número de recursos y conocimientos y que, por tanto, es una oportunidad para mejorar la calidad asistencial.

A través de un sistema de tormenta de ideas y de un análisis exhaustivo de todas las posibilidades el grupo de trabajo llegó a la conclusión de que la creación de un blog era una buena solución por poseer un perfil que encaja con lo que se quiere conseguir.

Los blogs hoy en día son una herramienta de gran valor por su fácil acceso y su sencilla divulgación. Además suponen una invitación a la participación y a la interacción, no solo entre el profesional y el paciente, sino también entre los propios pacientes. Esto hace que dicho espacio pueda convertirse en un instrumento enriquecedor, que logre una mejora de la calidad de vida de los pacientes a través de una información ajustada a las necesidades de sus diferentes ciclos vitales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Crear un espacio virtual dónde existan los recursos necesarios para que los usuarios logren aumentar el control sobre su salud y la mejoren.

•Difundir el blog a los usuarios del centro de salud San José (Norte y Centro)

•Evaluar la opinión de los usuarios sobre la eficacia del blog, la utilidad de los contenidos y la comunicación con los profesionales de enfermería.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

271

EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES CON LA FINALIDAD DE QUE EJERZAN UN MAYOR CONTROL SOBRE SU SALUD Y PUEDAN MEJORARLA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Creación de un blog que posea diferentes secciones en las que se traten distintos temas de interés para los usuarios y que los capacite para participar de forma activa en la toma de decisiones relativas a su salud.
Désirée Algaba Cimorra, Pilar Artigas Salvador, Victoria Aranda Montero.

•Difusión del blog a los usuarios del centro de salud San José (Norte y Centro).
Désirée Algaba Cimorra, Pilar Artigas Salvador, Victoria Aranda Montero, Cristina Garralón Ortega, Bárbara López Peirona, Pilar Elorri Lizalde, Carmen Jiménez García.

•Mantenimiento adecuado y permanente del blog.
Désirée Algaba Cimorra, Pilar Artigas Salvador, Victoria Aranda Montero, Cristina Garralón Ortega, Bárbara López Peirona, Pilar Elorri Lizalde, Carmen Jiménez García.

•Desarrollo de los aplicativos que permitan conocer los indicadores utilizados para la evaluación.
Cristina Garralón Ortega, Bárbara López Peirona.

•Elaboración de resultados y evaluación.
Pilar Elorri Lizalde, Carmen Jiménez García.

•Presentación del proyecto y de los resultados del mismo en las jornadas aragonesas de calidad asistencial.
Désirée Algaba Cimorra, Pilar Artigas Salvador, Victoria Aranda Montero, Cristina Garralón Ortega, Bárbara López Peirona, Pilar Elorri Lizalde, Carmen Jiménez García.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicador: número de visitas semanales recibidas en el blog.

Descripción: número de personas que han visitado la página.

Período de tiempo: anual

Justificación: es necesario contabilizar las visitas a la página para conocer el interés de los usuarios por ella y valorar si se produce un avance o un retroceso en el seguimiento de la misma.

Fuente de datos: registro en la propia página a través de un gadget

Tipo de indicador: resultado

Estándar: 80 visitas semanales

2. Indicador: participación de los usuarios

Descripción numerador: número de visitantes que comentan entradas.

Descripción denominador: número de visitantes de la página

Período de tiempo: anual

Justificación: es imprescindible que los usuarios interactúen entre ellos y con los profesionales para establecer una buena comunicación. Además supone una muestra de interés por los contenidos e implicación con el proyecto.

Fuente de datos: los comentarios registrados en la propia página.

Tipo de indicador: resultado

Estándar: 20 comentarios a la semana.

3. Indicador: número de encuestas realizadas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 271

EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES CON LA FINALIDAD DE QUE EJERZAN UN MAYOR CONTROL SOBRE SU SALUD Y PUEDAN MEJORARLA

Descripción numerador: número de visitantes que responden a la encuesta establecida en el blog.

Descripción denominador: número de visitantes de la página

Periodo de tiempo: anual

Justificación: es fundamental conocer la opinión de los usuarios sobre el funcionamiento del blog y la eficacia del mismo con la finalidad de mantener los puntos positivos y mejorar aquellos que no lo sean.

Fuente de datos: las encuestas realizadas en la propia página.

Tipo de indicador: resultado

Estándar: 20 encuestas realizadas a la semana

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Abril 2010: Creación del blog.

•Mayo 2010: Difusión a los usuarios del centro de salud San José (Norte y Centro).

•Mayo 2010- Octubre 2010: Mantenimiento y elaboración de contenidos del blog.

•Noviembre 2010: Elaboración y difusión de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material fungible	120 €
Total	120 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

318

COORDINACION SOCIO SANITARIA EN LA EDUCACION GRUPAL A CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES

2. RESPONSABLE FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro CS SAN JOSE NORTE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GELADO JAIME CONCEPCION. ENFERMERA. C.S. SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERA. C.S. SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- NAVARRO SALDAÑA CONCEPCION LUISA. ENFERMERA. C.S. SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PEÑA LOPEZ ANA ISABEL. PSICOLOGA. UNIDAD DE SALUD MENTAL SAN JOSE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
- RUIZ SANZ MARISOL. ENFERMERA. C.S. SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- JAIME MARTINEZ PILAR. ENFERMERA. C.S. SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- MATEO TORRALBA ANA BELEN. TRABAJADORA SOCIAL. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIA. DIRECCION GENERAL DE ATENCION A LA DEPENDENCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Estimamos que en la población que es atendida en nuestro centro de salud hay una cantidad significativa de personas dependientes que son atendidas por sus familiares, los cuidadores manifiestan déficit de conocimientos y habilidades para afrontar el cuidado y problemas derivados del cuidado.

Creemos necesario aumentar la coordinación entre los diferentes recursos y apoyos que reciben los cuidadores, tanto desde el centro de salud como desde el departamento de servicios sociales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la atención a los dependientes

- Aumentar los conocimientos del cuidador en los relacionados con el cuidado.
- Mejorar el funcionamiento del Equipo de Atención Primaria y la coordinación con el Departamento de Servicios Sociales (Dirección General de la Dependencia)
- Optimizar recursos
- Facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de 8 sesiones con metodología de participación activa por parte de los asistentes con una exposición dinámica, participativa y práctica con resolución de dudas y evaluación de la sesión.

Seleccionaremos a los cuidadores partiendo del listado de personas que reciben prestaciones por dependencia.

Las sesiones que se realizarán son:

1. Cuidar a otra persona y factores relacionados
2. Higiene y eliminación
3. Prevención de úlceras
4. Movilización
5. Comunicarse y tiempo para sí. Técnicas de relajación.
6. Materiales de cuidado y ortoprotesicos. Ayudas técnicas.
7. Alimentación
8. Recursos sociales y apoyo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mediante un listado de usuarios elegidos, usuarios que aceptan y computo de usuarios asistentes a las sesiones:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 318

COORDINACION SOCIO SANITARIA EN LA EDUCACION GRUPAL A CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES

- 50% de respuesta a la convocatoria para asistir a las sesiones: número de asistentes/número de cuidadores convocados x 100
- 70% de asistencia a las sesiones: número de asistentes a las sesiones/ número de los que aceptan acudir x 100
- Cuestionario previo y posterior de conocimientos sobre cuidado al dependiente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo: elaboración de materiales y selección/captación de cuidadores.

Calendario:

1,6,8,13,15,20,22 y 27 de Junio en horario de 12 a 13.30.

En la segunda quincena de Junio evaluación y nueva programación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PANTALLA PROYECCION	150 €
· 8 MEMORIAS USB	160 €
Total	310 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 503

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GINGIVITIS EN POBLACION JOVEN DESDE LAS CONSULTAS DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCION PRIMARIA. CONTINUACION DE PROYECTO PREVIO

2. RESPONSABLE MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SAN JOSE SUR
- Servicio/Unidad .. ODONTOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- QUIRCE SANCHEZ SUSANA. THD. C.S. SAN JOSE. ODONTOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE GINGIVITIS Y EPO EN POBLACION JOVEN DESDE LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD. CONTINUANDO LA IMPLEMENTACION DEL PROYECTO DE MEJORA DEL AÑO 2011 QUE SE VIO RALENTIZADO POR LA DEMORA CON QUE NOS HICIERON LLEGAR LOS FOLLETOS EDUCATIVOS, SI BIEN LOS PACIENTES HAN SIDO Y ESTAN SIENDO RECOGIDOS POR NOSOTROS EN LA UNIDAD. ESTE PROYECTO BUSCA EL DISMINUIR Y ELIMINAR EN LO POSIBLE LAS AFECIONES GINGIVALES EN LA POBLACION JOVEN DADO QUE ES UNA PATOLOGIA MUY SENSIBLE A LOS PROTOCOLOS PREVENTIVOS Y SU FRECUENCIA ES MUY ELEVADA EN ESTA FRANJA DE EDAD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. HASTA EL MOMENTO HEMOS REALIZADO LA ELABORACION DEL PROTOCOLO DE REGOGIDA Y SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES:

APLICACION DE INDICES DE LÖE Y SILNESS

DETERMINACION DE INDICE DE O'LEARI

INDICES GINGIVAL Y DE PLACA

APERTURA DE HISTORIA CLINICA Y PROGRAMACION DE SUCESIVAS

EDUCACION PARA LA SALUD GINGIVAL DE MODO INDIVIDUALIZADO

ASI MISMO HEMOS ELABORADO LA GUIA EDUCATIVO Y DIVULGATIVA QUE VAMOS A PROCEDER A DISTRIBUIR, ESTE PUNTO ESTA PENDIENTE. ASI COMO LA PREVENCIÓN A BASE DE FLUOR TOPICO QUE NO PUDIMOS REALIZAR POR NO TENER RECURSOS SUFICIENTES PARA LA ADQUISICION.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. COMO FIN PRINCIPAL DE NUESTRO PROYECTO ESTA EL CONSEGUIR UNA PROGRESIVA Y POSTERIOR DESAPARICION DE LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL (EPO) EN LA POBLACION JOVEN

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Potenciar el conocimiento de la EPO y gingivitis en la población atendida en nuestra consulta para prevenir dichos procesos.

- Implantar medidas preventivas
- Orientación de los pacientes con necesidad de tratamiento
- Programación de visitas de diagnóstico y seguimiento
- Determinación de índices y distribución de guías de salud
- Controlar y seguir los casos ya detectados el pasado año

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Índice gingival de Løe y Silness

- Índice de placa de O'Leary
- Apertura de historia clínica, evaluación de índices y su progresión a los 15 días, al mes y a los tres meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. es una actividad que venimos desarrollando desde el pasado año con una Beca de Calidad y que precisa de seguimiento de los casos ya detectados previamente y los nuevos que se vayan incorporando al proyecto de prevención. Procederemos a la distribución de las Guías de Salud elaboradas por nosotros para la prevención de los mencionados procesos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

074

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE EPOC

2. RESPONSABLE MERCEDES EGUILUZ LOPEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SAN PABLO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA. MEDICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- LLORENTE JOSE MARIA. MEDICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- FORTIT JONATAN. MEDICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- NAVARRO TAUSIET PAZ. MEDICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- CAUSAPE CARMEN. ENFERMERIA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- ARRILLAGA ELENA. ENFERMERIA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- MURO BADIA MARIA JESUS. MEDICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es una de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio en España la prevalencia del EPOC es de 9,1%, entre los 40 y 70 años, en las consultas de atención primaria supone el 10% de las visitas y en la consulta de neumología (30% de los motivos de consulta). Sin embargo, es una enfermedad infradiagnosticada en el momento actual (sólo la cuarta parte de los pacientes de EPOC lo están) y en muchas ocasiones tanto el diagnóstico como el manejo terapéutico no son los más adecuados.

Es una evidencia que el correcto y temprano diagnóstico de la EPOC es importante en el manejo de la enfermedad; cuanto antes se realice, antes se podrán poner en marcha las adecuadas medidas terapéuticas.

Para un diagnóstico precoz de esta enfermedad se aconseja la realización de espirometría a todo fumador o exfumador de más de 35 años de edad con repeticiones cada 2 años si se mantiene normal.

En un reciente revisión (enero 2011) realizada en nuestro centro de Salud observamos una cobertura en este servicio de 414 pacientes, con una población entre 40 y 70 años de nuestra ZBS de 8610 usuarios, que supone un 4,8 % , se realizó una revisión de la Historia C clínica encontrándonos con que sólo 185 pacientes tenían espirometría diagnóstica lo que supone un 44,7 %

Ante estos resultados los profesionales de este EAP nos hemos planteamos como objetivo mejorar el diagnóstico de la EPOC utilizando los criterios espirométricos basados en las guías (SEPAR,semFYC,GOLD).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el diagnóstico de la EPOC utilizando los criterios espirométricos basados en las guías (SEPAR,semFYC,GOLD)

Mejorar la técnica de realización de espirometría

Mejora de los registros

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de un diagrama causa-efecto contando con un grupo de profesionales sanitarios del EAP (médicos y enfermeras).

Responsables, todos los componentes del proyecto

Determinar por orden de importancia que causas influyen en los resultados de mala calidad del diagnóstico de la EPOC. Responsables, todos los componentes del equipo

Definir e implementar por consenso las medidas correctoras. Responsables, todos los componentes del proyecto

Analizar los siguientes criterios:

1. El paciente deberá haber sido diagnosticado con una espirometría
2. En el momento del diagnóstico constarán:

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 074

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE EPOC

- FEV1/FVC < 70%
- FEV1 post broncodilatación < 80 % del valor de referencia.
3. Estará registrado el antecedente de tabaquismo en la historia clínica en el momento del diagnóstico
Responsable Jose M^a Llorente y Paz Navarro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N^a de pacientes de 40 y 70 años fumadores con espiro/ n^o total de pacientes fumadores entre 40 y 70 años

Total espirometrías que cumplen criterios de calidad/n^o total de espirometrías.(por muestreo)

Criterios de calidad de la espirometría:
Valoración de las curvas.- Inicio, artefactos, duración y terminación de la maniobra
Reproductibilidad de las curvas (curvas donde la diferencia del FEV1 sera inferior al 5%)

Pacientes que cumplen criterios de EPOC/total pacientes con episodio de EPOC

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2011.- Diagrama causa-efecto
Mayo 2011.- Determinación de las causas por orden de importancia
Junio 2011.- Definir por consenso las medidas correctoras
Septiembre/Octubre/Noviembre 2011.- Implementación las medidas correctoras
Enero 2012.- Analizar los criterios seleccionados y evaluación de los indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· espirometro 2.000 €
Total 2.000 €

11. OBSERVACIONES. Las características del espirómetro se definiran tras la realización del diagrama causa efecto

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 494

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL GRUPO FARMACOLÓGICO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

2. RESPONSABLE MARIA LUISA SAMITIER LERENDEGUI

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SAN PABLO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LLORENTE JOSE MARIA. MEDICO. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- NAVARRO PAZ. MEDICA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- FORTIT JONATAN. MEDICO. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- EGUILUZ MERCEDES. MEDICA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- CASTRO NATIVIDAD. MEDICA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- MAZA ANA CRISTINA. MEDICA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en España, en donde su nivel de utilización es muy superior al de otros países europeos. Esta situación de hiperprescripción de los IBP en nuestro medio está originada por un uso inadecuado en situaciones en las que no existe indicación clínica. En un estudio realizado en el CS San Pablo se objetivó que el número de pacientes con prescripción de IBP (2008) = 3973 de los cuales un 43,7% sin indicación= 1736 pacientes, con una media de 9,3 recetas por paciente son 16.144 prescripciones no indicadas que suponen más de 88.000€ gastados al año sin indicación. Estos datos se obtuvieron de OMI.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuar la indicación de los IBP a la evidencia científica actual. Disminuir costes innecesarios.

Disminuir los efectos secundarios e interacciones producidas por la falta de indicación de estos fármacos y por consiguiente mejorar la seguridad del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Exposición al equipo del estudio realizado en el centro de salud, "Auditoria sobre la prescripción de IBP"

2.- Actividades formativas e informativas:

- Sesión "Prescripción adecuada de IBP"
- Presentación al equipo del documentos "Recomendaciones para la prescripción de los IBP en el medio ambulatorio"
- Difusión de un documento interno elaborado a través de google docs , con la indicación de la adecuada prescripción de IBP para apoyo en consulta

3- Análisis de las prescripción de IBP (por grupo, por nº de recetas e indicación correcta según criterios guías clínicas.)

4.- Presentación al equipo de los resultados. Establecimiento de objetivos alcanzar.

5.- Reevaluación de las prescripciones de los IBP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará un muestreo aleatorizado entre todos los pacientes con al menos una prescripción de IBP, del centro

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 494

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL GRUPO FARMACOLÓGICO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

de salud.

Análisis de la adecuación de la prescripción según el documento de recomendaciones (actualizado en junio 2010)

Cálculo del % de prescripción inadecuada

Cálculo del exceso de gasto por prescripción inadecuada de IBP con precios calculados según precio de referencia de Omeprazol según recetas realizadas.

Fuente de datos: OMI-AP.

Nº de pacientes que NO cumplen criterios de prescripción de IBP/ Nº total de pacientes que se ha prescrito IBP

[Nº Prescripciones emitidas en OMI/ Nº de pacientes en tto con IBP] x nº de pacientes que no cumplen criterios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Exposición al equipo del estudio realizado en 2008 "Auditoria sobre la prescripción de IBP" y sesiones formativas e informativas a profesionales sanitarios del EAP Junio-2011.

Análisis de las prescripciones de IBP. Junio-2011.

Presentación al equipo de los resultados. Establecimiento de objetivos alcanzar. Julio 2011

Reevaluación de las prescripciones de los IBP. Diciembre-2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· INSCRIPCIONES CONGRESO NACIONAL SEMFYC, 4	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 441

1. TÍTULO

VALORACION Y MEJORA DE LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA DE LAS EMERGENCIAS MEDICAS DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

2. RESPONSABLE ISABEL MONREAL ALIAGA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SASTAGO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ TREMPES LUIS. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- DIAZ DEL CUBILLO MIGUEL. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR. MEDICO. C.S. SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- ORTIZ OCHOA ALFREDO. MEDICO. C.S. SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- MILLAN GINER MARIA ESTHER. ENFERMERA. C.S. SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- ROMANOS CARNICER MARIA MERCEDES. ENFERMERA. C.S. SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER. ENFERMERA. C.S. SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Diferentes estudios han demostrado que la mayoría de las emergencias médicas tienen un inicio brusco y una elevada tasa de complicaciones y mortalidad en los primeros momentos, que se pueden beneficiar con una atención sanitaria in situ y al máximo nivel. Todo esto hizo necesario el planteamiento de una mejora en la atención sanitaria a las emergencias en el medio extrahospitalario, sustituyendo el concepto de "cargar y correr" por el de "estabilizar y trasladar".

El Equipo de mejora del EAP de Sástago lleva trabajando en la atención a la emergencia extrahospitalaria varios años, ya que la distancia a la que se encuentran los medios de soporte vital avanzado quedan muy distantes de la zona de salud. En este sentido, existe un protocolo de actuación, mantenimiento de equipos y revisión de material y caducidades que se realiza sistemáticamente por los miembros del EAP.

En la encuesta previa para la elaboración del plan de formación del EAP para el año 2011, se puso de manifiesto la necesidad de una actualización y formación continuada en urgencias y emergencias.

Localización de la Zona de salud de Sástago:

- El centro de salud se encuentra ubicado en Sástago
- Distancias de Sástago al resto de localidades de la zona básica (por orden de tamaño):
 - o Escatrón: 8,5 Km - 15 minutos
 - o La Zaida: 7,3km - 10 minutos
 - o Alforque: 30km - 32 minutos
 - o Alborge: 3,2km - 7 minutos
 - o Cinco Olivas: 3,3 - 6 minutos

Ubicación de medios de transporte (información oficial del SALUD):

1. Ambulancia convencional: Ubicada en Sástago
2. Ambulancias de Soporte vital básico:
 - 2.1. Ubicada en Fuentes de Ebro (carretera N232):
 - 2.1.1. 40 minutos de Sástago (36,1Km.)
 - 2.1.2. 12 minutos más de Escatrón (44,6Km).
 - 2.1.3. 10 minutos menos de La Zaida
 - 2.2. Ubicada en Caspe (carretera A-221): 40 minutos de Sástago (35,9Km) y 12 minutos menos de Escatrón (28min, 27,4Km)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

441

VALORACION Y MEJORA DE LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA DE LAS EMERGENCIAS MEDICAS DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

- 2.3. Ubicada en Híjar: 40 minutos de Sástago (38,2Km) 12 minutos menos de Escatrón (28min, 25,8Km)
3. Ambulancias de soporte vital avanzado:
 - 3.1. Ubicada en Zaragoza (carretera N232): 55 minutos (65Km.) de Sástago y 67 minutos de Escatrón (73,5Km).
 - 3.2. Ubicada en Alcañiz: 60 minutos de Sástago (61,2Km) y 48 minutos de Escatrón (58,7Km)
4. Helicóptero de Soporte vital avanzado: Ubicado en Zaragoza: 20 minutos (con luz diurna y buenas condiciones climatológicas)

Según el Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención inicial al accidentado de tráfico del Ministerio de Sanidad y Política social (<http://www.msps.es/ciudadanos/accidentes/accidentesTrafico/docs/Buenaspracticassaccidentadotrafico.pdf>) las Isócronas (curvas que unen los puntos geográficos con igual tiempo de respuesta, por parte de los recursos sanitarios) con el objetivo de:

- El 80% de la población debe estar cubierta por una SVB en una isócrona de menos de 15 min.
- El 90% de la población debe estar cubierta por una SVA en una isócrona de menos de 30 min.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es la mejora de la actuación ante emergencias médicas en la zona de salud de Sástago.

Se pretende evaluar las emergencias médicas atendidas durante el año 2011 por el EAP en cuanto a número y tiempos de actuación y traslados.

A su vez se pretende actualizar en cuanto a formación en emergencias médicas mediante un plan formativo específico para todos los miembros del EAP de Sástago, mejorar la dotación necesaria en materia de urgencia y emergencia, y mejorar los circuitos de control de material ya existentes.

Se trabajará con la población para mejorar la formación y actuación como primer y 2º escalón de la Cadena de la Supervivencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Plan de formación de los miembros del EAP:
Responsables - Dra. Isabel Monreal Aliaga y Luis Sánchez.
Talleres mensuales de 1,5 horas de duración durante el horario laboral.
Se va a emplear material de formación sanitaria de una empresa local (muñecos, DESA-training, etc.)

Formación población:
Responsable - Enfermera Esther Enfedaque
Talleres interactivos para grupos de un máximo de 30 personas de 2 horas de duración

Organización material urgencias:
Responsable - Luis Sánchez
Equipos de control rotatorios de forma trimestral médico - enfermera para valoración de caducidades y estado del material.

Medición de tiempos:
Realización de hoja de registro específica en caso de emergencia médica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Tiempos de respuesta: Tiempo de respuesta en la aplicación de técnicas de SVB por el EAP de Sástago y tiempo de respuesta en la aplicación de técnicas de SVA por personal del 061.
- Encuesta pre y post conocimientos en actuación en emergencias por parte de los miembros del EAP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio: Mayo de 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

346

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL

2. RESPONSABLE GLORIA SORIA CABEZA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS TORRE RAMONA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OTEGUI ILARDUYA LUIS. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERAMONA. MEDICO DE FAMILIA
- SORIA RUIZ DOLORES. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERAMONA. PEDIATRIA
- ALVAREZ RUIZ BLANCANIEVES. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD TORRERAMONA. PEDIATRIA
- RUBIO GALAN JAVIER. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERAMONA. MEDICO DE FAMILIA
- GONZALEZ VIEJO NATIVIDAD. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERAMONA. MEDICO DE FAMILIA
- IRIBARNE MARTA. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD TORRERAMONA. ENFERMERIA
- TURON RAMOS BEGOÑA. ADMINISTRATIVA. CENTRO DE SALUD TORRERAMONA. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto de "Atención a la Urgencia vital comenzó el año 2009 de en Cs Torrerramona, fué elaborado por el Grupo de Calidad del equipo, mediante trabajo de grupo, utilizando la técnica de Braimstormig para Detección de situaciones mejorables, elaboración de listado de problemas agrupados y priorización mediante parrilla de análisis, resultando como ler problemas , la AUSENCIA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL, decidiendo que esta iba a ser la Línea de Mejora. El análisis de esta línea de Mejora se realizó mediante el diagrama de Ishikawa causa-efecto, y tras el análisis por etapas se definen las actividades. Finalmente en 2009 se elabora el programa de Mejora con Objetivos, Actividades, Indicadores, Responsable, componentes del equipo de mejora y calendario. Se presentó y fue aceptado en las concatorias de Proyectos de Mejora de 2009 y 2010. Durante el año 2010 se ha trabajado en actividades pendientes del año anterior.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2009 se trabajó fundamentalmente en la elaboración de un protocolo de Atención a la Urgencia, elaboración y exposición en lugar visible para todos los profesionales de los listados semanales de los Turnos de los profesionales de atención urgente, se realizó un Taller de entrenamiento de RCP, 3 sesiones clínicas de Asistencia a la Urgencia, y 6 revisiones del Maletín de Urgencia sin protocolizar, a las que acudieron más el 50% de los profesionales. Se inició el registro y análisis de incidencias Quedó pendiente la Protocolización de las revisiones del Maletín y carro de Urgencias.

AÑO 2010: ACTIVIDADES

1. Asistencia de 2 miembros del Grupo a un Taller de Adecuación del Carro y Maletín de Urgencias.
2. Varias sesiones de Revisión y Discusión de Protocolos de Adecuación del Carro y Maletín de Urgencias. Aceptación del Protocolo elaborado por la Comisión de Uso Racional del Medicamento del Sector I de AP (Zaragoza).
3. Adecuación de nuestro Maletín y Carro de Paradas a este Protocolo.

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

346

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL

4. Organización de los Turnos de Revisión del Carro y Maletín, para todos los Profesionales del CS. Comienzo del 1er turno en Enero de 2011
5. Realización de la 1ª Revisión a cargo del Grupo de Mejora, y 3 revisiones ordinarias en Enero, Febrero y Marzo de 2011
6. Adaptación y presentación al EAP del de Procedimiento Documentado de Atención a la Urgencia en el CS.
7. Análisis de las incidencias recogidas de en CS

RESULTADOS CONSEGUIDOS

1. Maletín y carro de paradas: Elaboración y puesta en marcha del Protocolo de Revisión del Maletín y Carro de Urgencias: Se ha adaptado el contenido del maletín y carro a esta protocolo..
Se han elaborado Listados mensuales de Revisión del Carro y maletín de Urgencias, que incluyen a TODOS los profesionales del CS, para realizar la Revisión mensual con recogida de firmas y registro de incidencias.4 Revisiones realizadas en Diciembre de 2010, Enero, Febrero y Marzo de 2011.
Se ha conseguido la adjudicación al CS de un carro de paradas, (ya que carecíamos de él), tras tener que justificar su necesidad ante los Servicios Centrales del HMServet .

2. Elaboración de y presentación al EAP del Procedimiento Documentado de atención a la Urgencia, con Flujograma de actuación de los diferentes profesionales tanto en urgencias del CS como en domicilio, con sistema de registro y recogida de incidencias.
3. Análisis de las Incidencias: el 20% del total se refieren a la Atención a la Urgencia.

RESULTADOS DE INDICADORES

1. Número de revisiones del Carro y Maletín de urgencias: Propuestas : 1 semanal, Realizadas: 3: una en 2010 y 3en 2011.
2. Registro y análisis de Incidencias trimestral: se han analizado semestralmente, recogándose un total de 10 incidencias de las cuales 2 (20%)corresponden a la Atención a la Urgencia vital.
3. Sesiones clínicas de Protocolos Atención a la Urgencia Vital: se han realizado 8 sesiones del Grupo de trabajo relacionadas con el Maletín y carro de urgencias, y una sesión de todo el equipo, no se ha evaluado la asistencia. Quedan pendientes los talleres y sesiones de discusión de otros Protocolos para 2011.
4. Realización del procedimiento documentado y de Registro en OMI, se ha presentado en Sesión clínica a todo el centro de Salud y se ha entregado a todos los Profesionales.

RECURSOS UTILIZADOS:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

346

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL

Protocolo de la Comisión de Uso Racional del Medicamento del Sector II de AP de Zaragoza, varios protocolos presentados en el Taller de Gestión del Maletín y del Equipamiento de Urgencias de las Jornadas de Calidad realizadas en Junio de 2010 en Zaragoza.
Recursos de docencia habituales: ordenador, proyector....

ASPECTOS PENDIENTES

Talleres de entrenamiento en RCP para todos los Profesionales del CS
Sesiones de discusión de otros Protocolos de Atención a la Urgencia para 2011.

Elaboración de Protocolos de actuación ante las posibles situaciones de urgencia para colocar en lugar visible en la sala de urgencias, Carro de paradas y Maletín de Urgencias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mantener el maletín de urgencias actualizado.
2. Mejorar el entrenamiento de todos los profesionales del CS en el manejo del maletín y carro de urgencias.
3. Registro y análisis de incidencias.
4. Mejorar la formación de los profesionales en la atención a la Urgencia mediante asistencia a Sesiones clínicas y Talleres en el Centro de Salud.
5. Disponer de Protocolos de actuación ante situaciones urgentes en lugar visible de la Sala de urgencias, Carro de paradas y Maletín de Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Elaboración de Protocolos de atención a la Urgencia: Se realizará mediante búsqueda bibliográfica, estudio y discusión y posterior elaboración de Protocolos por consenso del grupo del proyecto. Finalmente los protocolos estarán disponibles para Consulta rápida en el Maletín de Urgencias, Carro de paradas y Sala de atención a las Urgencias.

Responsables Dra I González Viejo, Dra Soria Ruiz y Marta Iribarne

2. Sesiones Clínicas de exposición y discusión de protocolos, y Talleres de RCP, dirigidos a todos los profesionales del CS, sobre la Atención a la Urgencia Vital, organizadas por Amor Melguizo, responsable de Docencia.

3.- Revisión del Maletín de Urgencias, con carácter mensual, cumplimentando el sistema de Registro diseñado a tal fin, y las incidencias resultantes de la Revisión, si las hubiere. Responsable Blanca Álvarez

4.- Elaboración semanal de turnos de guardia de atención a la urgencia y exposición de los listados en lugar visible del CS. Responsables Luis Otegui y Begoña Turón

5.- Registro de incidencias derivadas de la atención a la Urgencia Vital, y de la Revisión del Carro de paradas, comunicadas al Coordinador del EAP y/o al grupo de Calidad.

Análisis trimestral de las incidencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores para monitorizar:

1-Análisis de las incidencias

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

346

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL**DIMENSIÓN:** científico-técnica. Eficiencia

JUSTIFICACIÓN: Las incidencias ponen de manifiesto fallos del sistema y/o situaciones susceptibles de mejorar como problemas con los turnos de guardia, de localización del responsable de atender la urgencia, con la recogida de datos del paciente o con el material de Urgencias. Recogerlas, y clasificarlas nos puede servir para solucionar problemas, proponer actuaciones de mejora o comunicarlo a niveles superiores.

FÓRMULA:

- nº de incidencias recogidas desde el 1 de Abril de 2011 hasta el 31 de Marzo de 2012 relacionadas con la atención a la urgencia/ nº total de urgencias atendidas en el mismo periodo de tiempo. Estandar: <20%.

--nº de reuniones propuestas para análisis de incidencias/nº de reuniones realizadas. Estandar: 4 anuales

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS: Incidencia: Cualquier problema, suceso o acontecimiento inesperado que pueden acontecer durante la atención a las Urgencias en el CS o en domicilio, durante la realización del trabajo, y que pueden afectar a la seguridad del paciente y/o al profesional.

POBLACIÓN: Pacientes atendidos en Urgencias en el CS según sistema de Registro de OMI.

TIPO DE INDICADOR: de Proceso basado en un índice.

FUENTE DE DATOS: Las incidencias serán recogidas en cualquier formato: oral, papel, correo electrónico, sistema de registro de urgencias, de revisión del maletín y carro de urgencias, por cualquier profesional del CS y serán trasladadas al coordinador del Equipo o a la responsable del proyecto de Mejora. El nº total de Urgencias atendidas se obtendrá previa solicitud al Servicio de Informática de AP

PERIODICIDAD: Análisis de incidencias: cada 3 meses, en los meses de Junio, Septiembre y Diciembre de 2011 y Marzo de 2012. . El análisis del nº de incidencias derivadas de la atención a la urgencia se hará semestralmente. .

COMENTARIOS: El nº de urgencias atendidas se obtendrá mediante solicitud semestral a los informáticos de la DAP.

2. Revisiones del Carro y maletín de urgencias**DIMENSIÓN:** Científico-técnica. Eficiencia. Equidad

JUSTIFICACIÓN: El mantenimiento del carro y maletín de urgencias con los medicamentos y el material adecuados para la atención urgente, es prioritario para garantizar la calidad de asistencia a la Urgencia vital, tanto en el centro de salud, como en el domicilio del paciente. Y, el conocimiento, la familiarización y el entrenamiento previo de TODOS los profesionales del CS en el uso de este material facilita la actuación en las situaciones urgentes.

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

346

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL**FÓRMULA:**

nº de revisiones realizadas/ nº revisiones propuestas . Estandar una mensual

nº de profesionales que realizan las revisiones/nº de profesionales previsto . Estandar: 6 profesionales cada mes. Objetivo: 80%.

nº de revisiones realizadas/ nº revisiones propuestas . Estandar una mensual

nº de profesionales que realizan las revisiones/nº de profesionales previsto . Estandar: 6 profesionales cada mes. Objetivo: 80%.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS: La Revisión del Maletín y carro de Urgencias, se realizará siguiendo Turno y un protocolo elaborados a tal fin, revisando la existencia del material o medicamentos el nº de unidades, las caducidades, la protección de la luz y el funcionamiento del aparataje. Se registrará : fecha de la revisión, personas que la realizan y firma, aspectos revisados e incidencias si las hubiere.

POBLACIÓN: Todos los profesionales del CS, 6 en cada turno, mezclados Médicos de Familia, Enfermeras, personal de Admisión y otros.

TIPO DE INDICADOR: Proceso basado en un índice

FUENTE DE DATOS: Hoja de Registro para el carro de Urgencias y otra para el maletín. Hoja de cada Turno de Revisión de los profesionales, y de incidencias. Todas ellas están disponibles en la sala de Urgencias.

PERIODICIDAD: Se monitorizará semestralmente

COMENTARIOS: Todos los profesionales se entrenarán en el manejo del maletín y carro de urgencias en turnos de 6, calculándose una rotación cada 6 meses. Los Turnos de Guardia de los Profesionales estarán expuestos en el Tablón y/o en la Pizarra de Admisión. Las ausencias y sustituciones de los Profesionales (Permisos, bajas laborales, ...) serán comunicadas por el Coordinador al Responsable de Admisión con suficiente antelación. Se recogerán las incidencias pertinentes.

Las hoja de Registros de cada Turno y de las Revisiones están disponibles en un archivador situado en el armario de urgencias, y tras su uso, se dejará en el mismo lugar. Si falta material, o medicación, se anotará en el registro correspondiente y la Auxiliar administrativa, responsable del material, se encargará de su reposición.

3. Realización de protocolos de Atención a la Urgencia.

DIMENSIÓN: científico-técnica, eficiencia

JUSTIFICACIÓN: Las asistencia a los pacientes en situaciones de urgencia es más frápida y eficaz si se dispone de protocolos de actuación ante los problemas de salud urgentes, previamente conocidos, y situados en

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

346

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL

lugar visible y/o asequible.

FÓRMULA:

Nº de reuniones previstas para la realización de protocolos/
realizadas. Estandar, 4
Existencia de Protocolos de actuación ante situaciones urgentes,
situados en lugar visible de la Sala de Urgencias, maletín y carro de
paradas. No hay datos previos. Si/No.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS: Protocolos de actuación ante situaciones
urgentes, (Infarto Agudo Miocardio, Crisis hipertensivas, Edema Agudo de
Pulmón, Intoxicación o Sobredosificación por opiáceos y benzodiazepinas
Reacciones alérgicas agudas: Anafilaxia, Angioedema y urticaria, Crisis
asmática, Laringotraqueítis (Croup), Convulsiones, Paciente agitado,
Hipoglucemia grave, Vómitos, Dolor, Intoxicación etílica, Crisis de
ansiedad Shock hipovolémico) plastificados y situados en la pared más
cercana al paciente en el cuarto de urgencias, el maletín y el carro de
urgencias.

POBLACIÓN: Todos los pacientes atendidos en situación urgente.

TIPO DE INDICADOR: Proceso, Estructura, basado en un índice.

FUENTE DE DATOS: Actas de reuniones y sesiones clínicas. Protocolos
realizados

PERIODICIDAD: Anual

COMENTARIOS: La bibliografía disponible de atención a la urgencia es
amplia y nos parece posible el consenso para la elaboración de los
protocolos. Por ello se prevén 4 sesiones clínicas su presentación,
discusión y aceptación. Se propondrá la búsqueda bibliográfica a los
MIR de Familia del CS.

Se proponen para monitorizar los indicadores 1 y 2: Análisis de
incidencias y Revisión del maletín y Carro de Urgencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha
de inicio del proyecto: 1 de Abril de 2010, finalización 31 de Marzo de
2012
La Revisión del Maletín de Urgencias será Mensual, el último viernes de
cada mes.
La elaboración de protocolos de Atención a la Urgencia se realizará
entre los meses de Abril y Junio de 2011, mediante sesiones mensuales El
análisis del nº de incidencias

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 346

ATENCION A LA URGENCIA VITAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Portátil pequeño (Netbook)		300 €
· Pulsioxímetro pediátrico		200 €
	Total	500 €
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR		

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ

2. RESPONSABLE JOSE GALBE SANCHEZ-VENTURA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS TORRERO-LA PAZ
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA Y MATRONA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- METOLA LOZA JULIA. MATRONA. CS TORRERO-LA PAZ.
- BALAGUE CLEMO CONCEPCION. ENFERMERA. CS TORRERO-LA PAZ.
- CANCER RABINAL ROSA. ENFERMERA. CS TORRERO-LA PAZ.
- ZARAZAGA GERMES GREGORIO. PEDIATRA. CS TORRERO-LA PAZ.
- CEBRIAN GIMENO INMACULADA. PEDIATRA. CS TORRERO-LA PAZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años ha cambiado considerablemente la composición de la población y la procedencia de los usuarios. Estos cambios se han producido con rapidez haciendo que varíen también las procedencias de los recién nacidos (RN) y de sus madres así como de los hábitos de salud respecto a la población atendida hace tan sólo algunos años. Todo ello hace que los equipos de Atención Primaria deban adaptarse a la realidad cambiante de los usuarios. Uno de los objetivos de este trabajo es conocer la realidad sociosanitaria de los RN de nuestra zona de Salud así como la de sus madres y de la familia en general analizando la presencia de posibles factores de riesgo. Por otra parte esta población es objeto de programas específicos de Prevención y de Promoción de la Salud y es importante detectar oportunidades de mejora de los mismos para implementar en su caso las oportunas medidas correctoras. Este proyecto aprovecha de forma oportunista el desarrollo de un proyecto colaborativo y multicéntrico desarrollado a nivel autonómico con una amplia participación de profesionales y centros de todo Aragón titulado: "Crecimiento y alimentación durante la lactancia y la primera infancia de niños aragoneses". Proyecto FIS PI080559 2009-2011 cuyo investigador principal es el Profesor JL Olivares López proyecto y que dirige el Dr Gerardo Rodríguez .En este proyecto colabora el centro de Atención Primaria Torrero la Paz de Zaragoza. Y que recibió el sobrenombre de : "Calina" (ver Anexo I, II y III). A todos los padres de RN se solicitó que firmasen un documento de consentimiento informado . El Proyecto calina cuenta como es preceptivo con la aprobación del comité de ética e investigación de Aragón (CEICA) . Se analizarán tan sólo parte de los datos correspondientes al Centro Torrero La Paz.

Objetivo Resumen: Resumen: Analizar los datos sociosanitarios y de atención de los recién nacidos (RN) y de sus madres correspondientes a la zona de salud de Torrero La paz y a lo largo del año 2009. De estos datos interesa en particular analizar las tasas de prevalencia de lactancia materna así como su evolución en el tiempo y relación con otras variables
Analizar las oportunidades de mejora que se plantean a partir del análisis de estos datos
Proponer medidas correctoras adecuadas.
Definir si es posible algún criterio de calidad fácilmente mesurable que pueda servir de indicador de calidad de la Atención prestada

Conclusiones:

- .-Del análisis de los datos se concluye que para esta cohorte de RN la primera visita en el Centro de salud se realiza pasados los 10 días de vida.
- .-Existe un importante porcentaje , alrededor del 25%, de RN de madres y padres de diferentes etnias y procedentes de países en desarrollo.
- .-Estos últimos RN tienden a tener un mayor peso pero no difieren comparativamente en el resto de variables analizadas respecto de los niños españoles caucásicos.
- .-Las tasas de lactancia materna tanto al alta como en su evolución a lo largo de los primeros seis meses parecen claramente mejorables

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ

.-Los niños de menor peso y edad gestacional y los de mayor edad materna parecen tener una prevalencia menor de lactancia materna o mixta.

.-Los niños que tienen padres o madres procedentes de países en desarrollo y aquellos cuyas madres carecen de antecedentes patológicos tienen unas mayores tasas de prevalencia de LM.

.-Existe un importante porcentaje de gestantes fumadoras en torno al 20%

.-Las madres con mayores IMC tienen con más frecuencia antecedentes patológicos perinatales así como incidencias gestacionales.

Propuestas a valorar por el equipo de mejora:

.-Proporcionar información sobre Lactancia materna tanto a las madres como a las familias como a las mujeres que planeen quedarse embarazadas en cualquier modalidad de consulta que pueda realizarse en Atención primaria. Con esta información se pretende ayudar a tomar una decisión informada y libre de presiones comerciales.

.-Promocionar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses . Promocionar la LM hasta los 2 años tras la correcta introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses.

.-Promoción de la lactancia materna en las consultas de Atención primaria de forma oportunista y en el proceso de preparación al parto. Se propone la implantación de un grupo de apoyo a la lactancia materna como medida de promoción claramente eficaz.

.-Disponer de una estrategia de formación del personal del centro sobre lactancia materna

.-Disponer de un documento sobre lactancia y alimentación escrito y actualizado para su uso por parte de todo el personal del centro. Promover su uso y conocimiento por parte de todo el personal del Centro.

.-Asignación de primera cita al RN en el Centro de Salud en la primeras 72 horas tras el alta en la maternidad con independencia de los trámites burocráticos pertinentes.

.-Cumplir estrictamente la normativa sobre publicidad de productos sucedáneos de leche materna

.-Promover el uso de la lactancia materna simultánea en procedimientos dolorosos como punción del talón, pendientes etc.

.-Promover el uso de las gráficas de crecimiento de la OMS para el seguimiento de lactantes en general y con lactancia materna en particular

.-Promover el uso de recursos electrónicos con base en la web para obtener información sobre fármacos y lactancia materna p.ej:

<http://www.e-lactancia.org/espanol/inicio.asp>

.-Anamnesis y Consejo antitabaco a lo largo del embarazo en las consultas de Atención primaria de forma oportunista y en el proceso de preparación al parto.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ

- .-Derivación a su Médico y/o Enfermera de AP para iniciar proceso de deshabituación tabáquica si se considera indicado.
- .-Proporcionar consejo sobre hábitos nutricionales saludables a lo largo de todo el proceso Embarazo, parto y lactancia

Indicadores de calidad propuestos:

- .-Edad del RN en la primera visita en AP
- .-Porcentaje de RN con Lactancia materna exclusiva en la primera visita en AP
- .- Porcentaje de RN con Lactancia materna mixta en la primera visita en AP
- .-Porcentaje de niños con LME a los 2.4 y 6 meses de edad.
- .-Porcentaje de madres fumadoras en la primera visita en AP
- .-Porcentaje de madres que asisten o han asistido durante el primer mes de vida del RN a un grupo de apoyo a la LM vinculado con el equipo de AP (Registrarlo en la visita del primer día

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses Prevalencia LM exclusiva a los 4m mínimo de 50%

Proporcionar información sobre las ventajas de la LM a todas las embarazadas

Asistencia a grupo de preparación al parto o consulta de matrona del CS en el 90% de las gestantes

Realizar anamnesis sobre consumo de tabaco a todas las embarazadas .

Registro de anamnesis de consumo en el 85% de las gestantes

Ofrecer consejo antitabaco breve a las fumadoras

Registro de las intervenciones realizadas en el 85% de las fumadoras

Ofrecer derivación a las gestantes fumadoras

Derivación a consulta de enfermería (antitabaco) en el 50% de las fumadoras detectadas 50%

Desarrollar a lo largo de 2011 un grupo de apoyo a la lactancia materna en el ámbito geográfico de Torrero y Torrero la Paz con posibilidad de participación de profesionales de otros centros de Salud cercanos Funcionamiento del grupo en el primer trimestre de 2011 con una periodicidad de una sesión quincenal ninguna 1 sesión cada 15 días

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mejorar tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses Prevalencia LM exclusiva a los 4m mínimo de 50%

Proporcionar información sobre las ventajas de la LM a todas las embarazadas

Asistencia a grupo de preparación al parto o consulta de matrona del CS en el 90% de las gestantes

Realizar anamnesis sobre consumo de tabaco a todas las embarazadas .

Registro de anamnesis de consumo en el 85% de las gestantes

Ofrecer consejo antitabaco breve a las fumadoras

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 102

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ

Registro de las intervenciones realizadas en el 85% de las fumadoras

Ofrecer derivación a las gestantes fumadoras

Derivación a consulta de enfermería (antitabaco) en el 50% de las fumadoras detectadas 50%

Desarrollar a lo largo de 2011 un grupo de apoyo a la lactancia materna en el ámbito geográfico de Torrero y Torrero la Paz con posibilidad de participación de profesionales de otros centros de Salud cercanos Funcionamiento del grupo en el primer trimestre de 2011 con una periodicidad de una sesión quincenal ninguna 1 sesión cada 15 días

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de calidad propuestos:

.-Edad del RN en la primera visita en AP

.-Porcentaje de RN con Lactancia materna exclusiva en la primera vista en AP

.- Porcentaje de RN con Lactancia materna mixta en la primera vista en AP

.-Porcentaje de niños con LME a los 2.4 y 6 meses de edad.

.-Porcentaje de madres fumadoras en al primera visita en AP

.-Porcentaje de madres que asisten o han asistido durante el primer mes de vida del RN a un grupo de apoyo a la LM vinculado con el equipo de AP (Registrarlo en la visita del primer mes)

1.-Establecer programa de educación grupal sobre lactancia materna y hábitos saludables en coordinación con el de preparación al parto. El objetivo es que el grupo esté en funcionamiento en el primer trimestre de 2011. Se registrará Número de Sesiones anuales y breve acta de las mismas.

2.-Registro de consumo antitabaco en el embarazo: Evaluación de registro en OMI

3.- Registro de consejo breve antitabaco: Evaluación de registro en OMI

4.-Registro de derivación de fumadoras a consulta de enfermería: Evaluación de registro en OMI

5.- Registro de prevalencia de LME a los 4 meses: Evaluación de prevalencia de LME a los 4 m. en OMI Actividades preventivas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. .-Inicio Grupo de apoyo a la alctancia materna. marzo de 2011

.-Registro de consumo antitabaco durante el embarzo febrero 2011

.-Registro de consejo antitabaco durante la gestación febrero de 2011

.-Registro de derivación para deshabitación tabáquica febrero de 2011

.-Registro de prevalencia de lactancai materna exclusiva los 4 m febrero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañón de proyección	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

603

MAXIMIZAR LA EFICIENCIA DE LA EDUCACION EN DIABETICOS TIPO II EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

2. RESPONSABLE MARIA PAZ MAINER SANMARTIN

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS TORRERO-LA PAZ
- Servicio/Unidad .. ENFERMERIA ADULTOS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MALLOR BERNAD PILAR. ENFERMERA. CS TORRERO-LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
- CANO MATEO ISABEL. ENFERMERA. HU MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- GONZALEZ DE LA CUESTA DELIA. ENFERMERA. H ROYO VILLANOVA. UCI
- BARRADO NARVION MARIA JESUS. ENFERMERA. H ROYO VILLANOVA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El 12% de la población española es diabético tipo II y el 4% no lo sabe.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad insidiosa que no presenta sintomatología y puede tardar 3 años en diagnosticarse. El diabético tipo 2 no se considera un enfermo. Es una enfermedad crónica con unas complicaciones muy graves: retinopatía, neuropatía, vasculopatía y nefropatía.

Con un buen control de la enfermedad se consigue minimizar y retrasar estas complicaciones, manteniendo una buena calidad de vida

Nuestra población diana son los diabéticos de nuestro centro de salud que son aproximadamente 1400

Este equipo de mejora se plantea educar a sus diabéticos maximizando la dimensión de la calidad de la eficiencia de las herramientas utilizadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el nivel de salud de la población diabética tipo II

- Aumentar los conocimientos sobre la enfermedad
- Autogestión de su enfermedad
- Mantener las cifras de hemoglobina glicosilada en 4-6 mg/ml
- Conseguir una glucemia basal por debajo de 120mg/ml

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño del proyecto por M^a Paz Mainer, M^a Jesús Barrado y Delia González

Aplicar dos herramientas diferentes sobre dos grupos de pacientes diferentes de diabéticos tipo 2 :

- Mapas de conversación(aprendizaje interactivo)
- Charlas formativas: Por fin es jueves(aprendizaje presencial)

Mapas de conversación

Se realizaran cuatro reuniones formativas en cuatro semanas consecutivas de 2,30 horas de duración cada una, donde son los pacientes los que hacen el recorrido de los diversos aspectos de su enfermedad con la ayuda del mapa. La enfermera escucha, corrige, adiestra y refuerza.

M^a Paz Mainer, Pilar Mallor e Isabel Cano

Se realizara control analíticos previo a la formación y el seguimiento se hará a los 3, 6, y 9 meses. M^a Paz Mainer y Pilar Mallor

Charlas formativas: por fin es jueves

La enfermera realizara una clase magistral por tema proporcionando material didáctico al alumno.

M^a Paz Mainer, Pilar Mallor e Isabel Cano

Se realizara control analíticos previo a la formación y el seguimiento se hará a los 3, 6, y 9 meses. M^a Paz Mainer y Pilar Maillor

Recogida de datos Isabel Cano, Delia González y M^a Jesús Barrado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

603

MAXIMIZAR LA EFICIENCIA DE LA EDUCACION EN DIABETICOS TIPO II EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Análisis de datos y conclusiones por parte de todas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de adhesión al proyecto: nº de personas que acuden a las reuniones/ nº de personas citadas X 100
Indicador de resultados:

-Cifras de hemoglobina glicosiladas a lo largo de las analíticas seriadas
-Cifras de glucemia basal controladas mensualmente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año

1º grupo Fecha de inicio: marzo 2011 (una reunión semanal)

Herramienta: Mapas de conversación

Realización de una encuesta pre y post formación

Analíticas: Marzo, junio, septiembre, diciembre y marzo

2º grupo Fecha de inicio: abril 2011 (una reunión semanal)

Herramienta: Charlas formativas: Por fin es jueves

Realización de una encuesta pre y post formación

Analíticas: abril, julio, octubre, enero y abril

Marzo y abril realización de la formación

Consulta mensual de enfermería para seguimiento y control

Preparación y realización de las analíticas

Recogida de datos de las analíticas

En abril del 2012 análisis de datos y conclusiones

Según la eficiencia demostrada se optara por una herramienta u otra para su implementación en la educación de los diabéticos del centro.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil y cañón de proyección para llevar a cabo las charlas	1.400 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CS VALDESPARTEA 2011

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS VALDESPARTEA
- Servicio/Unidad .. C.S.VALDESPARTEA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENO ANGEL. MEDICO. C.S.VALDESPARTEA.
- VAZQUEZ MARGARITA. PEDIATRA. C.S.VALDESPARTEA.
- PUY SARA. ENFERMERA. C.S.VALDESPARTEA.
- CORCHON RAUL. ENFERMERO. C.S.VALDESPARTEA.
- RELANZON MARIA JESUS. ENFERMERA. C.S.VALDESPARTEA.
- JAEN ESTEBAN. ADMINISTRATIVO. C.S.VALDESPARTEA.
- MARTINEZ CONCEPCION. AUXILIAR DE CLINICA. C.S.VALDESPARTEA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud Valdespartera comenzó a funcionar el 1 de julio de 2010, desde el inicio de la actividad, la mejora de calidad asistencial ha sido una de las tareas en las que el nuevo equipo se ha involucrado de forma voluntaria e incondicional.

En los cinco primeros meses de actividad, se ha formado un grupo de mejora y nombrado un responsable del mismo llevando a cabo las siguientes acciones:

1. Se ha aprobado el reglamento de funcionamiento interno del grupo
2. Se han definido la misión, visión y valores del EAP
3. Se ha realizado un análisis DAFO de la situación
4. Se ha instalado un sistema de recogida de sugerencias
5. Se han analizado las reclamaciones y sugerencias recibidas
6. Se han priorizado los problemas detectados con técnicas de consenso.

Tras la priorización se han seleccionado dos líneas de mejora para 2011:

I) Mejora de la información que tiene la población acerca del funcionamiento y los servicios de su centro de salud.

Al tratarse de un centro de nueva apertura, la mayoría de las dificultades encontradas, de las reclamaciones y de las sugerencias recibidas se deben a la falta de información que tienen los nuevos usuarios, que proceden de diferentes centros de salud y sectores sanitarios, al desconocimiento de horarios, servicios y procedimientos de su nuevo centro de salud. Esta línea de mejora fue priorizada por todo el EAP tras el análisis del DAFO realizado por el grupo de mejora.

II) Mejora de la seguridad clínica en el centro de salud.

Evitar el daño a los pacientes es uno de los objetivos prioritarios de este EAP y comenzar el trabajo de mejora de la calidad con una línea de seguridad clínica fue la primera opción priorizada tras una tormenta de ideas del grupo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Mejora de la información que tiene la población acerca del funcionamiento y los servicios de su centro de salud.

Esperamos conseguir una población mejor informada, que conozca sus derechos y deberes, respete los horarios establecidos, utilice de forma adecuada los servicios que se le ofrecen y nos ayude con su actitud y sus sugerencias a mejorar cada día.

También queremos promocionar la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables ofertando formación para que adquieran

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

332

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CS VALDESPARTERA 2011

los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de su salud, como un intento de responsabilizar al individuo y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

2.- Mejora de la seguridad clínica en el centro de salud.

Queremos:

Mejorar la formación en seguridad clínica de todos los integrantes del EAP y crear una cultura de seguridad en el equipo.

Tener identificadas y registradas las alergias en la historia clínica de nuestros pacientes.

Recoger el material sanitario de punción utilizado en los domicilios para que sea destruido correctamente.

Hacer un seguimiento seguro de los tratamientos anticoagulantes orales (TAO) del centro de salud.

Minimizar los riesgos en el paciente mayor polimedocado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. I) Mejora de la información que tiene la población acerca del funcionamiento y los servicios de su centro de salud.

Elaborar un tríptico de acogida, para los pacientes con información de:

- Cartera de servicios
- Profesionales
- Servicios de apoyo
- Horarios
- Acceso al centro

Responsable: M^a Victoria Fustero

Distribuir el tríptico en admisión y en las diferentes consultas.

Responsable: personal del EAP

Evaluar con una encuesta el resultado de la información del tríptico.

Responsable: El grupo de mejora

Contactar con las publicaciones periódicas del Barrio: el periódico Casablanca-Valdespartera-Montecanal y la revista Somos Valdespartera para pactar un espacio mensual para ser utilizado por los profesionales del Centro para difundir noticias sanitarias de interés, Campañas y educación para la salud.

Responsable: M^a Victoria Fustero

Solicitar un sistema de carteles (tipo banner) para las diferentes salas de espera y una pantalla de plasma para admisión, para ir cambiando de forma mensual los mensajes que se quieran transmitir.

Responsable: Esteban Jaen

Ofertar charlas relacionada con la salud y el uso de los servicios sanitarios a la población, a través de las distintas asociaciones, colegios etc de la zona de salud.

Responsable: Sara Puy

II) Mejora de la seguridad clínica en el centro de salud.

Realizar sesiones clínicas de seguridad clínica en el centro de salud.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

630

MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD. NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE DEL PROCESO DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE CRISTINA LATORRE RUIZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS VALDESPARTERA
- Servicio/Unidad .. CONSULTA DE ADULTOS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JAEN BAYARTE ESTEBAN. AUX. ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD "VALDESPARTERA". UNIDAD DE ATENCION AL USUARIO
- RELANZON SANCHEZ-GABRIEL MARIA JESUS. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD "VALDESPARTERA". ENFERMERA ADULTOS
- GIMENO CABELLO ANGEL. MEDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD "VALDESPARTERA". CONSULTA DE ADULTOS
- SUBIRON VALERA ANA BELEN. MATRONA. CENTRO DE SALUD "VALDESPARTERA". UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ansiedad es un trastorno común en nuestro medio con una prevalencia del 17,2% para EE.UU. y de un 16 % para Europa según la Organización Mundial de la Salud.

En la actualidad las terapias mas frecuentes utilizadas en el tratamiento de este proceso en casi todos los sistemas públicos de salud, son farmacologicas. El proposito de este trabajo es mejorar la morbilidad del cuadro y su prevalencia mediante la instauración de nuevas líneas terapeuticas de abordaje dl proceso que sino sustituyan, complementen y coadyuven los tratamientos mas comúnmente instaurados.

La relajación es una técnica que puede utilizarse con fines específicos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Con ella se intenta disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de autocontrol. Es una técnica recomendada en todos los niveles asistenciales, por ser un procedimiento inocuo, sin efectos secundarios, y que aumenta el nivel de educación para la salud de los usuarios y la percepción y responsabilidad del paciente respecto de su patología, aumentando su satisfacción. Además, es económico, (la inversion fundamental es tiempo) ,y de efecto clínico no solo sobre la ansiedad, sobre todo en casos leves, sino también en diversos trastornos psíquicos en atención primaria y en la depresión y el estrés provocado por determinadas enfermedades crónicas, habituales en las consultas de nuestro centro de salud.

Esta técnica esta realizada por profesionales de enfermería y es paralela al tratamiento médico, teniendo una relación coste - beneficio óptimo, los efectos sobre la ansiedad y la depresión han sido probados en numerosos estudios científicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar los trastornos de ansiedad provocados por determinadas enfermedades físicas o síntomas como: dolor, hipertensión, enfermedad coronaria, migraña, jaqueca, asma, trastorno de dolor somatoforme, trastornos funcionales del sueño, retirada de benzodiacepinas y como ayuda para dejar de fumar.

Mejorar el resultado obtenido en los cuestionarios validados cumplimentados pre y post actividad:

- Cuestionarios de ansiedad STAI-E /R.
- Cuestionario sobre la imagen corporal BSQ

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ACTIVIDADES:

- 1 Elaboración de un documento de criterios de inclusión/exclusión de pacientes
- 2 Elaboración de diagrama de flujo para técnicas de relajación.
- 3 Reunión de equipo para informar sobre los criterios de captación y derivación de los pacientes.
- 4 Elaboración del volante de citación para servicio de admisión.
- 5 Creación de agenda en OMI

METODO:-

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

630

MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD. NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE DEL PROCESO DESDE ATENCION PRIMARIA

1 Sesiones de relajación con la siguiente estructura:

- 1.1 ronda de preguntas, se recoge y se analiza el registro cumplimentado por parte del paciente sobre la práctica en domicilio.
- 2.1 contenido psicoeducativo mediante presentación audio visual (power point).
- 3.1 contenido práctico:
 - * 4 sesiones de relajación con tensión (técnica de Jacobson).
 - * 3 sesiones de relajación rápida mas respiración abdominal o diafragmática.
 - * 1 sesión visualización
- 2 - El número óptimo de participantes será entre 12 y 14 pacientes.
- 3 - Realización de 8 Sesiones de 1 hora y cuarto de duración, una vez por semana.
- 4- Cumplimentación de cuestionarios validados pre actividad
- 5 - Cumplimentación de cuestionarios validados post-actividad
- 6 - Cumplimentación de cuestionarios domiciliarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 - Número de grupos de paciente al año = 4
- 2 - Registro de abandonos terapeuticos. Análisis de causas
 - 3 - Numero de pacientes que finalizan la actividad > 75%
 - 4 - Grado de cumplimentación del registro por paciente: "Práctica intersesiones en domicilio" > 70%
 - 5 - Grado de relajación alcanzado en población atendida > 8, de acuerdo con la escala (1 a 10) del "registro de la relajación en el grupo"
 - 6 - Comparación resultados cuestionarios pre y post actividad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Elaboración de diagrama de flujo para técnicas de relajación: Abril 2011
- 2- Reunión de equipo, elaboración del volante de citación y creación agendas en OMI: Abril 2011
 - 3- Comienzo de la actividad: Mayo 2011
 - 4- Finalización de la actividad: Mayo 2012
 - 5.- Evaluación de indicadores. Valoración global

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 337

1. TÍTULO

DETECTAR FACTORES LATENTES INFLUYENTES Y POSIBLES ACTIVIDADES DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DEL CME RAMON Y CAJAL, MEDIANTE LA OPINION Y LA INFORMACION FACILITADA POR LOS PROFESIONALES DEL CENTRO

2. RESPONSABLE ASUNCION APARICIO CLAVERIA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CME RAMON Y CAJAL
 - Servicio/Unidad .. ATENCION AL PACIENTE
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SEDANO GIMENO MAR. CELADORA. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNERNAS
 - VALLESPIN MESEGUER MERCEDES. P. ENFERMERIA. CME RAMON Y CAJAL. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
 - FRANCO ULIAQUE CAROLINA. MEDICO. CME RAMON Y CAJAL. RADIOLOGIA
 - VELILLA MARCO ISABEL. MEDICO. CME RAMON Y CAJAL. NEUROLOGIA
 - SANCHO ALFRANCA MARIA PILAR. ENFERMERA. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTA DERMATOLOGIA
 - MALUENDA DE MIGUEL ANGEL. P.ADMINISTRATIVO. CME RAMON Y CAJAL. ADMISION
 - ESTELA REMON JESUS. P.MANTENIMIENTO. CME RAMON Y CAJAL. SERVICIOS TECNICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las características específicas del CME. Ramón y Cajal, dificulta la intercomunicación entre los profesionales y esto conlleva la falta de concepción del Centro como una unidad de asistencia coordinada, lo que genera que no dispongamos de la información necesaria sobre la gestión de riesgos y de mecanismos propios para la detección de posibles incidentes específicos del Centro. Nos proponemos, en una primera fase, conocer la opinión de todos los profesionales del centro sobre los problemas prospectivos y retrospectivos, en relación con la seguridad de los pacientes. El desarrollar un sistema de detección de posibles riesgos para la seguridad de los pacientes, que sea específico para nuestro Centro, supondrá un avance importante en la consecución de mejora de la calidad asistencial, a través de un aumento de la seguridad de los pacientes que atendemos. La metodología que seguiremos será la elaboración de una encuesta dirigida a todos los profesionales, encaminada a conocer su opinión sobre el tema, la encuesta será de preguntas cerradas, relativas a determinados temas de seguridad que el grupo de mejora propondrá a priori, pero también se dejara un apartado abierto a las aportaciones de los profesionales. Estudiadas las encuestas se valorara la necesidad de realizar reuniones por estamentos o interdisciplinarios para mejor priorizar las opciones recogidas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. A.- Conocer los puntos críticos respecto a la seguridad del paciente:

- ? Identificar los factores latentes que influyen en el centro.
 - ? Detectar las actividades de riesgo.
 - ? Conocer los problemas ya existentes.
- B.- Elaborar un mapa de riesgos del Centro.
- C.- Implementar la implicación de los profesionales en el tema:
- ? Mejorar la Información a los profesionales sobre las ventajas de la gestión de riesgos.
 - ? Conocer las actitudes de todos los profesionales sobre los determinantes del problema.
- D.- Realizar difusión de resultados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión y análisis de encuestas y documentación ya existente existentes (Comisión de Seguridad del Paciente, Unidad de Calidad...) - Asunción Aparicio Clavería, Carolina Franco Uliaque, Mar Sedano Gimeno.
2. Elaboración de la encuesta - Grupo de Mejora
3. Utilización de la técnica de "grupo focal" para a través de reuniones con 2 -3 grupos de profesionales del Centro recoger sus propuestas, sugerencias,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

337

DETECTAR FACTORES LATENTES INFLUYENTES Y POSIBLES ACTIVIDADES DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DEL CME RAMON Y CAJAL, MEDIANTE LA OPINION Y LA INFORMACION FACILITADA POR LOS PROFESIONALES DEL CENTRO

opiniones... - Asunción Aparicio Clavería, Mercedes Vallespín Meseguer. Ángel Maluenda y M^a Pilar Sáncho Alfranca

4. Tratamiento de la información - Asunción Aparicio Clavería, Jesus Estela. Isabel Velilla Marco y Carolina Franco Uliague

5. Priorización de los resultados - Grupo de Mejora

6. Difusión resultados - Grupo de Mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Porcentaje de efectos adversos y fallos en seguridad del paciente detectados - conocidos hasta el comienzo del estudio, en el Centro (Encuesta de opinión a usuarios de Sector)

? Porcentaje de efectos adversos y fallos en seguridad del paciente detectados - conocidos al final del estudio, en el Centro.

? Porcentaje de profesionales del Centro, con información sobre seguridad del paciente al comienzo del estudio.

? Porcentaje de profesionales del Centro, que han contestado a la encuesta propuesta.

? Porcentaje de profesionales a los que se les informó de los resultados obtenidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Revisión y análisis de encuestas y documentación ya existente existentes - desde 1 de abril hasta 30 de abril, 2011

• Elaboración de la encuesta - durante el mes de mayo, 2011

• Utilización de la técnica de "grupo focal" para a través de reuniones con 2 -3 grupos de profesionales del Centro recoger sus propuestas, sugerencias,

opiniones... - desde el 1 de junio hasta el 31 de agosto, 2011

• Tratamiento de la información - desde 1 septiembre hasta 30 de septiembre, 2011

• Priorización de los resultados - desde el 1 de octubre hasta 31 de octubre, 2011

• Difusión resultados 1 de noviembre hasta 31 de diciembre, 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• ORDENADOR DE MESA 600 €
Total 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

266

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION SEGURA Y CONSERVACION DE LOS MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE MARIA REYES ABAD SAZATORNIL

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ TIJERO NAROA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA
- SANCHEZ ESCOBEDO SONIA. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA VASCULAR 3ARIA A
- GEREZ CARDIEL PILAR. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MEDICINA INTERNA 10ARIA
- PERRINO GOMEZ MARIA JESUS. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA
- CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA
- PALOMO PALOMO PABLO. FARMACEUTICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA
- REAL JOSE MANUEL. FIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Farmacia es un servicio general clínico, integrado funcional y jerárquicamente en la estructura hospitalaria. Forma parte de los denominados Servicios Centrales y tiene como objetivo garantizar el uso racional y seguro del medicamento en el ámbito de la atención especializada.

Durante el año 2009 se designo un farmacéutico encargado de la supervisión de cada depósito de medicamentos ubicado en las unidades de enfermería. Posteriormente cada uno revisó su unidad valorándose la totalidad de los depósitos de enfermería del hospital Miguel Servet (n=75)
Los principales resultados encontrados en dicha revisión fueron: en el 70,0 % de las unidades los medicamentos no se encontraban ordenados por caducidades, el 59,2 % tenían más de una especialidad por cajetín, en los jarabes y viales reconstituidos en un 44,4% no se encontraba especificada la fecha de reconstitución y en el 66,7% de los colirios abiertos no se especificaba la fecha de apertura, datos imprescindibles para valorar la fecha de validez de los mismos.
No se disponía de control de temperaturas en ningún frigorífico de dichas unidades y finalmente, destacar como dato más importante que de los 3047 medicamentos revisados el 20,3%, es decir 620 se consideraron que debían ser rechazados por encontrarse en mal estado de conservación: caducados, sin especificar la fecha de validez o bien las condiciones de almacenamiento podían inducir a error.
Como consecuencia del proyecto de mejora titulado "Mejorando la seguridad y eficiencia en la utilización de los medicamentos en las unidades de enfermería" llevado a cabo durante el año 2010 , se volvió a realizar la revisión de todos los depósitos de medicamentos de las unidades de enfermería del hospital, con una notable mejoría en el orden (un 63,2% de los depósitos ordenados por caducidades en 2009 frente a un 30% en 2010) y en la identificación (45,8% de los botiquines con más de una especialidad por cajetín en 2010 frente a un 59,2 en 2009), pero con resultados similares en cuanto a la conservación de los medicamentos, siendo rechazados por caducidad o mal estado de conservación un 18% de los medicamentos revisados.

De los resultados anteriores podemos deducir que nos encontramos ante una grave problema que puede tener repercusiones sanitarias para el paciente: falta de eficacia, producción de efectos adversos por la administración de un fármaco en mal estado, falta de confianza del paciente en el sistema sanitario (si detecta la administración de un fármaco caducado) y por supuesto repercusiones económicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Sistematización de revisiones anuales de los depósitos de medicamentos en las unidades de enfermería por parte de los farmacéuticos del Servicio

- Elaboración y difusión de unas normas generales de conservación de los medicamentos
- Diseño y difusión de un listado de medicamentos termolábiles
- Diseño y difusión de un listado de medicamentos fotosensibles
- Definición de los stocks que deben tener las unidades del HG y del HMI incluyendo la relación cuali y cuantitativa de cada unidad (pactos) para facilitar la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 266

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION SEGURA Y CONSERVACION DE LOS MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL

petición e impedir la acumulación de medicamentos no necesarios.

- Edición y difusión de la Guía de Administración Parenteral de Medicamentos
- Diseño de un procedimiento y un registro para el control sistemático de las caducidades
- Realización de una sesión general a las supervisoras para mejorar las condiciones de conservación de los medicamentos y tratar de disminuir las peticiones urgentes no justificadas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: fomentar y proporcionar herramientas para una conservación óptima y utilización segura de los medicamentos en el hospital

Objetivos específicos:

- Mejorar la gestión de los medicamentos en las unidades de enfermería mediante la disminución del exceso de stock y de los medicamentos caducados, mal identificados y/o mal conservados de los depósitos de medicamentos.
- Controlar sistemáticamente las caducidades de los medicamentos del Servicio de Farmacia con el objeto de evitar o minimizar al máximo la existencia de medicamentos caducados.
- Informar sobre la utilización segura de los medicamentos de alto riesgo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión anual de los depósitos de medicamentos de las unidades de enfermería

- Diseño y difusión de un formato tipo "check list" para la realización de revisiones internas de los botiquines por personal de enfermería de la unidad que complementarán la revisión anual realizada por el Servicio de Farmacia
- Evaluación interna por el personal de cada unidad de las condiciones de conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería .
- Incrementar la dispensación de medicamentos envasados en dosis unitarias
- Revisión y actualización de los pactos de medicamentos e inclusión de estos en la nueva aplicación informática para la petición de medicamentos al Servicio de Farmacia.
- Control y registro de las caducidades de los medicamentos del Servicio de Farmacia
- Realización de un curso (dos convocatorias) dirigido al personal de enfermería del sector sobre Medicamentos de Alto Riesgo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de medicamentos caducados o mal conservados en el Servicio de Farmacia

- % de medicamentos caducados o mal conservados en los depósitos de las Unidades de Enfermería
- Media del N° de pactos actualizados e integrados en la nueva aplicación informática de petición de medicamentos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión anual de los depósitos de medicamentos de las unidades de enfermería (octubre-diciembre)

- Diseño y difusión del un check-list para las revisiones internas de los depósitos de medicamentos (abril-Junio 2011)
- Control y registro de las caducidades en el SF (Enero-Diciembre 2011)
- Actualización e Integración de los pactos en la aplicación informática (Enero- Junio 2011)
- Realización de dos ediciones del curso de "Medicamentos de alto riesgo" (Abril y Noviembre de 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- *Termómetros de máximas y mínimas para las neveras de las unidades 600 €
- Total 600 €

11. OBSERVACIONES. *Termómetros de máximas y mínimas para las neveras de las unidades de enfermería (40).

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 275

1. TÍTULO

DISMINUCION ANSIEDAD DEL PACIENTE PREVIA A INTERVENCION PROGRAMADA DE CIRUGIA CARDIO-TORACICA

2. RESPONSABLE BEATRIZ ABADIA ALVAREZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BUIL LANASPA BERTA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
 - JUDEZ LEGARISTI DIEGO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
 - BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
 - ROYO CRESPO IÑIGO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
 - PEREZ MURILLO ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
 - FERNANDEZ RODRIGO MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
 - SANCHEZ ANDRES ARMANDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La premedicación consiste en uno o varios fármacos que se administran el día previo a la intervención o unas horas antes de la entrada al quirófano. Fundamentalmente va a servir para preparar al paciente desde el punto de vista psicológico. Así, su principal objetivo es disminuir la ansiedad del paciente y preservar todo lo posible su bienestar para que llegue tranquilo al quirófano, y con ello evitar o reducir en la medida de lo posible todas las complicaciones asociadas a la ansiedad perioperatoria: modificaciones cardiovasculares (taquicardia, hipertensión arterial, etc), signos respiratorios (disnea, sensación de sofocación, etc), manifestaciones neurovegetativas (sequedad bucal, disuria, etc) y trastornos neuropsíquicos (alteraciones del sueño, cansancio, trastornos del comportamiento, etc).

La premedicación es una terapia muchas veces necesaria pero parece que está perdiendo importancia debido a la pérdida de sensibilización y empatía, así como la mayor atención que reciben otros problemas importantes en torno al preoperatorio de estos pacientes. Nosotros queremos prestar atención a todo el proceso del preoperatorio y no olvidarnos que con pequeñas medidas como ésta podemos darle calidad y bienestar al enfermo, sobretodo en los pacientes que se van a someter a cirugía cardiaca y torácica ya que en esta clase de pacientes por sus características, la ansiedad puede ser muy deletérea e incluso descompensar sus patologías.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Premedicación sistemática de todos los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía cardiaca y torácica, y con ello:
- Proporcionar tranquilidad al paciente antes de entrar en quirófano, que en el preoperatorio inmediato se encuentre sereno, ya que con frecuencia vive situaciones tensas y de auténtico terror. Se pretende producir una ansiólisis que disminuya el nivel de miedo y proporcione estabilidad emocional, una sedación que disminuya el nivel de alerta por atenuación de funciones sensoriales y psicomotrices y una hipnosis que le ayude a conciliar el sueño la noche previa a la intervención quirúrgica.
 - Proporcionar amnesia anterógrada y retrógrada de todos los procedimientos que se le realizan dentro del quirófano.
 - En estos pacientes, por sus características patológicas, la premedicación es especialmente importante, sobretodo para limitar la taquicardia provocada por el miedo a la intervención y las molestias durante la colocación de los catéteres.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la visita preoperatoria pautaremos la premedicación para el día previo de la intervención y unas horas antes de bajar a quirófano (todo esto cuando la ansiedad es máxima). Las dosis las calcularemos de acuerdo con la patología del paciente, peso y si previamente tomaban o no benzodiazepinas.

- Vía de administración: si es posible, será la oral, aún cuando tenga que hacerse poco antes de la cirugía (con un sorbo de agua no está contraindicado). No utilizaremos la vía intramuscular por ser de absorción errática ni la endovenosa ya que se utiliza cuando se desea alcanzar el efecto rápidamente y requiere vigilancia estrecha del paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

275

DISMINUCION ANSIEDAD DEL PACIENTE PREVIA A INTERVENCION PROGRAMADA DE CIRUGIA CARDIO-TORACICA

- Debe dejarse constancia escrita de la premedicación, dosis y vía de administración.
 - Fármacos más utilizados: BENZODIAZEPINAS, preferiblemente de vida media larga (DIAZEPAM, CLORAZEPATO DIPOTASICO) o intermedia (LORAZEPAM) para la noche anterior, y antes de la cirugía un fármaco de vida media más corta (MIDAZOLAM). Hay que tener en cuenta que las benzodiazepinas son sustancias de fácil administración, con buena biodisponibilidad y farmacocinética adecuada a los objetivos de la premedicación, tienen una eficacia clínica constante y previsible y son bastante seguras.
 - PAUTA:
 - o La víspera de la intervención quirúrgica: LORAZEPAM 2-5 mg, TRAXILIUM 5-10 MG ó DIAZEPAM 10-15 mg (se valorará empezar la noche de antes o la mañana de antes en dependencia de la ansiedad del paciente)
 - o 2 horas antes de la inducción anestésica (1h-1h.30 antes de bajar a quirófano): MIDAZOLAM 5-10 mg
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para valorar si esta medida es efectiva valoraremos:
- Si con la premedicación administrada hemos disminuido la ansiedad del día previo a la intervención y del mismo día de la intervención. La valoraremos con la escala de Goldberg (modificada), ya que es una escala sencilla y fácil de aplicar con un alto valor predictivo (>76%):
 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por la intervención?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
 - ? TOTAL ANSIEDAD: > 4 respuestas positivas
 - Efectos secundarios de las benzodiazepinas: demasiada somnolencia, cansancio, alteraciones del comportamiento ó psicomotricidad.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 año, ya que podremos recopilar a más de 500 pacientes para valorar adecuadamente nuestra línea de mejora.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 084

PUESTA EN MARCHA DE UNA LISTA DE CHEQUEO (CHECK LIST) PREVIA A LA INTERVENCION QUIRURGICA EN UNA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE BEATRIZ AGUAVIVA MARCUELLO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL
- GRACIA MATEO MARIA LUISA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL
- AMO NADAL CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL
- IBAÑEZ PINA MAITE. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- CEBOLLERO BENITO PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- MARQUEZ LARRIBA ANA MARIA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- MUÑOZ BIELSA ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

La seguridad del paciente significa esencialmente que la asistencia sanitaria esté libre de daños evitables. Mejorar la seguridad es una tarea compartida en la que resulta ineludible la colaboración de todos los implicados: médicos, enfermería, auxiliares, celadores... y pacientes, y en la que existe una norma general bien conocida y de comprobada eficacia: preguntar siempre que se tengan dudas.

El paciente quirúrgico es especialmente susceptible a la posibilidad de aparición de efectos adversos y tratar de mejorar la seguridad en el momento perioperatorio es esencial.

Ofrecer una atención hospitalaria basada en la calidad asistencial y en la mejora de la seguridad del paciente supone una oportunidad de mejora evidente para, a través de la introducción de herramientas y procedimientos como la elaboración de un checklist ó listado de verificación de seguridad de cirugía aplicado a la planta de hospitalización, inspirado en el "surgical safety checklist" aprobada y presentada por la OMS en 2008 en Washington DC, disminuyan los riesgos de sufrir efectos adversos en el transcurso del proceso quirúrgico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la seguridad del paciente quirúrgico en el momento perioperatorio.
- Disminuir los efectos adversos.
 - Elaborar un sencillo protocolo de comprobación de una serie de variables en el momento preoperatorio en la Unidad de hospitalización.
 - Disminuir la incidencia de suspensiones quirúrgicas por motivos evitables.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Diseñar la lista de chequeo con registro de todas las actividades necesarias previas a una intervención quirúrgica que deben ser comprobadas por el personal responsable (auxiliar, enfermera y cirujano). Responsables: Beatriz Aguaviva Marcuello/M^a Concepción Martínez Casamayor.

2.- Dar a conocer la lista de chequeo entre el personal de Cirugía General. Responsables: M^a Concepción Martínez Casamayor/Dra. Pilar Cebollero Benito.

3.- Colocar unos paneles en el control para poner las listas . Responsables: Personal de mantenimiento.

4.- Puesta en marcha de la lista de chequeo para cada paciente. Responsables: M^a Concepción Martínez Casamayor/ Pilar Cebollero Benito/ Personal médico y de enfermería de la Unidad

5.- Calcular los indicadores. Responsables: Beatriz Aguaviva Marcuello/M^a Concepción Martínez Casamayor

6.- Establecer medidas correctoras y de mejora. Responsables: M^a Concepción Martínez Casamayor/Pilar Cebollero Benito.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

263

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION E INCREMENTANDO LA SEGURIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS CITOSTATICOS

2. RESPONSABLE MARIA JOSE AGUSTIN FERRANDEZ

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ CARLOS. SUPERVISOR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
- GALEGO VIZOSO TERESA. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
- GORRIZ BARBERO ROSA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
- RAMIRO GARCIA TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
- SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- SEBASTIAN ALDEANUEVA MANUEL. FARMACEUTICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La elevada carga asistencial del área de farmacotecnia (34.468 preparaciones sólo de citostáticos en 2010) puede favorecer que se cometan errores en su preparación. También se ha demostrado que en los hospitales se producen errores en la administración de fármacos IV a pacientes a pie de cama y la gravedad de estos errores va asociada a la toxicidad de los medicamentos infundidos. Uno de los grupos que pueden provocar una mayor morbi-mortalidad son los fármacos citostáticos considerados medicamentos de alto riesgo por su elevada toxicidad y por el gran número de tratamientos diarios distintos que se administran.

El programa MedNet permite, en las bombas de infusión recientemente adquiridas en el hospital, que se desarrollen y establezcan protocolos de utilización de los distintos fármacos, con concentraciones estandarizadas, límites relativos y absolutos, máximos y mínimos, etc. Todo ello inevitablemente consigue reducir drásticamente los errores relacionados con la administración de fármacos IV, favoreciendo la verificación de los parámetros básicos de infusión: paciente correcto, fármaco correcto, concentración correcta, dosis correcta, vía de administración correcta.

La puesta a punto de este programa incluye el desarrollo de farmacotecas, instalación del software y hardware, configuración del sistema y entrenamiento de usuarios. El paciente oncológico además debe pasar mucho tiempo en el hospital por las consultas y los tratamientos, con los consiguientes riesgos e incomodidades que esto supone para él. Por ello resulta imprescindible disminuir los tiempos de espera entre las dos fases.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha mantenido y actualizado la prescripción electrónica en el Hospital de día de Hematología y Oncología. Se ha iniciado en la planta de Hematología y se ha implantado en el hospital de día de Reumatología.

Se han sistematizado los controles microbiológicos de las nutriciones parenterales y de ambiente de las CFLH.

Se ha elaborado el protocolo de extravasación y se ha formado al personal de enfermería sobre su utilización

Se ha impartido formación continuada al personal de enfermería de laboratorio de farmacia

Se han actualizado todos los PNTs del área de farmacotecnia.

Se ha implantado un sistema de doble control en el etiquetado y envasado de las preparaciones de citostáticos para minimizar la posibilidad de error.

Se ha comenzado la puesta en marcha del programa mednet. Hasta la fecha se ha realizado la búsqueda de información sobre 35 fármacos y se ha introducido dicha información en 20 bombas, habiéndose realizado una fase piloto en H de día de hematología.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Mejorar la atención y la seguridad en la administración de medicamentos en el paciente oncológico.

Objetivos específicos:

- Disminuir el tiempo de espera del paciente para la administración de la quimioterapia.
- Disminuir los errores de preparación mediante la generalización de la prescripción electrónica con ayudas a la prescripción (protocolos actualizados) y el control sistemático de los lugares de preparación (cabinas de flujo laminar vertical) y el doble control tras la preparación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 263

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION E INCREMENTANDO LA SEGURIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS CITOSTATICOS

- Mejorar la seguridad en la administración mediante la utilización del programa mednet en las bombas que se utilizan para los citostáticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El responsable del proyecto será M^a José Agustín responsable del área de oncología del Servicio de Farmacia que coordinará las actividades 1,2,4,5,6,7 y 8. La gestión de sillones será coordinada por el personal de enfermería del hospital de día.

Las actividades previstas son:

1. Medir mensualmente los tiempos de espera entre prescripción-validación, y validación-preparación.
2. Analizar los tiempos de espera con las personas implicadas en estas esperas y ver las posibilidades de disminución de estos tiempos.
3. Gestionar los sillones de hospital de Día con el programa informático de Farmacia para disminuir los tiempos de espera de los pacientes priorizando la elaboración en función de la hora programada para la administración de la quimioterapia.
4. Incorporación progresiva de fármacos a la farmacoteca, para administración segura de fármacos citostáticos y extender el programa Mednet al hospital de día de oncología.
- 5.- Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de prescripción electrónica para los clínicos del Servicio de Hematología, Oncología y Reumatología.
- 6.- Reuniones informativas con los clínicos del Servicio de Oncopediatría para actualizar los protocolos.
- 7.- Supervisar y mantener la realización de controles mensuales de partículas y microbiológicos de las CFLH.
- 8.- Mantener reuniones periódicas con el personal de enfermería de hospital de día y realizar sesiones informativas con el personal de laboratorio de farmacia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores se van a obtener del programa informático de oncología (OncowinR) y de los informes que proporcionara el programa MedNet, La periodicidad de medida será variable en función del indicador.

- % Prescripciones informatizadas /Nº prescripciones totales (objetivo<90%)
- Nº protocolos actualizados/Nº protocolos utilizados en oncopediatria (objetivo>40%)
- Tiempo de demora entre prescripción y validación. (objetivo<30 min)
- Tiempo medio para la preparación (objetivo<90 min)
- Nº de preparaciones con doble control/Nº de preparaciones realizadas (objetivo >99 %)
- Nº fármacos incluidos en la farmacoteca del programa MedNet (>35 fármacos)
- Nº errores evitados (lo proporcionará el programa MedNet)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Medir los tiempos de espera entre prescripción-validación, y validación-preparación. enero-dic 2011.
 2. Analizar los tiempos de espera con las personas implicadas en estas esperas y ver las posibilidades de disminución de estos tiempos. mayo-junio 2011.
 3. Formación al personal de enfermería del hospital de día de oncología-hematología para la gestión de sillones con Oncowin. febrero-mayo 2011.
 4. Gestionar los sillones de hospital de Día con el programa informático de Farmacia para disminuir los tiempos de espera de los pacientes priorizando en la elaboración en función de la hora programada para la administración de la quimioterapia. Segundo semestre 2011
 5. Incorporación progresiva de fármacos a la farmacoteca, para administración segura de fármacos citostáticos y extender el programa Mednet al hospital de día de oncología. abril-octubre 2011.
 - 6.- Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de prescripción electrónica para los clínicos del Servicio de Hematología, Oncología y Reumatología. Febrero, mayo y noviembre 2011.
 - 7.- Reuniones informativas con los clínicos del Servicio de Oncopediatría para actualizar los protocolos. Abril-junio 2011.
 - 8.- Supervisar y mantener la realización de controles mensuales de partículas y microbiológicos de las CFLH. enero-dic 2011
 - 9.- Mantener reuniones periódicas con el personal de enfermería de hospital de Día y realizar sesiones informativas con el personal de laboratorio de farmacia enero-dic 2011
 10. Evaluación de resultados por parte del servicio de farmacia: diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 263

MEJORANDO LA ATENCION E INCREMENTANDO LA SEGURIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS CITOSTATICOS

· Balanza para la pesada de las nutriciones parenterales	450 €
Total	450 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

313

MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LAS TECNICAS DIAGNOSTICO-TERAPEUTICAS REALIZADAS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

2. RESPONSABLE JOSE ENRIQUE ALONSO FORMENTO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE URGENCIAS
- ALCALDE LOPEZ SILVIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE URGENCIAS
- PUEYO MORER MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE URGENCIAS
- SANZ PEIRONA JUAN JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE URGENCIAS
- ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE URGENCIAS
- BAQUEDANO GARCIA SONIA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE URGENCIAS
- ALEGRE SORIANO SARA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Progresivamente cada especialidad ha ido asumiendo sus ecografías y, con más o menos problemas, actualmente esta situación es aceptada por todos como algo normal y deseable. Esto ha permitido encontrar nuevas indicaciones, cambiar procedimientos y técnicas y, sobre todo, asociar la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello se deriva.

La Medicina de Urgencias y Emergencias no debe ser una excepción a esto. De hecho, la idea de realizar una ecografía por profesionales de emergencias es casi tan antigua como los propios profesionales de emergencias.

Siguiendo las orientaciones de la American College Emergency Physicians y de la Association des Spécialistes en Médecine d'Urgence du Québec recomiendan las siguientes indicaciones para la utilización de la ecografía de forma urgente realizada por el médico de urgencias:

1. Valoración cardiaca:

- Valoración de datos elementales sobre contractilidad.
- Identificación de líquido en pericardio.
- Valvulopatías severas, para delimitar el mecanismo cardiogénico o no de un estado de shock de causa indeterminada.

2. Valoración tóraco-abdominal:

- Líquido libre intraabdominal (FAST).
- Aneurisma de aorta abdominal.
- Dilatación pielocalicial.
- Globo vesical.
- Cálculos biliares y/o colecistitis.
- Embarazo intrauterino.
- Confirmación de una sospecha clínica de hepatoesplenomegalia.
- Apreciación no invasiva de la presión venosa central.
- Localización de derrames pleurales.
- Neumotórax, con una alta fiabilidad.

3. Valoración vascular:

- Búsqueda de trombosis venosas o isquemias arteriales.

4. Facilitación de técnicas:

- Localización de vasos para punción.
- Búsqueda de un cuerpo extraño en partes blandas.
- Punción de colecciones (abscesos, quistes, etc.).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

313

MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS REALIZADAS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA

- Punción perineural para bloqueos.
- Punción de un derrame pleural.
- Comprobación de una correcta evacuación de un neumotórax.
- 5. Otras:
 - Desprendimiento de retina.
 - Control de vía aérea.

Nosotros nos centraremos en la utilización de la ecografía en las técnicas diagnóstico-terapéuticas que se realizan actualmente en nuestro Servicio de Urgencias, con el objetivo de disminuir los acontecimientos adversos y el tiempo empleado en su realización.

Por ejemplo una de las principales indicaciones para la utilización de la ecografía en Urgencias es la canalización de vías venosas centrales, sobre todo en la canalización de la vena yugular interna. La Agency for Healthcare Research and Quality considera que la utilización de la ecografía en tiempo real para la colocación de catéteres en vías centrales, es una de las 11 prácticas para mejorar el cuidado al paciente. Asimismo, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), recomienda desde el año 2003 el uso de la ecografía en tiempo real para todas las vías centrales en los servicios de accidentes y emergencias del Reino Unido, basándose en la reducción de reacciones adversas: 86% menos de intentos fallidos, 57% menos de complicaciones, 41% menos de fallos al primer intento y, finalmente, una reducción del coste de los procedimientos.

El objetivo de la utilización de la ecografía es reducir tanto el porcentaje de complicaciones como el número de intentos y el tiempo empleado en la punción, teniendo siempre en cuenta que la experiencia previa del médico es de gran importancia. El mayor beneficio se consigue cuando se trata de pacientes con algo riesgo de complicaciones, como por ejemplo, inestabilidad hemodinámica, coagulopatía, ventilación mecánica, posición semisentada, obesidad, trombosis venosa y variaciones anatómicas, todas ellas situaciones frecuentes en los servicios de urgencias.

Además de la ayuda en la cateterización de venas centrales, la ecografía permite:

- Localizar con seguridad la cúpula pleural en la punción de la vena subclavia
- Descartar con casi total seguridad y de forma más rápida la presencia de neumotórax tras el procedimiento
- Descartar en la cateterización de la vena subclavia la migración del catéter a la vena yugular interna del mismo lado durante el mismo procedimiento.
- Cateterizar venas periféricas, sobre todo la vena cefálica o basílica, en pacientes con dificultades de punción.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos la formación progresiva de los médicos de Urgencias de nuestro Servicio en la utilización de la ecografía en las siguientes técnicas diagnóstico-terapéuticas:

- Cateterización de vías venosas centrales en pacientes con pobres referencias anatómicas, especialmente de la vena subclavia interna.
- Descartar con casi total seguridad y de forma más rápida la presencia de neumotórax tras el procedimiento de canalización de venas centrales, sobre todo de la subclavia.
- Cateterización de venas periféricas para colocación de DRUM, en la vena cefálica o basílica, en pacientes con dificultades de punción.
- Localización del punto de punción de toracocentesis en derrames pleurales de origen infeccioso, o asociados a atelectasia, especialmente en pacientes oncológicos.
- Utilización de la ecografía en la pericardiocentesis en el taponamiento cardíaco.
- Comprobación de una correcta evacuación de un neumotórax.
- Facilitación con la ecografía de la realización de laparocentesis y punciones lumbares (localización del punto idóneo de punción).

Pretendemos con ello reducir tanto el porcentaje de complicaciones como el número de intentos y el tiempo empleado en estas técnicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Inicialmente el primer autor será el que se forme en la utilización de la ecografía en las técnicas diagnósticas-terapéuticas y posteriormente realizaremos sesiones explicando el proyecto y la ampliación al resto del personal del Servicio. Se pretende la formación y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 313

MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LAS TÉCNICAS DIAGNOSTICO-TERAPEUTICAS REALIZADAS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

utilización progresiva por el resto de facultativos del Servicio.

Posteriormente se plantea ampliar las indicaciones al resto de las recomendadas por el American College Emergency Physicians. Más adelante se planteará el realizar un programa Focuss sobre el aprendizaje de la utilización de la ecografía en patología urgente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pretendemos llevar un registro los siguientes indicadores:

- Número anual de técnicas diagnóstico-terapéuticas realizadas en nuestro Servicio de Urgencias: toracocentesis, colocación de tubo de tórax, laparocentesis, punciones lumbares, pericardiocentesis, vías centrales, vías periféricas con colocación de catéter central (DRUM).
- Número anual de técnicas realizadas con y sin ayuda de la ecografía.
- Número de intentos (punciones) / número total de técnicas realizadas (con y sin ayuda de la ecografía)
- Número de complicaciones / número total de técnicas realizadas (con y sin ayuda de la ecografía)
- Tiempo (en segundos) empleado en la realización de cada una de las técnicas (con y sin ayuda de la ecografía)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Lo primero pretendemos realizar la formación en el Curso internacional Winfocus en Ecografía en Soporte Vital de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lérida que se realiza de forma mensual. Posteriormente utilizaremos la ecografía en la zona de Vitales de nuestro Servicio como ayuda a la realización de las técnicas descritas. Iremos registrando a lo largo del año las técnicas realizadas, las complicaciones, el número de intentos, el tiempo empleado y al finalizar el año presentaremos los resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Inscripción en el Curso Internacional Winfocus en Ecografía en	850 €
Total	850 €

11. OBSERVACIONES. *Inscripción en el Curso Internacional Winfocus en Ecografía en Soporte Vital. Facultad de Medicina de Universidad de Lérida

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

565

PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189:2007 DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA A PARTIR DE PROGRAMA CONTINUO DE MEJORA PREVIO Y DE LAS DIRECTRICES DEL COLEGIO AMERICANO DE PATOLOGOS (CAP, QUALITY MANAGEMENT IN ANATOMIC PATHOLOGY).

2. RESPONSABLE RAMIRO ALVAREZ ALEGRET

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENEZ MAS JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
- RIOS MITCHELL MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
- VALERO PALOMERO MARIA IGNACIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
- ALFARO TORRES JORGE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
- HORNDLER ARGARATE CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
- YUS GOTOR CARMEN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
- DE MIGUEL ADRIAN CARMEN. ENFERMERA SUPERVISORA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Proyecto viene siendo la continuidad del original de 2003, en el que se quería implementar la certificación según Norma ISO 9001, previo a la aparición de la Norma ISO 15189:2003.

Proyectos posteriores enlazados han mostrado las dificultades de nuestra especialidad para la convergencia al forzar algunos puntos de la Norma (en especial intercomparativas).

Nuestro propio Programa de Calidad, basado en las Directrices de Burnet y las Programa del Colegio Americano de Patólogos (CAP) resulta un abase sólida para la convergencia con la Norma.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1.- Alto desarrollo de nuestro Programa de Calidad, en todas sus directrices, documento que se ha remitido a ICSA para su valoración y auditoría, y que ha sido testado y contestado (marzo 2011).

2.- Cumplimiento de los plazos de diagnóstico de la línea de mejora de Cáncer de Mama y Colon (LM12 2010).

3.- Desarrollo de la Unidad de Patología Molecular (LM11 2010): Objetivo no conseguido, por razones ya argumentadas de ausencia de espacio físico asignado acondicionado).

4.- Revisión por la Dirección 2010 (Memoria del Servicio 2009): Concluida a 31-1-2011, remitida a ICSA, que la ha valorado positivamente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Convergencia con el resto de Laboratorios, y en especial los Servicios de Anatomía Patológica de la Comunidad que ya han conseguido la Acreditación en algún alcance (Hospital Ntra Sra de Gracia, Hospital de Alcañiz, Hospital de Barbastro).

Se espera definir el/los alcances a acreditar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A.- Seguimiento de las directrices de Burnet y del colegio americano de Patólogos (CAP) como base de nuestro Manual de Calidad del Servicio, que converge en muchos puntos con la Norma ISO 15189:2007, incluyendo algunos puntos no contemplados por la misma (seguridad, Docencia MUR,...).

Responsable: Dr. Giménez Mas.

B.- Convergencia con el Programa de Acreditación en Norma ISO 15189:2007 de los Laboratorios del SALUD. Responsables. Drs. Giménez Mas (Jefe del Servicio), y Alvarez Alegret (Coordinador de Calidad). En este sentido, las reflexiones y conclusiones del reciente Simposio Jorge Francisco Tello sobre Calidad y Norma ISO 15189:2007, en el que participaron los distintos responsables de servicios y calidad de Anatomía Patológica de Aragón, así como Isabel de la Villa, responsable del área de Salud de ENAC, Juan Carlos García Aisa, responsable de Calidad del Salud, y Félix Arce, de la SEAP, pusieron de manifiesto las peculiaridades/singularidades de la especialidad de Anatomía Patológica, y la necesidad de que las Sociedades Científicas de la misma (SAAP, SEAP) colaboren con ENAC para definir requisitos y establecimiento de intercomparativas reales y útiles.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 565

1. TÍTULO

PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189:2007 DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA A PARTIR DE PROGRAMA CONTINUO DE MEJORA PREVIO Y DE LAS DIRECTRICES DEL COLEGIO AMERICANO DE PATOLOGOS (CAP, QUALITY MANAGEMENT IN ANATOMIC PATHOLOGY).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- REALIZACION AUDITORIA DOCUMENTAL: Se realizó en el mes de marzo de 2011, con posterioridad a la Revisión por la Dirección/Memoria del Servicio, cerrada a 31 de enero de 2011. La empresa auditora (ICSA, a la que ya se le ha abonado el importe de la ayuda/800€) ha constatado los siguientes puntos fuertes y áreas de mejora asociadas:
A.- Sistemática amplia: Se recomienda pasar a registros algunos documentos con información cambiante, para no tener que cambiarlos periódicamente.
B.- Aspectos no contemplados en la Norma (Ejemplo: Seguridad, Docencia, formación MIR): Incluir la trazabilidad la persona que realiza una determinada actividad.
C.- Centralización de todos los registros del sistema en un Excel con hipervínculos, lo que facilita el acceso y control de los mismos: Secuencia de unión entre diferentes procedimientos, que forman parte de un proceso continuo (Ejemplo: macro?inclusión en parafina?seriación?tinción?micro).
D.- Registro de reuniones realizadas (actas): Registro de actividades de mantenimiento, verificación y calibración de equipos.
E.- Registro y seguimiento de indicadores (RG-H-4 indicadores).
F.- Establecimiento y seguimiento de objetivos (RG-H-3 PCC).
G.- Control de bloques que son enviados a otros laboratorios (RG-H-2).
H.- Banco de controles de IHQ y registro de los ajustes realizados sobre cada una de las técnicas (RG-F-2).
I.- Plantillas de informes para diferentes tipos de biopsias.

2.- N° ACCIONES CORRECTORAS/ N° OBSERVACIONES-NO CONFORMIDADES ESTANDAR DESCENDENTE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2º trimestre 2011: Con la colaboración de UCA (Marisa Vela) e ICSA, definir directrices para la convergencia con el Programa de acreditación en Normal UNE-EN IO 15189:2007 de Laboratorios del Salud, ateniéndose a las peculiaridades propias de la especialidad, ya referidas y constatadas en el Simposio sobre Calidad Jorge Francisco Tello que tuvo lugar los días 24 y 25 en nuestro Hospital, y en concordancia con las posibles directrices de la sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP).
3º 3º y en especial 4º trimestre 2011: Se asumirán las IT, talleres y tutorías pertinentes, de acuerdo con ICSA.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· *Auditoría Empresa Externa asesora ICSA para convergencia con 800 €
Total 800 €

11. OBSERVACIONES. *Auditoría Empresa Externa asesora ICSA para convergencia con el Programa de Acreditación de Laboratorios según Norma ISO 15189:2007 del SALUD

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 434

CALIBRACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA SUPERFICIAL PANTAK THERAPAX SXT 150 USANDO EL PROTOCOLO IAEA TRS-398, DETERMINACION DEL ESTADO DE REFERENCIA Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD

2. RESPONSABLE MARIA MERCEDES ANDRES REDONDO
- Profesión RADIOFISICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- BERTOLIN RICART ESTHER. TECNICO SUPERIOR EN TRADIOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- YANGUAS GARRIDO ELENA. TECNICO SUPERIOR EN TRADIOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HA PRODUCIDO UN AUMENTO CONSIDERABLE DE PACIENTES CON LESIONES DE PIEL. LAS UNIDADES DE KILOVOLTAJE SON LAS MÁS FRECUENTEMENTE USADAS EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DE LAS LESIONES SUPERFICIALES. EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DISPONE DE LA ÚNICA INSTALACIÓN DE TERAPIA SUPERFICIAL EN ARAGÓN: PANTAK THERAPAX SXT 150.

EL EQUIPO PROPORCIONA OCHO HACES DE RAYOS X EN LOS RANGOS DE BAJA Y MEDIA ENERGÍA (DESDE 30KV HASTA 150KV). LA COLIMACIÓN DE LOS HACES SE REALIZA MEDIANTE UN CONJUNTO DE NUEVE APLICADORES CILÍNDRICOS. LA IRRADIACION SE CONTROLA CON UN TEMPORIZADOR ELECTRÓNICO.

EL PROPÓSITO DE ESTE TRABAJO ES LA CARACTERIZACIÓN COMPLETA DE CADA UNO DE LOS HACES, PARA ELLO SE MEDIRÁN EL INDICE DE CALIDAD Y TODOS LOS PARÁMETROS DOSIMÉTRICOS IMPLEMENTANDO EL PROTOCOLO DE LA INTERNACIONAL ATOMIC ENERGY (IAEA) TRS-398 BASADO EN PATRONES DE DOSIS ABSORBIDA EN AGUA.

CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS A LOS PACIENTES SE IMPLANTARÁ UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD. DADA LA FALTA DE CONSENSO AL RESPECTO EN BIBLIOGRAFIA, LOS CONTROLES PERIÓDICOS SE DECIDIRAN BASÁNDONOS EN NUESTRA EXPERIENCIA Y EN EL PROTOCOLO DEL ORGANISMO INTERNACIONAL DE ENERGIA ATÓMICA (OIEA) TECDOC-1151.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. PARA CADA UNA DE LAS ENERGÍAS DISPONIBLES EN LA UNIDAD TERAPIA SUPERFICIAL PANTAK THERAPAX SXT 150 ESPERAMOS:

1. DETERMINAR EL ÍNDICE DE CALIDAD DE LA RADIACIÓN.
2. REALIZAR LA CALIBRACIÓN DEL HAZ DE RADIACIÓN USANDO EL PROTOCOLO IAEA TRS-398.
3. ESTABLECER UN ESTADO DE REFERENCIA DE LA INSTALACIÓN AL QUE REFERIR LAS COMPROBACIONES PERIÓDICAS.
4. PONER EN MARCHA UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LAS ACTIVIDADES PREVISTAS SON:

1. MEDIR LA PRIMERA Y SEGUNDA CAPA HEMIRREDUCTORA EN MM DE ALUMINIO O DE COBRE EN FUNCIÓN DE LA ENERGIA DEL HAZ.
2. DETERMINAR EL ERROR DEL TEMPORIZADOR.
3. MEDIR LA TASA DE DOSIS ABSORBIDA EN AGUA EN CONDICIONES DE REFERENCIA.
4. PARA CADA COMBINACIÓN DE ENERGÍA Y APLICADOR MEDIR EL PORCENTAJE DE DOSIS EN PROFUNDIDAD EN EL EJE DE HAZ DE RADIACIÓN Y DETERMINAR LOS FACTORES CAMPO.
5. DECIDIR LOS CONTROLES DE CALIDAD Y SU PERIODICIDAD BASÁNDONOS EN EL PROTOCOLO DE CONTROL DE CALIDAD, IAEA - TECDOC-1151. ELABORAR LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES Y PONERLOS EN MARCHA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 434

CALIBRACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA SUPERFICIAL PANTAK THERAPAX SXT 150 USANDO EL PROTOCOLO IAEA TRS-398, DETERMINACION DEL ESTADO DE REFERENCIA Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD

LAS CONDICIONES DE REFERENCIA PARA REALIZAR LA CALIBRACIÓN DE LOS HACES SON DIFERENTES PARA EL RANGO DE BAJA Y MEDIA ENREGÍA.

LOS RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES ANTERIORES SERÁN LOS RADIOFISICOS DEL EQUIPO, JOSE ANTONIO FONT Y M^a MERCEDES ANDRES

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. EXISTENCIA DEL ÍNDICE DE CALIDAD PARA CADA ENERGÍA
- 2. EXISTENCIA DEL VALOR DEL ERROR DEL TEMPORIZADOR.
- 3. EXISTENCIA DEL VALOR DE LA TASA DE DOSIS ABSORBIDA EN AGUA EN CONDICIONES DE REFERENCIA PARA CADA ENERGIA.
- 4. EXISTENCIA DE LAS CURVAS DE RENDIMIENTO EN PROFUNDIDAD.
- 5. EXISTENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD.

PARA EL SEGUIMIENTO SE REALIZARÁ TRIMESTRALMENTE UNA EVALUACIÓN DE LOS AVANCES REALIZADOS Y DE LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. LA INSTALACIÓN DE ENCUENTRA EN USO POR EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA, POR TANTO LA DURACIÓN DEL PROYECTO DEPENDERÁ DEL TIEMPO QUE PODAMOS DISPONER.

EL PROPÓSITO ES TENER A FINALES DEL AÑO 2011 DETERMINADO EL ÍNDICE DE CALIDAD PARA TODAS LAS ENERGÍAS, REALIZADA LA CALIBRACIÓN COMPLETA DE LA UNIDAD Y FIJADOS LOS PARAMETROS DEL ESTADO DE REFERENCIA. HEMOS ESTIMADO QUE SE NECESITAN UNAS 90 HORAS DE MAQUINA PARA REALIZAR LAS MEDIDAS (NO SE HA TENIDO EN CUENTA EL TIEMPO EMPLEADO PARA REALIZAR EL MONTAJE DE MEDIDA).

NOS PROPONEMOS TAMBIÉN PLANIFICAR EL CONTROL DE CALIDAD ANTES DE FINALIZAR EL AÑO. LA ELABORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES Y LA IMPLANTACIÓN DE LOS MISMOS SE REALIZARA A LO LARGO DE AÑO 2012.

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
 - MANIQUI RW1 1.000 €
 - Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. EL MANIQUÍ RW1 ES UN CONJUNTO DE LÁMINAS DE MATERIAL EQUIVALENTE A AGUA PARA EL MANIQUÍ SOLID SOFT X-RAY TYPE 2962 DE PTW FREIBURG NECESARIO PARA REALIZAR LAS MEDIDAS EN EL RANGO DE BAJA ENERGÍA

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

391

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ANSIEDAD ANTE UNA CISTECTOMIA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UROLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IBARZ BOSQUED DANIEL. ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- MARTINEZ LOZANO FRANCISCA. ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
- VELILLA MILLAN LEONOR. AUXILIAR ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- MARTINEZ LOZANO MAR. AUXILIAR ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- MARTIN VALENCIANO MERCEDES. SUPERVISORA ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- SANZ BURGOS ELENA. ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- CAYON GELI CRISTINA. ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente que se va a someter a una cistectomía sabe que va a ser una intervención quirúrgica de gran riesgo cuya consecuencia, entre otras, puede ser la alteración de su calidad de vida al convertirse en portador (según el tipo de intervención) de un estoma, alterándose su patrón miccional y sexual. La ansiedad y el temor generados por el proceso los días previos a la intervención pueden llevar al paciente a una mala tolerancia de la operación y a un aumento de sus necesidades básicas por un mal afrontamiento y/o por una alteración del autocuidado.

Uno de los objetivos de enfermería es proporcionar al paciente herramientas que le permitan enfrentarse a la intervención quirúrgica en las mejores condiciones posibles. La enseñanza y motivación del paciente es muy importante para aceptar y superar estas limitaciones y miedos, insistiendo en el apoyo psicológico al futuro paciente cistestomizado y a la familia para obtener unos cuidados integrales, es decir, unos cuidados bio-psico-sociales.

Es imprescindible realizar programas de cuidados dirigidos a una Educación para la Salud (EPS) holística de estos pacientes. Potenciaremos así el desarrollo del producto enfermero el cual está directamente relacionado con la calidad de los cuidados integrales, e influye de manera relevante en la calidad percibida por el paciente y su familia adaptándose a las necesidades del paciente incluido en este estudio.

Nos vamos a basar en la obtención de resultados en las dimensiones de seguridad y aceptabilidad por parte del paciente y su familia, utilizando dimensiones de calidad intrínsecas, para ello realizaremos funciones centradas en el paciente como son su atención y su educación sanitaria.

En la formación del grupo de calidad para este programa se ha tenido en cuenta al personal enfermero estable ya sea a través de su plaza fija o a través de una interinidad, por ser estos los profesionales que pueden determinar las necesidades de salud, tanto reales como sentidas a tener en cuenta desde un punto de vista más fiable y objetivo, dando criterios de valoración efectivos, realistas, válidos y relevantes.

Las necesidades de mejora en el servicio se han determinado con la técnica de tormenta de ideas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La población susceptible de mejora será: todos los pacientes que van a ser sometidos a una cistectomía y que acepten voluntariamente su inclusión en el estudio a través de un consentimiento informado. Tras su aceptación se les entregará la escala HAD (Hospital Ansiedad y Depresión) que evalúa los síntomas de ansiedad y/o depresión en pacientes hospitalizados sin antecedentes psiquiátricos. Esta escala utiliza preguntas basadas en los síntomas que el paciente ha sentido durante la semana anterior al día de su contestación. Nos servirá de screening para la inclusión del paciente en el estudio, al permitir diferenciar los síntomas somáticos característicos de la ansiedad y la depresión de los que son producidos por su dolencia física.

Una vez delimitada la población, utilizaremos los siguientes cuestionarios para valorar el grado de ansiedad y de depresión que pueda presentar el paciente antes de la intervención quirúrgica:

- La escala Hamilton para valorar el grado de depresión.
- El Inventario de Beck para valorar el grado de ansiedad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

391

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ANSIEDAD ANTE UNA CISTECTOMIA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Posteriormente realizaremos la Educación Para la Salud (EPS) del Plan de Cuidados, en la que contestaremos todas las dudas que el paciente pueda tener y una vez que terminemos esta EPS volveremos a entregarle los cuestionarios.

Con ello:

- Comprobaremos que el grado de depresión disminuye tras recibir la EPS (escala Hamilton).
- Comprobaremos que el grado de ansiedad disminuye tras recibir la EPS (Inventario de Beck).

Al aumentar el porcentaje de pacientes que reciben la EPS con más información de su proceso, estos disminuirán su temor ante el proceso quirúrgico y ante el afrontamiento en los cambios de su calidad de vida, consiguiendo un elevado grado de autonomía en sus cuidados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las medidas correctoras que vamos a utilizar van dirigidas a la formación del paciente, y la forma de implantarlas será con acciones concretas como:

- Dar a conocer la existencia del programa de EPS al paciente y sus familiares.
- Entregar las escalas y explicarlas.
- Realizar la EPS.
- Volver a entregar las escalas.

Con las variables dependientes e independientes obtenidas realizaremos un estudio descriptivo transversal y prospectivo. Los datos los obtendremos en un plazo de seis meses y como la totalidad de pacientes cistectomizados durante un año en la planta de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza es aproximadamente de 30 pacientes, no realizaremos muestreo. En el estudio incluimos a todos los pacientes susceptibles de cistectomía que deseen participar en el programa de salud, teniendo como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Nuestro estudio se basará en una estadística descriptiva de todas las variables, obteniendo proporciones, media y desviación estándar.

También obtendremos una estadística analítica bivariante cuya significación estadística la determinaremos si $p < 0,05$.

Utilizaremos el programa estadístico SPSS para desarrollar la significación estadística y valoraremos la posibilidad de realizar una publicación en una revista científica de enfermería con los resultados obtenidos para su divulgación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores definimos los relacionados con el paciente.

- % de pacientes que son intervenidos de una cistectomía con información previa de su proceso. Fórmula: $\text{Numerador/Denominador} \times 100$

Numerador: Total de pacientes que son intervenidos de una cistectomía con información previa de su proceso.

Denominador: Totalidad de pacientes que son intervenidos de una cistectomía.

Estándar: Al 90% de los pacientes se les habrá dado información previa de su proceso.

- % de los pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fórmula: $\text{Numerador/Denominador} \times 100$.

Numerador: Total de pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida.

Denominador: Totalidad de pacientes que son intervenidos de una cistectomía.

Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Marzo 2011: Presentación de la solicitud de inclusión al programa de apoyo.

•Mayo 2011: Presentación del programa al personal de la planta 4ªB del

H.U.M.S.

•Junio a Noviembre 2011: Recogida de datos.

•Diciembre 2011: Integración y evaluación de los datos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 391

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ANSIEDAD ANTE UNA CISTECTOMIA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

•Enero 2012: Presentación de los resultados, y toma de decisiones.

Se ha construido un cronograma genérico de actividades a través del diagrama de Gantt empleado para el proyecto, pero no lo podemos adjuntar en este formato.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Congresos de urología	800 €
· *Una Tablet para introducir las respuestas del paciente... ..	600 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES. *Una Tablet para introducir las respuestas del paciente... directamente en el programa creado para el estudio.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORANDO EL PROCESO DE BACTERIEMIA: PROGRAMA INTEGRADO CLINICO-MICROBIOLOGICO

2. RESPONSABLE PIEDAD ARAZO GARCES

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MI. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REVILLO PINILLA MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- AGUIRRE ERRASTI JOSE MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- RAMOS PAESA CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MI. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- GIL PEREZ DESIRE. MEDICO. . MI UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- VILLUENDAS USON CRUZ. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- FERRER CERON ISABEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- COLMENAREJO SERRANO CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y utilidad del proyecto

Se define la bacteriemia como la presencia de bacterias en la sangre y se pone de manifiesto mediante el aislamiento de éstas en los hemocultivos. En las últimas décadas se ha producido un profundo cambio en la epidemiología, la etiología y las características clínicas de las bacteriemias. La incidencia 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 2000. Este cambio ha sido paralelo a los avances médicos, a la aparición de diferentes tipos de huéspedes y al desarrollo de nuevos antimicrobianos. La incidencia y el pronóstico es diferente según el lugar de adquisición. Las adquiridas en la comunidad suponen el 30-50% aunque la incidencia real es desconocida, existe una aproximación al considerar que la incidencia de bacteriemia supone 10,3 episodios /1.000 pacientes ingresados, la mortalidad varía entre el 11-16%. En la categoría de bacteriemia asociada a cuidados sanitarios se incluyen las bacteriemias secundarias a un procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado de forma ambulatoria, con esta reciente clasificación el 39% de las bacteriemias hasta ahora consideradas como comunitarias serían reclasificadas como asociadas a cuidados sanitarios y son más parecidas a las de adquisición nosocomial y la mortalidad oscila entre el 20 y el 24%. La incidencia de bacteriemia de origen nosocomial varía según la población de pacientes, así en UCI es del 5.9 episodios/1.000 días de estancia en UCI, la asociada a cateter vascular 2.9-9.7 episodios por 1.000 días de cateter, en pacientes quirúrgicos 6.4 episodios/1.000 intervenciones y la mortalidad también es variable siendo de 25%, 12-25% y 10-15% respectivamente. Así pues la bacteriemia es una situación clínica frecuente, que comporta una elevada mortalidad. Los factores relacionados con una evolución clínica adversa son diversos. Algunos no son modificables, como las características del huésped, la enfermedad subyacente, el origen de la infección o los microorganismos implicados. Por el contrario, otros factores pronósticos son claramente modificables, especialmente la administración precoz de antibióticos apropiados, el tratamiento del foco de infección origen de la bacteriemia, o el tratamiento de soporte hemodinámico. La administración precoz de un antibiótico adecuado disminuye la mortalidad en pacientes con bacteriemia. El tratamiento empírico inapropiado -hasta en el 30% de los casos-, es más frecuente en las siguientes circunstancias: bacteriemia de adquisición nosocomial, asociada a los cuidados sanitarios, administración previa de antibióticos, ausencia de consulta a un especialista en enfermedades infecciosas y, presencia de microorganismos multirresistentes. La confirmación de la bacteriemia con la identificación del microorganismo y la determinación de la sensibilidad a los antimicrobianos está disponible generalmente a las 48-72 h. de la extracción de los hemocultivos. Esta información junto con la evolución clínica del paciente son la base para modificar, si es necesario, el tratamiento empírico e indicar el tratamiento antimicrobiano dirigido. Para la selección del tratamiento antimicrobiano dirigido deben tenerse en cuenta cinco principios básicos: 1º) El antimicrobiano seleccionado debe ser el más eficaz, 2º) debe ser el más seguro, 3º) debe ser el de espectro más reducido, 4º) debe ser el más fácil de administrar y 5º) debe ser el más económico (AIII). En pacientes seleccionados, con tolerancia a la vía oral y con alternativas razonables de tratamiento oral en función de los datos del antibiograma, origen de la bacteriemia y farmacocinética de los fármacos, puede realizarse tratamiento secuencial una vez estabilizado el cuadro clínico (CIII). Por todo ello, la bacteriemia es un concepto microbiológico que alcanza su máximo interés al interpretarse en el contexto clínico en el que se produce, y por

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

408

MEJORANDO EL PROCESO DE BACTERIEMIA: PROGRAMA INTEGRADO CLINICO-MICROBIOLOGICO

lo tanto precisa la integración de la mejor información microbiológica con la mejor información clínica para conseguir que el manejo del paciente con bacteriemia sea óptimo.

La Unidad de Enfermedades Infecciosas, tiene como objetivo la evaluación tratamiento y seguimiento de las bacteriemias del hospital de forma conjunta (ver apartado 7. Método y actividades) con la sección de Microbiología de Hemocultivos, 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 con elevada morbimortalidad.

Es imprescindible en esta tarea, contar con el apoyo de la dirección del Hospital, y los jefes de servicio de las áreas en las que se va a implantar este proyecto de mejora, 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 una máxima eficiencia.

Situación de partida

En el Hospital Universitario Miguel Servet nos encontramos con las siguientes limitaciones para el tratamiento y seguimiento adecuado de las bacteriemias

1º. No se dispone de protocolo de bacteriemias

2º. Dificultad para acceder de forma inmediata al resultado de Microbiología, fundamentalmente en los servicios quirúrgicos dado que su actividad fundamental es en el área de quirófanos, aunque el aislamiento de informa en la intranet y por su relevancia se transmite vía telefónica desde el Servicio de microbiología, en formato papel urgente aunque en ocasiones no llega al clínico por estar en quirófano.

3º. Aumento progresivo de bacteriemias fundamentalmente en los servicios quirúrgicos. Según los datos aportados por el Servicio de Medicina Preventiva se ha observado en el año 2010 que la prevalencia de la bacteriemias postoperatoria en cirugía electiva tanto en el Hospital General como en Traumatología, es superior a los estándares.

4º. Se ha realizado un análisis preliminar para conocer la distribución de los hemocultivos positivos en el Hospital General y Traumatología siendo la siguiente: en los meses octubre-noviembre de 2010 y enero/febrero de 2011. Las áreas principales en las que se han producido estos aislamientos han sido: Urgencias 33,3%, UCI 21,6%, servicios quirúrgicos (incluido Traumatología) 20%, Hematología 6,3% y Medicina Interna 3,6%.

4º. No coordinación protocolizada entre la Unidad de Enfermedades Infecciosas y el Servicio de Microbiología para el seguimiento de las bacteriemias.

5º. Actividad de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, en pacientes hospitalizados con procesos infecciosos, sólo a demanda del servicio consultor mediante hoja de consulta.

6º. Deconocemos si el paciente que ha sido diagnosticado de bacteriemia ha recibido tratamiento y seguimiento adecuado y la repercusión de la bacteriemia y/o el tratamiento inadecuado en el pronóstico del paciente expresado en mortalidad y en el impacto en la estancia hospitalaria.

Fuentes de información.

Cisneros-Herreros JM et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. Enferm Infecc Microbiol Clin 2007;25(2):111-30.

Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. Editores: JM. Aguado, J. Fortún. Autores: Javier Cobo Reinoso, Miquel Pujol Rojo, Jesús Rodríguez Baño, Miguel Salavert Lletí. Disponible en www.seimc.org. Fecha de consulta marzo 2011.

Proyecto de mejora de la calidad: Evaluación del rendimiento de un programa multidisciplinar de seguimiento de las bacteriemias. Hospital Royo Villanova. Responsable R. Martínez Alvarez.

Vallés J, Rello J, Ochagavía A, Garnacho J, Alcalá MA. Bloodstream infection in critically ill adult patients. Impact of shock and inappropriate antibiotic therapy on survival. Chest 2003;123:1615-24.

Pedersen G, Schonheyder HC, Sorensen HT. Source of infection and other factors associated with case fatality in community-acquired bacteremia -a Danish populationbased cohort study from 1992 to 1997. Clin Microbiol Infect 2003;9:793-802.

McDonald JR, Friedman D, Stout JE, Sexton DJ, Kaye KS. Risk Factors for Ineffective Therapy in Patients With Bloodstream Infection. Arch Intern Med 2005;165:308- 13.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

408

MEJORANDO EL PROCESO DE BACTERIEMIA: PROGRAMA INTEGRADO CLINICO-MICROBIOLOGICO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Coordinación con entre el Servicio de Microbiología y la Unidad de Enfermedades Infecciosas.
- Elaboración, implantación del protocolo de bacteriemias junto con un decálogo de pautas a seguir en un paciente con hemocultivo positivo.
 - Disminuir la variabilidad de tratamiento y seguimiento de los pacientes con bacteriemia.
 - Mejorar el pronóstico del paciente con bacteriemia
 - Potenciar la terapia secuencial en los casos que esté indicada con los siguientes resultados:
 - Disminución de los dispositivos para terapia intravenosa
 - Disminuir las complicaciones de la terapia intravenosa
 - Mayor confort del paciente
 - Menor carga laboral de enfermería
 - Disminución de los costes por:
 - Disminución de la estancia atribuible a bacteriemia
 - Dsminución de los costes atribuibles al tratamiento antibiótico y a la terapia secuencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Análisis de la situación actual. Realizar estudio retrospectivo en una muestra aleatoria de pacientes con hemocultivos positivos y valorar los siguientes ítems: ubicación del paciente, fecha e ingreso, fecha de tratamiento antibiótico empírico, si fue adecuado, cambio tras recibir el hemocultivo, días de tratamiento, terapia secuencial, foco de la bacteriemia, clasificación de la bacteriemia (comunitaria, asociada a cuidados sanitarios, nosomial), fecha de fin de tratamiento, fecha de alta o exitus, estancias atribuibles a bacteriemia. Dras: Arazo, Villuendas, Ferrer, Colmenarejo.

2. En esta primera fase se pretende la evaluación del paciente con hemocultivo positivo con las consiguientes recomendaciones diagnóstico-terapéuticas y seguimiento de los pacientes con bacteriemia ingresados en los servicios quirúrgicos del Hospital General y Traumatología (20% de todos los hemocultivos positivos en los 4 últimos meses), y en los servicios médicos (MI, Neumología, Neurología y Digestivo) informar al médico responsable del aislamiento en sangre pero el tratamiento y seguimiento será por el médico que lleva al paciente. Dra Pascual, Dra Gil, Dr Ramos y Dra Arazo

3. Comunicación del proyecto a los Jefes de los Servicios en los que se pretende aplicar esta mejora. Dras Revillo y Arazo

4. Elaboración e implantación de protocolo de manejo del paciente con bacteriemia. Dra Pascual, Gil, Dr Ramos, Dra Villuendas

5. Sesión para todos el Servicio de Medicina Interna para información del proyecto de mejora y del protocolo. Dra Arazo

7. Elaborar un decálogo para agilizar el manejo de pacientes con bacteriemia. Dra Arazo

8. Comunicación diaria a las 12 horas del/la responsable de la U.E.I. que está con la actividad de consultor@ con el la sección de Hemocultivos y actuar según se ha indicado en el punto 2. Dra Villuendas, y FEA de la UEI que esté con la actividad de ver interconsultas.

9. Registro de los datos obtenidos en una base de datos para posterior análisis del proyecto de mejora y difundir los resultados en los servicios correspondientes. Dras Arazo, Revillo, Villuendas

10. Solicitar a la Dirección Médica que los miembros de la UEI puedan acceder a la historia clínica de los pacientes ingresados en las áreas de actuación y que presenten bacteriemia. Dras Arazo y Revillo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación

Se trata de evaluar la utilidad de la colaboración entre el Servicio de Microbiología y la Unidad de Enfermedades Infecciosas en el manejo y pronóstico de la bacteriemia.

Indicadores

- 1.Elaboración de protocolo de bacteriemia: realizado e implantado
- 2.Sesión al Servicio de Medicina Interna del proyecto de mejora: realizado
- 3.Presentación del protocolo en sesión de Medicina Interna: realizado
- 4.Proporción de cambios realizados de tratamiento antibiótico empírico
- 5.Disminución de la estancia hospitalaria (el objetivo será según el análisis de la situación actual)
- 6.Grado de satisfacción de los servicios quirúrgicos y médicos

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 408

MEJORANDO EL PROCESO DE BACTERIEMIA: PROGRAMA INTEGRADO CLINICO-MICROBIOLOGICO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Solicitud de acceso a la historia clínica: abril
Análisis de la situación actual: Abril
comunicación del proyecto a los jefes de servicio: abril
Elaboración del protocolo de bacteriemias: abril y mayo
Implantación del protocolo mayo-junio
Sesión en el servicio de Medicina Interna: mayo
Seguimiento de los pacientes con bacteriemia en los servicios quirúrgicos inicio en mayo y continuidad en el resto del año
Información de bacteriemia en los servicios médicos: inicio en mayo y continuidad el resto del año
Evaluación de los resultados diciembre y enero del 2012
Grado de satisfacción de los servicios quirúrgicos: noviembre y diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia a cursos y congresos	600 €
· Proyector de diapositivas	600 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. Sería conveniente dado que en el proyecto se pudiera incluir a la Dra Ascensión Pascual Catalán dado que va a colaborar de forma activa en el proyecto de mejora

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

400

EVALUACION DE RIESGO CARCINOGENICO (DOSIS EFECTIVA) ASOCIADO A LAS EXPLORACIONES CON TC EN DOS EQUIPOS TOSHIBA AQUILION 64 DEL HOSPITAL GENERAL Y DE LA UNIDAD DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS DEL HUMS. ESTUDIO COMPARATIVO

2. RESPONSABLE JOSE MARIA ARTIGAS MARTIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ PEREDA RICARDO. RADIOLOGO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- GOMEZ GIL TERESA. TSDI. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- RODRIGUEZ EMBID MARTA. TSDI. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- SANCHEZ RUBIO YOLANDA. TSDI. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- LLOORO LANCHO MERCEDES. TSDI. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- RODRIGUEZ GRACIA JARA MARIA. TSDI. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- MARTIN CUARTERO JOAQUIN. RADIOLOGO. HOSPITAL REINA SOFIA DE TUDELA. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Línea de mejora elegida: ..." Mejora de la seguridad de los pacientes, mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuyan los riesgos de sufrir accidentes u otros sucesos adversos en el transcurso de la atención recibida".

1. La Tomografía Computarizada (TC) ha supuesto un avance extraordinario en el diagnóstico médico. Se calcula que el número de exploraciones con TC realizadas, se ha incrementado un 300% en los últimos 15 años, con aproximadamente 70 millones de exploraciones realizadas en EEUU durante 2007 y un riesgo de cáncer radioinducido estimado para esta población de 29.000 nuevos casos y que, en el futuro, puede verse incrementada hasta el 1%-2% (Berrington de Gonzalez A et al. Arch Intern Med 2009).

2. Recientemente, se ha sugerido una amplia variabilidad de dosis administrada (factor 13) intra e intercentros (Smith-Bindman R et al. Arch Intern Med 2009) , en relación con factores como: tipo de examen, parámetros del equipo, edad, sexo, problema clínico, equipo empleado, radiólogo, técnico, lo que sugiere amplias posibilidades de mejora.

3. Los equipos de TC actuales, proporcionan parámetros (índice de dosis TC y producto dosis-longitud) indirectos sobre la dosis administrada, que hay que combinar con otros como edad, región anatómica explorada o características técnicas del examen, para calcular la dosis efectiva.

4. El empleo de la dosis efectiva (DE)vcomo medida de referencia universal para todas las exploraciones que emplean radiaciones ionizantes (RI) no sólo es recomendable, sino un imperativo legal (RD 811 de 2001). El empleo sistemático de este parámetro:

- Traduce efectos biológicos (riesgo carcinogénico), en lugar de meras medidas físicas.
- Permite comprar riesgo entre los diferentes equipos, técnicas y exploraciones que emplean RI. De esta forma se constituye como herramienta fundamental de mejora de calidad en un servicio de imagen, con impacto directo sobre la seguridad de los pacientes, e imprescindible para:
- Comparar nivel de riesgo biológico entre protocolos de exploración
- Establecer criterios de riesgo/beneficio a la hora de indicar una exploración o elegir entre dos o más opciones
- Realizar control y seguimiento dosimétrico real de las dosis acumuladas por los pacientes ("cartilla de dosis").
- Identificar y corregir desviaciones en la dosis entre equipos, profesionales y centros, con el fin de minimizar la variabilidad y garantizar la seguridad de los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Como parte de un proyecto previo, desarrollado el año pasado, se sistematizó la estimación de dosis efectiva (DE) a partir de los datos suministrados por la máquina (dosis producto-longitud -DLP-) mediante coeficientes de corrección incluidos en el documento : "European

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 400

EVALUACION DE RIESGO CARCINOGENICO (DOSIS EFECTIVA) ASOCIADO A LAS EXPLORACIONES CON TC EN DOS EQUIPOS TOSHIBA AQUILION 64 DEL HOSPITAL GENERAL Y DE LA UNIDAD DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS DEL HUMS. ESTUDIO COMPARATIVO

guidelines on quality criteria for Computed Tomography"

http://w3.tue.nl/fileadmin/sbd/Documenten/Leergang/BSM/European_Guidelines_Quality_Criteria_Computed_Tomography_Eur_16252.pdf, según las 6 regiones anatómicas establecidas.

Con éste método, se realizaron un total de 178 estimaciones dosimétricas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseminar entre los TSDI del Servicio de Radiodiagnóstico del HUMS la cultura de estimación dosimétrica mediante DE
2. Valorar posibles discrepancias dosimetricas entre dos equipos "gemelos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estimación de DE de pacientes remitidos para los estudios TCMD más habituales, a partir de la DLP (dosis producto longitud) proporcionada por el equipo. Para ello, se dispone de una tabla excel confeccionada en el Plan de Mejora previo que permite calcular la dosis en función de la región anatómica explorada y el índice de dosis obtenido de la máquina (DLP).
Medición de dosis y transcripción a la tabla excel: TSDI del Servicio.

TSDI responsable incluidas en el proyecto:

Yolanda Sanchez Rubio
Teresa Gómez Gil
Mercedes Lloro Lancho
Jara M^a Rodríguez Gracia
Marta rodriguez Embid

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° de pacientes con dosimetría incluida en la excel (>150 al trimestre en cada aparato)

Responsables: todo el equipo

2. N° de TSDI que ha incluido, al menos, la dosimetría de 10 pacientes en el sistema de medición/N° de TSDI de plantilla

Este indicador lo recogerán los TSDI, cuya identificación se icnluirea en la excel

2. Discrepancias entre dosis para la misma región anatómica e investigación de sus causas

Responsables: radiólogos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se dispone ya de la herramienta, por lo que se puede comenzar -de hecho se hace ya en el equipo de Urgencias-, de inemdiato. Esta fase del proyecto tendría un año de duración, con revisiones trimestrales de los resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ordenador personal	250 €
· ordenador personal	250 €
· ordenador personal	250 €
Total	750 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 654

MEJORA Y COORDINACION EN LA PETICION DE MATERIAL ESTERIL DESDE QUIROFANO AL SERVICIO DE ESTERILIZACION

2. RESPONSABLE MERCEDES AZPIROZ TELLER
- Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. QUIROFANOS TRAUMATOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANCHEZ SANCHEZ ESTHER. ENFERMERA. H.U.MIGUEL SERVET. QUIROFANOS TRAUMATOLOGIA
 - PEREZ ARA ALEJANDRO. ENFERMERO. H.U. MIGUEL SERVET. QUIROFANOS TRAUMATOLOGIA
 - FERNANDEZ HERRERA GEMA. ENFERMERA. H.U. MIGUEL SERVET. QUIROFANO TRAUMATOLOGIA
 - SANCHO BLAS CARMEN. AUXILIAR ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. QUIROFANOS TRAUMATOLOGIA
 - ESTRADA CERUELO ANA. ENFERMERA. H.U. MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
 - BARCELONA TAMBO TERESA. AUXILIAR ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
 - LOPEZ FUERTES PEDRO. AUXILIAR ENFERMERIA. H.U. MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto contempla la mejora en la comunicación que se establece entre el servicio de Quirófanos de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y la Central de Esterilización.

Justificación:

En ocasiones se detectan errores en la entrega de material estéril a quirófanos por parte de la Central de Esterilización y viceversa, errores que pueden ser debidos a multitud de causas, entre las cuales destacamos las que afectan directamente al cliente, que en este caso es el que está en quirófano. Todo ello derivado por el desconocimiento, a veces, de lo que se solicita, a quién se solicita, quién recibe el mensaje, cómo se trasmite ese mensaje, etc.

Una necesidad se define como una brecha entre lo que existe y lo que quisiéramos que fuera. Un vacío entre los resultados actuales y los esperados. La comunicación bidireccional creemos que es la base del proceso de mejora. Si entendemos por comunicación el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra, este proyecto lo que intenta es establecer los códigos y canales adecuados para que tanto el emisor como el receptor entiendan los mensajes en el contexto situacional en el que trabajamos, reduciendo así el riesgo de errores humanos y conectando permanentemente al personal (enfermer@s, auxiliares,...) con los recursos necesarios para llevar a cabo su trabajo de forma más eficiente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Descenso de las solicitudes y envíos erróneos de material e instrumental.
- Mejorar la comunicación entre servicios (Quirófanos y Central de Esterilización) con el fin de que todas las peticiones lleguen a buen término y los mensajes lleguen a su destino final sin que se pierdan en pasos intermedios.
 - Coordinar el servicio de Recepción de material, la Central y los Quirófanos.
 - Facilitar, agilizar y protocolizar el proceso de petición de material vía telefónica cuando la intervención no es programada o suceden situaciones imprevistas.
 - Aumentar el grado de satisfacción, motivación e implicación de los trabajadores que intervienen en el proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Confeccionar un listado de todo el instrumental en depósito tanto en la zona estéril del Área quirúrgica como en la Central de Esterilización.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

654

MEJORA Y COORDINACION EN LA PETICION DE MATERIAL ESTERIL DESDE QUIROFANO AL SERVICIO DE ESTERILIZACION

- Compartir los listados con todo el personal de ambos servicios.
 - Planificar la manera de cómo actualizar los listados de material según vayan cambiando por razones del servicio.
 - Describir los procesos y pasos a seguir de cómo mandar el documento utilizado en la comunicación entre unidades.
 - Elaborar un documento protocolizado para la comunicación entre las unidades que sirva de refuerzo a la vía telefónica.
 - En una segunda fase iniciarse en la informatización del proceso de comunicación.
 - Evaluar el grado de satisfacción de los trabajadores implicados en el proceso. Confeccionando encuestas que se pasarán en los tiempos programados.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Dejar constancia por escrito de todos los pasos, reuniones, bocetos, listados... que se vayan realizando, es decir, confeccionar un diario de campo que recoja la actividad desarrollada en el programa.
- Reuniones programadas entre los servicios.
 - Encuestas para medir el grado de satisfacción.
 - Visitas informadas entre los diferentes servicios.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Formación del grupo de trabajo. (Marzo y Abril 2011).
- Elaboración del proyecto (Abril, Mayo, Junio y Julio de 2011).
 - Primera encuesta del grado de satisfacción (Mayo 2011).
 - Segunda encuesta (Octubre 2011)
 - Tercera encuesta (Febrero 2011)
 - Primera reunión del grupo de trabajo (Junio 2011)
 - Segunda reunión del grupo de trabajo (Noviembre 2011)
 - Tercera reunión del grupo de trabajo (Febrero 2012)
 - Puesta en marcha del documento de comunicación (Noviembre de 2011)
 - Puesta en marcha del listado de todo el instrumental en depósito (Noviembre de 2011)
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. ENVIAMOS DE NUEVO EL PROGRAMA DE MEJORA PROPUESTO CON LAS MODIFICACIONES EN EL EQUIPO DE TRABAJO YA FORMADO

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

654

MEJORA Y COORDINACION EN LA PETICION DE MATERIAL ESTERIL DESDE QUIROFANO AL SERVICIO DE ESTERILIZACION

OBSERVACIONES del SECTOR
repetido-388

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

448

MANEJO Y CUMPLIMIENTO DE GUIA DE PRACTICA CLINICA REFERENTE A LA ENDOMETRIOSIS. ELABORACION DE MATERIAL INFORMATIVO PARA LAS PACIENTES

2. RESPONSABLE LAURA BAQUEDANO MAINAR

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAMARCA BALLESTERO MARTA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- MIÑANO NAVARRO ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- MARIN JIMENEZ NURIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- MORENO URUEÑA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La endometriosis es una enfermedad crónica que afecta a un 10-15% de las mujeres en edad reproductiva, presentando importantes repercusiones físicas, psíquicas y sociales; puede manifestarse con un amplio abanico de síntomas, incluyendo problemas reproductivos en el 30-40% de ellas y es una causa frecuente de consulta médica y ausencia del puesto de trabajo, con la repercusión socioeconómica que de ello se deriva. Por todo ello, el servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet desarrolló como parte de una Beca de Mejora de Calidad del año 2009 una guía de práctica clínica del proceso Endometriosis, con la finalidad de adecuar y mejorar el manejo y tratamiento de estas pacientes. Una vez elaborada y presentada dicha guía hemos comprobado que no siempre se siguen sus conclusiones, realizando con relativa frecuencia protocolos de seguimiento y tratamientos de segunda línea de coste mucho más elevado que los considerados de primera elección. Por esta razón nos planteamos generalizar el uso de dicha guía, especialmente en los apartados referentes a seguimiento y tratamiento de las pacientes, tanto entre los ginecólogos de Hospital Universitario Miguel Servet como los integrantes de los Centros Médicos de Especialidades del Área Sanitaria 2 y Servicio de Urgencias de Maternidad. Así mismo y dado que la endometriosis es una enfermedad crónica y de una alta prevalencia, pensamos que la paciente debe de estar adecuadamente informada; al existir poco material divulgativo que ofrezca información fidedigna del proceso consideramos de gran utilidad diseñar material gráfico que complemente la información dada en la consulta, mejore la comprensión de la enfermedad y favorezca la relación médico-paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Promover la difusión de la Guía de práctica clínica elaborada entre los profesionales sanitarios

- Concienciar a los profesionales de la importancia de instaurar de forma precoz el tratamiento correcto y realizar el seguimiento más adecuado en base a dicha guía clínica. Para ello se reeditará , dándole un enfoque eminentemente práctico.
- Evitar instaurar de inicio tratamientos de segunda línea que generan costes llamativamente superiores a los que hoy consideramos de elección: 6 meses de tratamiento con análogos de la Gn-RH suponen alrededor de 1000 euros, frente a los 80 euros de los ACHO.
- Comprobar el cumplimiento de la guía y sus indicaciones
- Proporcionar con la elaboración de cuadernos y folletos, un instrumento de apoyo que sirva para que las pacientes entiendan y conozcan su enfermedad en profundidad y evitar caer en el error de la búsqueda libre de información en foros no científicos que lejos de ayudar, contribuyen a aumentar la angustia y la ansiedad de las pacientes con falsos mitos y creencias
- Promover con dicho material la relación médico-paciente, ya que el mejor conocimiento de la enfermedad servirá para favorecer el acercamiento y el diálogo entre el paciente y el profesional
- Evitar en la medida de lo posible algunas visitas en las consultas y en urgencias de Maternidad que muchas veces obedecen a la falta de información de la paciente

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

476

DISMINUIR EL Nº DE ESTUDIOS GAMMAGRAFICOS DE PARATIROIDES NO ADECUADOS O DE BAJO VALOR DIAGNOSTICO

2. RESPONSABLE TERESA BARINGO FUENTES

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ VELEZ LINA. MIR. HUMS. MEDICINA NUCLEAR
- GONZALEZ ESCALANTE MARIO. MIR. HUMS. MEDICINA NUCLEAR
- ALVAREZ RUIZ SOLEDAD. MEDICO. HUMS. MEDICINA NUCLEAR
- GUALLAR LABRADOR ANA. QUIMICO. HUMS. MEDICINA NUCLEAR
- HERRERO ALONSO ARTURO. ENFERMERO. HUMS. MEDICINA NUCLEAR
- NAVARRO BELTRAN PABLO. MEDICO. HUMS. MEDICINA NUCLEAR
- ABOS OLIVARES DOLORES. MEDICO. HUMS. MEDICINA NUCLEAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico del hiperparatiroidismo es bioquímico. La indicación del estudio gammagráfico es la localización de la/las glándulas paratiroides patológicas causantes del hiperparatiroidismo, con vistas a su exéresis quirúrgica.

Situación de partida: Desconocemos el número de pacientes a los que se ha realizado estudio gammagráfico y han sido intervenidos y si el resultado anatomopatológico final se correlaciona con la alteración bioquímica y el resultado de la gammagrafía.

El realizar pruebas innecesarias repercute en:

- El paciente: aumento de la radiación recibida, de las molestias de las exploraciones, de las visitas hospitalaria y de horas laborales perdidas
- En costes: desaprovechamiento del tiempo de gammacámaras, pérdida de tiempo de los profesionales y aumento del gasto en radiofármacos.
- Otras repercusiones: desconfianza y conflicto con los profesionales que nos solicitan las pruebas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer el porcentaje de pacientes con gammagrafía positiva y negativa que han sido intervenidos, el resultado anatomopatológico y la respuesta clínica.

Conocer las causas por la que pacientes con gammagrafía positiva no son intervenidos.

Conocer el porcentaje de pacientes con resultados falsos positivos y falsos negativos de la gammagrafía en relación al diagnóstico bioquímico y anatomopatológico.

Pretendemos con ello ajustar lo máximo posible la solicitud de la exploración a la indicación quirúrgica, con vistas a mejorar la relación coste-beneficio de la exploración gammagráfica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se revisarán todas las exploraciones de paratiroides realizadas durante 1 año, así como las historias clínicas de los pacientes, para valorar la actitud terapéutica seguida y su evolución clínica. En los casos en que la intervención o seguimiento de realice fuera del HUMS, se contactará por teléfono con el médico que solicitó la exploración o con el propio paciente.

1.- Listado de gammagrafías paratiroides realizadas durante 1 año. Responsables: Lina López, Mario González.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 476

DISMINUIR EL N° DE ESTUDIOS GAMMAGRAFICOS DE PARATIROIDES NO ADECUADOS O DE BAJO VALOR DIAGNOSTICO

2.- Diseño de la base de datos. Responsable: Arturo Herrero.

3.- Recogida e introducción en la base de datos, del resultado de la prueba, la actitud terapéutica seguida, el resultado anatomopatológico y la respuesta clínica al tratamiento quirúrgico. Responsables: Teresa Baringo, Soledad Alvarez, Ana Guallar, Lina López, Mario González.

4.- Análisis estadístico de los datos. Responsables: Teresa Baringo, Soledad Álvarez, Dolores Abós .

7.- Reunión del grupo para valorar los resultados obtenidos.

8.- Priorizar áreas de mejora y propuestas de acciones de mejora de al menos una de ellas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo; Valorar la indicación de la solicitud:

Indicador: N° de pacientes a los que se solicita la prueba con claro diagnóstico bioquímico de hiperparatiroidismo/ n° de pacientes a los que se solicita la prueba x 100

Objetivo: Valorar la actitud terapéutica tras el resultado de la prueba:

Indicador: N° de pacientes con gammagrafía de localización positiva que son intervenidos quirúrgicamente/ n° de pacientes con gammagrafía de localización positiva x 100

Objetivo: Valorar la eficacia de la prueba

Indicador: N° de pacientes con gammagrafía positiva y exéresis paratiroidea /n° de pacientes con gammagrafía positiva y exéresis paratiroidea, en que se corrige el hiperparatiroidismo x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Enero 2011. Fecha de finalización: Febrero 2012

Calendario de actividades 2011-2012:

Listado de exploraciones realizadas en 2009. Enero 2011

Diseño de la base de datos. Febrero 2011

Recogida de datos e introducción en base datos. marzo a agosto 2011

Análisis de los resultados septiembre a noviembre

Reunión del Grupo para priorizar áreas de mejora y puesta en marcha de las acciones correctoras. diciembre 2011 y enero- febrero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 593

1. TÍTULO

DESARROLLO Y POTENCIACION DEL GRUPO DE SEGURIDAD CLINICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO BARRANCO DOMINGUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERRERO LOPEZ MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CIRUGIA
- GRACIA ROCHE CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CIRUGIA
- GIMENEZ JULVEZ TERESA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. UNIDAD FUNCIONAL DE SEGURIDAD DEL SALUD
- ESARTE MUNIAIN JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CIRUGIA
- MARTINEZ GERMAN ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CIRUGIA
- LIGORRED PARRILLA LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CIRUGIA
- MONZON ABAD ANDRES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CIRUGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad del paciente significa esencialmente que la asistencia sanitaria esté libre de daños evitables. El paciente quirúrgico es especialmente susceptible a la posibilidad de aparición de efectos adversos.

Desde el grupo de calidad del servicio de cirugía se promulgó la creación de un grupo específico de seguridad clínica para tratar en profundidad estos aspectos. Y tras la constitución del mismo entre personal voluntario de la unidad se designó un coordinador (Dr Barranco Domínguez) y una secretaria (Dra Herrero López) y se estableció un calendario de reuniones periódicas mensuales. Se realizó un ejercicio de priorización de problemas entre los detectados por los miembros del grupo y se estableció un orden de trabajo empezando por los problemas relacionados con la transcripción de los tratamientos.

Según la metodología PDCA cada problema se tratará a lo largo de seis etapas

1. Análisis de la situación y contexto del problema
2. Identificación y priorización de riesgos
3. Análisis y evaluación de riesgos
4. Planificación de respuestas, formulación de objetivos y selección de actividades a desarrollar.
5. Despliegue del plan e implementación
6. Evaluación y seguimiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la seguridad del paciente quirúrgico
- Disminuir la incidencia de efectos adversos, errores, incidentes...etc. que puedan afectar a la seguridad clínica
 - Fomentar una cultura de seguridad entre el personal de la unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Formación del personal del grupo.
- Crear una metodología de análisis de problemas que afecten al servicio de cirugía y trabajar en grupo para corregirlos.
 - Analizar la incidencia de efectos adversos o alertas.
 - Crear una cultura de seguridad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

1. Registro de los problemas analizados y tratados por el grupo de seguridad
2. Creación de un "chat on line" a través del correo electrónico entre los miembros del grupo para agilizar la comunicación y el trabajo interreuniones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 593

1. TÍTULO

DESARROLLO Y POTENCIACION DEL GRUPO DE SEGURIDAD CLINICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

3. Elaboración de actas de las reuniones mantenidas
4. Presentación de los resultados de nuestra experiencia en el congreso de la sociedad aragonesa/española de calidad asistencial

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

1. Reuniones de trabajos mensuales el ultimo miércoles de cada mes
2. Supervisión y tutorización por los doctores Carlos Aibar y Teresa Giménez, de la unidad funcional de seguridad del SALUD.
3. Elaboración de una memoria anual con los resultados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: enero 2011 (formación del grupo y selección de coordinador y secretaria.

Fecha finalización: enero 2012 (renovable anualmente).

Actividades:

Sesiones de formación febrero-marzo 2011

Reuniones: mensuales, ultimo miércoles de cada mes

Revisión/modificaciones: julio 2011

Memoria anual: diciembre 2010.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 169

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGIA EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIA DE HIATO/REFLUJO GASTROESOFAGICO

2. RESPONSABLE JOAQUIN BERNAL JAULIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA ROCHE CARLOS. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- CERDAN PASCUAL RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- RODRIGO VINUE VIRGINIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- MARTINEZ BERNARD JESSICA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- OLABERA CESPEDES ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- MOYA ANDIA JOSE LUIS. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- GARCIA FABIAN ATENOGENES PABLO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La unidad de cirugía Esofagogastrica del Servicio de Cirugía General del H.U Miguel Servet, interviene, preferentemente por vía laparoscópica, alrededor de 20 pacientes/año, portadores de hernia de hiato gigante y reflujo gastroesofágico, por lo que creemos necesaria la monitorización de los pacientes intervenidos hasta la fecha y de los que van a ser intervenidos. En la cirugía del RGE es necesario realizar un seguimiento de los pacientes ya que pueden aparecer efectos adversos a corto plazo (disfagia, mantenimiento del RGE, síndrome de atrapamiento gaseoso) y recidivas a largo plazo. Para ello crearemos una base de datos en la que recoger los pacientes ya intervenidos e incluir a los nuevos. Se evaluará a los pacientes a los 12, 30 y 72 meses de la intervención quirúrgica. Se realizará una encuesta de satisfacción para valorar el estado clínico del paciente. Se llevarán a cabo pruebas funcionales (Endoscopia, pH-metría, manometría y tránsito digestivo) con el objetivo de comprobar la efectividad de la valvuloplastia a corto, medio y largo plazo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Monitorizar los resultados a corto, medio y largo plazo de la cirugía del RGE/HH.

- Valorar la eficacia de la valvuloplastia en el control del RGE.
- Investigar el mantenimiento a largo plazo de los resultados obtenidos, tanto a nivel clínico, como sobre las pruebas objetivas del RGE.
- Estudiar el estado funcional (mediante pHmetría y manometría) de las valvuloplastias.
- Analizar las complicaciones derivadas del uso de estas técnicas en el tratamiento del RGE/HH.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Localización de los pacientes intervenidos de HH/RGE y elaboración de una base de datos para su registro.

- 2.-Elaboración de protocolo de seguimiento de los pacientes intervenidos por RGE/HH.
- 3.-Realización de encuesta de satisfacción clínica.
- 4.- Solicitud y realización de las pruebas complementarias necesarias para valorar los resultados de la técnica quirúrgica.
- 5.- Análisis de los resultados obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se elaborará una base de datos con los pacientes intervenidos y evaluados con pruebas del funcionalismo esofágico, estudios radiológicos y encuesta de satisfacción.

Pacientes evaluados/Pacientes intervenidos.
Pacientes con mejoría RGE/Pacientes intervenidos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

169

MONITORIZACION DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGIA EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIA DE HIATO/REFLUJO GASTROESOFAGICO

Pacientes satisfechos (según encuesta) / Pacientes intervenidos.
Pacientes con alteración motora/Pacientes intervenidos.
Pacientes con persistencia de reflujo patológico/Pacientes intervenidos.
Pacientes que presentan complicaciones/Pacientes intervenidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Mayo 2011
Finalización: Mayo 2012

Cronograma:
Elaboración base de datos: Mayo 2011
Localización pacientes intervenidos: Mayo-Julio 2011
Encuesta de satisfacción: Septiembre-Noviembre 2011
Realización de pruebas funcionales: Noviembre 2011- Marzo 2012
Análisis de resultados: Abril-Mayo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Para elaborar la iniciativa de mejora de la calidad, emplearemos los medios disponibles en el Hospital Universitario Miguel Servet (informática, telefonía, etc).

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

632

MEJORA EN LOS INFORMES DE ALTA DE CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO BOLDOVA GIL

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Recoger la Procedencia(MAP(centro de Salud)y Médico que lo envia, otros), Ampliar los Antecedentes Familiares de interes, Personales Medicos y Quirurgicos, con FRCV, Alergias, Medicaciones que toma, , Campos Clinicos (Motivo de consulta, Historia actual, y Exploración Clinica)y de P. Complementarias(Bioquímica, Microbiología, Radiología, ECG, MAPA, Otras, Diagnostico Principal y otros diagnósticos, Evolución, Tratamiento (genero de vida, Alimentación, y Medicación)Recomendaciones y revisio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Utilizando siempre el soporte Anamnesis(21),Exploración Fisica(22)Lista de Problemas(20)y Evolución Clinica(30), estoy utilizando base de datos y creo que me está ayudando al seguimiento de los pacientes, pero al alta se puede mejorar el informe del mismo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Homogeinidad con el informe de pacientes ingresados, y reflejar enfermedades cronicas, haciendo constar los Factores de Riesgo Cardiovascular(HTA, DM2, Obesidad, Dislipemia, Tabaquismo, Enolismo), TA, Pulso, Talla, Peso, IMC, Cintura Abdominal

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Recogida de los datos expuestos y a ser posible poderse volcar en el informe de alta Cuando la Historia Clinica esté informatizada y de forma única será mucho más fácil

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Recogida de FRCV Toma TA, Pulso, Talla, Peso, IMC, Cintura abdominal

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 de marzo de 2011 al 1 marzo del 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- aistencia congreso 300 €
- Total 300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 628

CREACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO (U.D.A) EN EL HOSPITAL MATERNAL "MIGUEL SERVET"

2. RESPONSABLE JOSE LUIS BORQUE MARTIN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGÍA-REANIMACIÓN
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ROVIRA FLORES EVA MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ANESTESIOLOGIA-REANIMACION
 - REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ANESTESIOLOGIA-REANIMACION
 - ESCUDERO LOU MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ANESTESIOLOGIA-REANIMACION
 - BONED NAVARRO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ANESTESIOLOGIA-REANIMACION
 - RAMOS MORENO GONZALO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ANESTESIOLOGIA-REANIMACION
 - MARTIN ARNAL MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ANESTESIOLOGIA-REANIMACION
 - LOPEZ LUCIA ANA CARMEN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El control eficaz del dolor en el postoperatorio se ha convertido en una parte esencial de los cuidados perioperatorios, ya que existe una evidencia cada vez mayor de que un adecuado control, junto con otros factores facilitados por una correcta analgesia como la movilización y nutrición precoces, no sólo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes sino que además contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria, y en algunos casos, reduce la estancia hospitalaria.

En este momento, en nuestra unidad si bien existe un Protocolo de Analgesia Multimodal que cubre las necesidades de la cirugía ginecológica mayor con cobertura de analgesia epidural, no existen protocolos de analgesia dirigidos al resto de pacientes ginecológicas con protocolos de pautas sistémicas exclusivas (cirugía ginecológica menor y vaginal, unidad de mama, servicio de reproducción y obstetricia).

Con la creación de la Unidad de Dolor Agudo (U.D.A) se pretende mejorar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio mediante el establecimiento de protocolos consensuados que cubran a todas las pacientes, que permitan el registro y evaluación sistemática y periódica de la cobertura, el nivel de efectividad así como de los efectos secundarios achacables a los protocolos.

La U.D.A debe cumplir un papel vertebrador en el proceso global de asistencia al paciente quirúrgico, que es la gestión del dolor agudo postoperatorio con implicación de todos los partícipes.

La creación de la U.D.A nos permitirá dar una mejor solución a una experiencia subjetiva negativa del paciente como es el dolor, uno de los aspectos que más afectan a la calidad percibida y a la recuperación de los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir:
1. Aprobación por consenso de los protocolos.
 2. Establecer registros y base de datos de explotación
 3. Cobertura superior al 90% de las pacientes ingresadas que han sido intervenidas
 4. Evaluación de efectos secundarios achacables a la analgesia.
 5. Satisfacción de las pacientes con la analgesia recibida > 85%.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 628

CREACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO (U.D.A) EN EL HOSPITAL MATERNAL "MIGUEL SERVET"

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Evaluación previa de la situación mediante valoración del nivel de dolor en las primeras 24-48 h. postoperatorias y encuesta de satisfacción (Dr. Boned y Dra. Escudero).
2. Elaboración de borrador de los protocolos analgésicos (Dr. Borque).
3. Aprobación de los protocolos (Grupo Trabajo)
4. Establecimiento de las variables a registrar y hoja de registro (Dra. Rovira y Srta. López).
5. Creación de la base de datos, así como de la plantilla de explotación futura de dichos datos (Indicadores) (Dres. Remartínez, Ramos y Dra. Martín).
6. Difusión y puesta en marcha de los protocolos y registros (UDA)(Dr. Borque y Srta. López)
7. Evaluación de indicadores y satisfacción de las pacientes (Dra Escudero y Dra. Rovira)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo nº1:
Mejoría del confort postquirúrgico del paciente, midiendo éste en función de la satisfacción con la analgesia de las pacientes

Indicador: % de pacientes satisfechas o muy satisfechas
Fuente: Encuesta postanestesia
Objetivo: > 85%

Objetivo nº 2:
Incorporar el dolor, como quinto signo vital, evaluándolo sistemáticamente mediante la escala visual analógica (E.V.A).
Indicador: % de registros postoperatorios que consta EVA de dolor.
Fuente: audit.
Estándar: 100%

Objetivo nº 3:
Registrar todos los datos en una ficha específica, base de datos que permita explotar dichos datos, y valorar la efectividad de los protocolos.

Indicador: Existencia de ficha y base de datos
Evaluación: Realizado si/no

Indicador: Cobertura (%) de pacientes dentro de los protocolos
Objetivo: > 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril de 2011: elaboración del borrador de protocolos de analgesia postoperatoria.

Mayo de 2011: aprobación de protocolos.

Mayo de 2011: aprobación de los datos a registrar en la base de datos.

Junio-Julio de 2011: Creación de la base de datos en Access, así como la plantilla de explotación de datos.

Septiembre de 2011: Difusión y puesta en marcha de UDA

Diciembre-Enero 2012: Evaluación Indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

628

CREACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO (U.D.A) EN EL HOSPITAL MATERNAL "MIGUEL SERVET"

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 430

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE JOSE CALLAO BUATAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ LOPEZ FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- CABISTABY ESQUE ANA CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- ALBA ESTEBAN PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- MUNUERA BARAONA CONSUELO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- USIETO LOPEZ LAURA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO D EURGENCIAS
- MARTINEZ HERRAEZ MARIA CONSUELO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- ALCAZAR MORENO ROSA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La reanimación cardipulmonar (RCP) en un servicio Hospitalario es una práctica compleja realizada por un equipo multidisciplinar, incluyendo médicos, enfermería, auxiliares...
Diferentes estudios recogen la necesidad de protocolizar la manera de trabajo, de crear equipos específicos de RCP y de homogeneizar la respuesta ante las diferentes situaciones que s epueden plantear en una situación de stress como es una RCP.

Los diferentes puntos de mejora en la práctica de la RCP se analizarán tras la grabación y estudio de 3-5 ejercicios reales, analizando mediante el repaso de las guías de la American Heart Association y European Resucitaion Council las pautas a trabajar y la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen (médicos del servicio, personal del 061, enfermería, auxiliares...)

Tras establecer un protocolo común para todo el personal relacionado con la asistencia en la reanimación cardiopulmonar, y una respuesta común ante las diferentes situaciones que se puedan plantear, se realizará una nueva valoración de los cambios mediante nuevas grabaciones, para implementar nuevas mejoras y promover la formación entre el personal que trabaja en el Area de Vitales del Servicio de Urgencias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Puesta en práctica de un protocolo de Reanimación Cardio Pulmonar unificado para todo el servicio de Urgencias, siguiendo las recomendaciones de la American Heart Association (AHA)

2.- Mejora de la Reanimación Cardio Pulmonar, con un menor tiempo de respuesta por parte del personal del servicio de Urgencias, y una mayor calidad de la técnica.

3.- Todo esto debería implicar una mayor tasa de supervivencia y una importante reducción de las complicaciones posteriores a una RCP prolongada en el paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Grabación de 3-5 Reanimaciones cardio pulmonares realizadas en el servicio,
2.- Analisis de las grabaciones por el equipo a cargo del proyecto, valorando la coordinación entre los diferentes profesionales (equipo del 061 si es traído anuestro servicio por ellos, enfermería, auxiliares, celadores, médicos)
3.- Analisis de las grabaciones por el equipo a cargo del proyecto, valorando los tiempos de asistencia iniciales, si se han seguido las recomendaciones de la American Heart Association, y la respuestas a las diferentes situaciones que pueden aparecer durante la reanimación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 430

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- 4.- Se desarrollarán unos puntos de mejora para la RCP
- 5.- Tras el análisis inicial, se realizarán reuniones con los equipos de enfermería, auxiliares y médicos para implementar los puntos de mejora acordados previamente y la formación en RCP
- 6.- Se realizarán grabaciones de las Reanimaciones, para monitorizar las mejoras implementadas y valorar nuevas actuaciones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Grabación de la asistencia en Reanimación Cardio Pulmonar en el servicio de Urgencias.

- Se valoraran mediante fichas los siguientes tiempos:
- Llegada del paciente al cuarto de Vitales y tiempo de inicio de la RCP
 - Tiempo empleado en iniciar la monitorización cardiaca
 - Tiempo empleado en la canalización de una vía venosa periférica si lo precisa
 - Tiempo empleado en la colocación de una cánula de Gueldel
 - Tiempo empleado en iniciar Ventilación no invasiva
 - Tiempo transcurrido hasta que se decide Intubación Orotraqueal (IOT)
 - Tiempo empleado en conseguir una IOT efectiva
 - Tiempos empleados en la administración de los diferentes fármacos.
 - Duración total del proceso

Se valorará el seguimiento de las Recomendaciones emitidas en la última guía de la American Heart Association (personal médico y de enfermería), y las posibles incidencias y situaciones especiales

- 2.- Tras un análisis de las grabaciones y de los puntos a estudiar, se realizarán reuniones con el personal para promover las diferentes mejoras acordadas y cursos específicos de RCP si fuese preciso.

- 3.- Se grabarán las RCP posteriores, y se volverán a evaluar los mismos puntos, para comprobar que se han mejorado los tiempos asistenciales, coordinación entre el personal involucrado y calidad de la asistencia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Realización de las grabaciones en los meses de Febrero, Marzo y Abril de 2011, hasta conseguir un mínimo de 3 y un máximo de 7 (idoneo)

- 2.- Analisis de las mismas y de los diferentes indicadores. Se acordarán los diferentes puntos a mejorar y se iniciará la realización de un protocolo de RCP para el servicio: mes de Abril-Mayo
- 3.- Reuniones con el personal y explicación de los puntos a mejorar, junto a formación específica si fuese necesario: Junio-Octubre (sería un proceso dinámico con un feedback continuo)
- 4.- Grabación de las RCP realizadas y valoración de los resultados: meses de Agosto-Noviembre.
- 5.- Valoración final y finalización del protocolo de Reanimación Cardio Pulmonar del Servicio: Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Camara de Grabacion	250 €
Total	250 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 430

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON" ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR II

2. RESPONSABLE ISABEL CALVO CEBOLLERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANTOLARIA AISA CONCEPCION. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMODINAMICA/ CARDIOLOGIA
- ESCUDERO BELTRAN MARIA TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONSULTAS
- SERRANO MARTINEZ ARACELI. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONSULTAS
- ESCOSA ROYO LUIS. MEDICO/ CARDIOLOGO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA/ HOSPITALIZACION
- ARIÑO MARTIN DOLORES. MEDICO AP. C.S SAN PABLO. EAP
- MARTIN MORENO FERNANDO. MEDICO AP. CS TORRERO-LA PAZ. EAP
- FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. MEDICO AP. C.S VALDESPARTERA. EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en mujeres, pero hay una insuficiente percepción social del problema. Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones con mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, sedentarismo y en las generaciones más jóvenes una tasa creciente de tabaquismo que no existía en la población de mujeres de edad avanzada, que son ahora las más afectadas por la ECV. Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo. El grado de desconocimiento es mayor entre las adolescentes y mujeres más jóvenes que en muchos casos desconocen o minimizan la importancia que los hábitos de vida poco saludables tendrán en su salud en la vida adulta. Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón realizamos en 2008 la Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, de medicina y enfermería: PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón. Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular. Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, pero el 49% de las que fuman son menores de 35 años, de las que no hacen deporte o lo hacen de forma esporádica el 62% son menores de 50 años y 34% menores de 35 años. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso. El factor de riesgo más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres y que su presencia se asocia cada vez más al estilo de vida.

Tras los resultados de la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones dirigidas a mejorar la educación para la salud cardiovascular de la población, agrupadas bajo el nombre "Aragonesas con Corazón", .En el desarrollo del programa hemos observado que las carencias en la información y los hábitos de vida no cardiosaludables son ya muy importantes en la edad escolar como lo demuestran diferentes encuestas dirigidas a los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (3º y 4º de ESO, bachillerato y ciclos formativos de grado medio.

En la población escolar se identifican los siguientes problemas:

- Escasa información de la población escolar de la Enfermedad Cardiovascular (ECV) en general y de su importancia como problema de salud también en la mujer. La primera causa de muerte en esta población serán las ECV y su prevención debe iniciarse a edades tempranas.
- En el curriculum escolar solo se tratan estos problemas desde el punto de vista descriptivo: "Morfología de...", "Funcionamiento del aparato cardiovascular" y son compartimentos estancos con otros aspectos del problema como "los hábitos cardiosaludables".
- En las situaciones en que se podía tratar el problema es tal la cantidad de información frente a la escasez de horas lectivas, que hacen difícilmente realizable el abordaje de temas tan específicos como la educación para la salud cardiovascular que estamos planteando de una forma eficaz.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 376

1. TÍTULO

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON" ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR II

- La información que dispone el profesorado no siempre es la más completa.
- La población escolar considera con frecuencia que las enfermedades cardiovasculares son problemas de gente mayor , menos de mujeres y muy alejados de su realidad. El tabaquismo, el alcohol, la obesidad, el sedentarismo ...no se ven como un riesgo real para su salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1.- Charlas: "El infarto también es cosa de mujeres" realizadas en poblaciones rurales y asociaciones de barrio en Zaragoza. Durante el 2010 se han realizado 8 charlas con unos 320 asistentes.
2.- Reedición del tríptico Mujer y Corazón, simplificando el texto, y mejorando el diseño para hacerlo de más fácil lectura y comprensión. Se han distribuido en el 2010 unos 2500 folletos.
3.- Elaboración de la página web www.mujierycorazon.com que en este momento incluye apartados referidos al PAMYC como grupo (¿Quiénes somos?, Objetivos, Líneas de actuación) y un decálogo de consejos de vida cardiosalubre con recomendaciones específicas de género. Se incluye también en la página un correo de contacto. Se están incluyendo en este momento otros apartados dirigidos a pacientes y población general (programa de eventos de asistencia libre) y a profesionales (guías de práctica clínica, encuesta de salud cardiovascular de las mujeres de Aragón, material que incluye videos y presentaciones para charlas, etc).
4.- Jornadas Mujer y Corazon, 14 de Mayo de 2010 con:
4.1. mesa redonda El infarto también es cosa de mujeres, cuida tu corazón
4.2: Entrega del premio Martina Bescós (primera cardiologa española)
4.3: Exposición: "Pioneras de la Educación". 4.4 Marcha ciclista: Mujer y Corazón.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información de la población escolar sobre el conocimiento de la ECV y como puede afectar a su salud , factores de riesgo y medidas de prevención.
-Mejorar la información de como los hábitos adquiridos a edades tempranas influyen en la calidad y esperanza de vida.
- Sensibilizar de la importancia de las ECV y su prevención en las mujeres.
- Fomentar los hábitos cardiosaludables, alimentación sana y ejercicio físico habitual y prevención del tabaco, alcohol, obesidad y sedentarismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades en IES y centros educativos para alumnos de 2º ciclo de la ESO y Bachillerato (15-18 años) chicas y chicos, con posible ampliación al alumnado del 1º Ciclo de la ESO.
- Pequeños talleres del corazón de acuerdo con las actividades extraescolares preparadas en el centro.
- Charlas en coordinación con los profesores de Biología-Geología y Ciencias del mundo contemporáneo (Física y Química y Biología-Geología) para ser impartidas durante el horario lectivo escolar.
- Charlas en coordinación con las APAs.
Responsables: Todos y cada uno de los componentes del grupo, previa distribución de los centros educativos entre los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Nº de charlas impartidas.
2- Nº de talleres realizados.
3- Encuestas al alumnado con preguntas sobre el tema antes y después de la actividad. Evaluación de resultados mediante porcentaje de preguntas acertadas antes y después de la actividad educativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2º trimestre de 2011:
- planificación y coordinación con los centros educativos.
- Elaboración de calendario de actividades para el curso 2011-2012.
3º trimestre de 2011:
- Elaboración de material didáctico para cada una de las actividades a desarrollar.
4º trimestre de 2011 y posteriores:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 376

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON" ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR II

- Desarrollo de las actividades programadas por centro para el Curso 2011-2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR PORTATIL	600 €
· CAÑON	400 €
· CARTELERIA	300 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

580

CURSO DE MEJORA DEL TRIAJE DE URGENCIAS OFTALMOLOGICAS

2. RESPONSABLE PILAR CALVO PEREZ

- Profesión MIR
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIL ARRIBAS LAURA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRERAS AMEZ ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRANDEZ ARENAS BLANCA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERNANDEZ LARRIPA SONIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- RUIZ MORENO OSCAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- GARCIA MARTIN ELENA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- GUERRI MONCLUS NOEMI. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de Oftalmología del Hospital Miguel Servet recibe una media de unas 45 urgencias al día; es decir, unas 1350 personas al mes y más de 16.000 al año acuden a urgencias por motivos oftalmológicos. Lamentablemente, la enfermería que se encarga del triage no dispone de formación específica en esta materia y muchas veces no dispone del conocimiento suficiente para establecer correctamente los distintos niveles de gravedad dentro de este tipo de urgencias.

Consideramos una oportunidad el poder realizar un curso de formación donde el personal de enfermería adquiera habilidad a la hora de un buen y rápido examen oftalmológico, sabiendo diferenciar la urgencia grave que requiere rápidamente del especialista o la banalidad que debe ser remitida a las urgencias comunes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejor clasificación de los distintos tipos de urgencias oftalmológicas para un mejor beneficio del paciente, lo que incluye saber diferenciar: ojo rojo complicado o no, traumatismos oculares, pérdida de visión, focalidad neurológica con síntomas visuales...
- Aprendizaje por parte de enfermería de las actuaciones más rápidas: lavado ocular

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El curso se distribuiría de la siguiente manera:

1. Historia clínica y anamnesis en el paciente oftalmológico: conocer las enfermedades sistémicas que pueden afectar a la salud visual (hipertensión, diabetes...) así como patología ocular previa en el paciente: glaucoma, ambliopía, cataratas, cirugía refractiva...
2. Medicación ocular: muchas veces si a los pacientes no se les pregunta específicamente sobre si se ponen gotas en los ojos no reconocen este tipo de tratamientos.
3. Motivo de la visita a urgencias: ¿es realmente una urgencia oftalmológica?. Muchas veces esto está claro pero hay veces que cuesta diferenciarlo. No es la primera vez que se tría a un paciente con una diplopía binocular para oftalmología y está teniendo un ictus pero nadie se ha fijado en que habla con dificultad, se le tuerce la comisura de la boca...
4. Manejo y diagnóstico diferencial del ojo rojo: un ojo rojo simple, de corta evolución, sin factores de riesgo y sin tratamientos previos por el médico de familia no necesita la exploración directa del oftalmólogo ya que el médico general debe encargarse de estas urgencias. Saber reconocer los signos y síntomas de ojo rojo grave: sospecha de uveítis, glaucoma agudo... que han de ser remitidos directamente al oftalmólogo.
5. Pérdida de visión: modo de comienzo (agudo o crónico), graduación previa, alteraciones del campo visual (periférico o central), aparición de escotomas o moscas volantes...
6. Causticación ocular: constituye una de las urgencias más importantes de oftalmología. Realizar un buen lavado ocular en el mismo triaje y la rapidez en la consulta al oftalmólogo son fundamentales en el pronóstico.
7. Traumatismo ocular: tipo de traumatismo, afectación o no de la agudeza visual, alteración de otras partes de la cabeza, nariz, órbita o estado general del

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

580

CURSO DE MEJORA DEL TRIAJE DE URGENCIAS OFTALMOLOGICAS

paciente.

8. Visión doble súbita (diplopía): ¿es mono o binocular?, reconocer que síntomas visuales son en realidad focalidad neurológica y antes de la exploración oftalmológica (sin alteraciones en la mayoría de los casos) el paciente debe ser explorado neurológicamente y permanecer estable.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Al finalizar el curso entregaremos una encuesta anónima a los participantes para evaluar si ha sido útil, si han quedado satisfechos con el aprendizaje oftalmológico recibido, aspectos a mejorar en futuros cursos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En 3 meses podríamos tener preparado todo el programa del curso y empezar a impartir el curso en algún aula de formación a todo el personal que realiza triaje. En principio el curso podría impartirse anualmente y sería repetido en diferentes días para que el máximo número de participantes pudiera venir.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

067

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EVACUACION UTERINA FARMACOLOGICA DOMICILIARIA EN ABORTOS DIAGNOSTICADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ENVID LAZARO BLANCA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- FRANCO ROYO MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- GARCIA ENGUITA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- CRUZ GUERREIRO MARIA ESTHER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS MATERNIDAD
- TOBAJAS HOMS JOSE JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE, SUPONE APROXIMADAMENTE UN 15% DE LAS GESTACIONES. EL TRATAMIENTO TRAS EL DIAGNÓSTICO, PRESUPONE LA PROGRAMACIÓN DE UN LEGRADO PARA LA EVACUACIÓN UTERINA. ESTO CONLLEVA UN MÍNIMO INGRESO Y OCUPACIÓN DE CAMA, UN TIEMPO DE QUIRÓFANO Y UNA ANESTESIA GENERAL. LA EVACUACIÓN QUIRÚRGICA UTERINA MEDIANTE CÁNULA DE ASPIRACIÓN, TIENE UNOS RIESGOS PARA LA PACIENTE, FUNDAMENTALMENTE INFECCIOSO Y LA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA MÁS FRECUENTE QUE ES LA PERFORACIÓN UTERINA.

LA POSIBILIDAD MEDIANTE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE PROSTAGLANDINAS LOCALES POR PARTE DE LA PACIENTE, DE CONSEGUIR UNA EVACUACIÓN EN SU PROPIO DOMICILIO CONLLEVARÍA UNA DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS ANESTÉSICOS Y QUIRÚRGICOS Y PERMITIRÍA UNA DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL TANTO EN CAMA DE INGRESO COMO EN LOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. EVACUACIÓN FARMACOLÓGICA DEL 80% DE LAS PACIENTES QUE ACEPTAN EL MÉTODO, POR DEBAJO DE LAS 9 SEMANAS DE GESTACIÓN.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MÉDICA Y FARMACOLÓGICA EN LAS PACIENTES EN LAS QUE SE DIAGNOSTICA UN ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE. (DR CAMPILLOS)

2. ELABORACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA SER INCLUIDA EN PROTOCOLO. (DR CAMPILLOS)

3. ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER SOMETIDO A PROCEDIMIENTO DOMICILIARIO DE EVACUACIÓN UTERINA. (DRA ENVID)

4. ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS DE CONTACTO TELEFÓNICO O DIRECTO PARA LA RESOLUCIÓN DE DUDAS QUE SE PUEDAN PLANTEAR CON EL PROCEDIMIENTO POR PARTE DE LAS PACIENTES. (DRA CRUZ)

5. CONTROL DE LAS PACIENTES TRAS TIEMPOS MÁXIMOS ESTABLECIDOS DE TRATAMIENTO, EN CONSULTA ESPECÍFICA, CREADA EN PARTE PARA ESTE FIN Y DICTAMEN SOBRE RESOLUCIÓN FARMACOLÓGICA O NECESIDAD DE EVACUACIÓN QUIRÚRGICA, CON CONSIGUIENTE PROGRAMACIÓN. (DRA FRANCO, DRA GARCÍA ENGUITA)

6. TRAMITACIÓN DE SOLICITUD A LA DIRECCIÓN MÉDICA DE CONSULTA ESPECÍFICA PARA CONTROL DE ESTAS PACIENTES HASTA EL ALTA DEFINITIVA. (DR TOBAJAS)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. PORCENTAJE DE PACIENTES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTO FARMACOLÓGICO DE EVACUACIÓN UTERINA, QUE NO REQUIEREN RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

2. PORCENTAJE DE PACIENTES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTO FARMACOLÓGICO DE EVACUACIÓN UTERINA EN LAS QUE SE HA REALIZADO INGRESO NO PROGRAMADO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMER SEMESTRE:

* EVALUACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DE PROSTAGLANDINAS CON INDICACIÓN DE USO OBSTÉTRICO

* ELABORACIÓN DE DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA INICIO DE PROYECTO.

* ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS CON PACIENTES IMPLICADAS EN EL PROYECTO.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 067

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EVACUACION UTERINA FARMACOLOGICA DOMICILIARIA EN ABORTOS DIAGNOSTICADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

* SOLICITUD Y COMPROMISO DE PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECÍFICA DOS DÍAS POR SEMANA POR PARTE DE DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.

* INSTRUCCIÓN DE TODO EL PERSONAL IMPLICADO EN ESTA ACTIVIDAD

SEGUNDO SEMESTRE:

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

EVALUACIÓN DE RESULTADOS AL FINAL DEL SEMESTRE

CONTINUACIÓN INDEFINIDA DEL PROYECTO SI LOS RESULTADOS SON LOS ESPERADOS Y LA EVALUACIÓN DE LAS PACIENTES DEL MÉTODO ES APROPIADA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· NOTEBOOK	500 €
· ARMARIO CON CERRADURA	200 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

594

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO BASADO EN SIMULACION DE CASOS CLINICOS

2. RESPONSABLE CARMEN CAMPOS CALLEJA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ BARRENA VIRGINIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
- SANCHO GRACIA ELENA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
- GARCIA DIAZ MARIA ANGELES. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
- VILLANUA PERIZ NATIVIDAD. AUXILIAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
- LATORRE IZQUIERDO ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
- ROMERO SALAS YOLANDA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
- PEREZ DELGADO RAQUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las Unidades y Servicios de Urgencias han sufrido una transformación en los últimos años pasando a considerarse de principalmente asistenciales, a áreas de formación continuada donde los profesionales adquieren competencias en la atención al paciente pediátrico. Para ser capaz de proporcionar una atención inicial al paciente pediátrico de forma integral con un material adecuado, un personal entrenado y unas infraestructuras coordinadas es necesaria la existencia de un programa de entrenamiento normalizado.

Ello implica manejar todo tipo de situaciones críticas tanto médicas (PCR, status asmático, convulsión, shock...) como traumatológicas (paciente politraumatizado, quemaduras...) y todo tipo de patología no crítica pero aguda.

De esta manera es nuestra responsabilidad facilitar la adquisición de una serie de conocimientos y habilidades a todos los profesionales que desarrollan su trabajo en urgencias de pediatría, respondiendo así a la necesidad de formación continuada y de actualización dado el alto grado de especialización que se requiere en esta unidad.

El entrenamiento, mediante la simulación es cada vez más utilizado en la formación sanitaria como complemento de los métodos tradicionales de la docencia médica. Se considera eficaz y mejora la seguridad del paciente durante el proceso de formación clínica. Como factores limitantes de la simulación para el entrenamiento clínico destacan su alto coste y los recursos humanos necesarios.

Los modelos basados en casos prácticos han demostrado ser una herramienta de utilidad en el análisis y valoración del trabajo de equipo, del ejercicio de liderazgo, de la comunicación entre los miembros y, en general, del desarrollo de habilidades técnicas.

El objetivo principal es desarrollar un programa específico que permita entrenarnos en la asistencia inicial en urgencias de pediatría a situaciones clínicas que bien por su poca frecuencia o gravedad no son habituales en nuestra ejercicio profesional.

Su implantación nos permitirá evaluar la aplicación de protocolos de actuación, manejo de tratamientos, y fomentará el trabajo en equipo y el uso racional de recursos en la asistencia urgente del paciente crítico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el entrenamiento de los profesionales, minimizando errores, para dispensar los mejores cuidados al paciente en urgencias de pediatría.

-Mejorar la seguridad del paciente, evitando daños que puedan derivarse de la atención inicial a un paciente crítico por falta de entrenamiento.

-Conseguir superar la valoración del trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los miembros del mismo.

-Desarrollar habilidades técnicas.

-Detectar necesidades formativas en los profesionales.

-Proporcionar una atención de calidad mediante la continuidad del programa formativo a todos los profesionales que trabajan en la unidad (celadores,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

594

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO BASADO EN SIMULACION DE CASOS CLINICOS

auxiliares, enfermería, residentes y facultativos).

-Fomentar el uso racional de los recursos y reducir la variabilidad aplicando protocolos consensuados de actuación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Creación de Grupo de Trabajo (de los profesionales de la Unidad de Urg), con distribución de labores.
-Elaborar escenarios que requieran de una respuesta coordinada de los diferentes profesionales.
-Elaborar Hoja de Registro de aspectos clínicos, cronograma, incidencias y evaluación global.
-Definir el programa de las situaciones prácticas a priorizar (3-4 en un año).
-Establecer rotaciones de profesionales para realizar el programa.
-Aplicación en los casos clínicos (escenarios) de protocolos de actuación junto con el manejo de tratamientos específico. (Apoyo con muñeco).
-Establecer evaluación trimestral de la implantación.
-Diseño del modelo de encuesta de opinión.
-Reunión del grupo de mejora para evaluar y monitorizar los resultados.
-Sesión Clínica informativa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

- nº profesionales de la Unidad que han realizado entrenamiento
- nº de simulacros al año

Análisis de Hojas de Registro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-Mayo 2011

- Creación de Grupo de Trabajo
- Elaborar escenarios
- Diseño de Hoja de Registro
- Definir el programa de las situaciones prácticas a priorizar
- Establecer rotaciones de profesionales para realizar el programa

Mayo-Diciembre 2011

- Aplicación en los casos clínicos (escenarios)
- Evaluación trimestral de la implantación
- Diseño del modelo de encuesta de opinión
- Reuniones periódicas del grupo de mejora para evaluar y monitorizar los resultados
- Sesión Clínica informativa

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

233

UTILIZACION DE UN ANDADOR MODIFICADO PARA TRANSPORTAR BOTELLA PORTATIL DE OXIGENO PARA MOVILIZACION PRECOZ DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE PULMON

2. RESPONSABLE ALBA CARDIL REDONDO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA IBAÑEZ OLGA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA TORACICA
- LAGAR CAPILLA NURIA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CIRUGIA TORACICA
- GOMEZ DEL PULGAR ESCUDERO MARIA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA TORACICA
- ROYO CRESPO IÑIGO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA TORACICA
- MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA TORACICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A todos los pacientes intervenidos de cáncer de pulmón, se les practica una resección de parénquima pulmonar que implica una disminución de la capacidad pulmonar. Hay que tener en cuenta que la mayoría de estos pacientes previamente tienen una bronquitis obstructiva crónica por lo que ya por dicho motivo acuden a la cirugía con un menoscabo de esta capacidad pulmonar. es por todo ello que estos pacientes en el postoperatorio inmediato en nuestra sala de hospitalización precisan de un aporte de oxígeno complementario, lo que obliga al paciente a mantenerse encamado, o en el mejor de los casos, sentado cerca de la fuente de oxígeno de la pared. Por otro lado estos pacientes precisan de un aclaramiento bronquial de las mucosidades responsable de las dos complicaciones más frecuentes de esta cirugía, la atelectasia y la neumonía, para evitarlo se precisa una colaboración del paciente con una tos efectiva y para ello el mejor estímulo es la movilización del paciente. Es por ello que con un simple artilugio como es un andador modificado para transportar una botella portatil de oxígeno de las utilizadas habitualmente para trasladar el enfermo en su cama a otras unidades (RX...) con un sistema de gafas nasales, podemos conseguir una movilización precoz del paciente sin que le falte este aporte de oxígeno complementario

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Movilización precoz del paciente.
- 2.- Disminución de las complicaciones descritas
- 3.- Involucrar a la familia en los cuidados de salud del paciente al acompañarlos en esta taréa
- 4.- Disminución de estancia hospitalaria
- 5.- Aumento de la percepción de calidad ante el dinamismo de los cuidados de salud.
- 6.- Refuerzo del efecto psicológico al evitar al paciente un enciaustramiento prolongado en su habitación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A- Compra de 2 andadores con cesto.

- B- Soporte ya existente para colgar la botella portatil de oxígeno ya existente.
- C- Instrucciones verbales al paciente y familiar para el manejo de las válvulas de la botella e impedir un uso inadecuado de la misma.
- D- Control del tiempo de utilización de forma muestral para determinar los índices de ocupación semanal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Es difícil valorar la repercusión de mejora clínica del paciente por lo que nos limitaremos a cuantificar la utilización efectiva de cada uno de los dos artilugios y la percepción de calidad obtenida en el paciente y su familia.

Indicador 1.
durante una semana cada 12 semanas se cuantificará el tiempo diario efectivo de utilización.

Indicador 2.

Encuesta con tres cuestiones para medir la percepción de calidad durante el mismo periodo anterior en todos los pacientes que lo utilizan

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 233

UTILIZACION DE UN ANDADOR MODIFICADO PARA TRANSPORTAR BOTELLA PORTATIL DE OXIGENO PARA MOVILIZACION PRECOZ DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE PULMON

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De la medición de indicadores 12 meses.
Si se demuestra la utilidad utilización indefinida

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ANDADOR CON CESTA	120 €
Total	120 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

215

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE ADMISION

2. RESPONSABLE SONIA CARRERAS GRACIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ADMISION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS. JEFE DE GRUPO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ADMISION
- SANZ BASELGA ANA MARIA. JEFE DE SECCION. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ADMISION
- PUEYO NERIN MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ADMISION
- MORENO VERNIS MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVO
- SUBIAS FERRER MERCEDES. LICENCIADA EN DERECHO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE APOYO JURIDICO
- GALLEGO BENEDICTO CARMEN. JEFE DE EQUIPO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ADMISION
- BLECUA LIS MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras el estudio de la situación de la Confidencialidad en el Servicio de Admisión y la elaboración y aprobación de un protocolo de confidencialidad a aplicar en este servicio, se pretende implantar dicho protocolo en la Unidad de Admisión del Servicio, así como de elaborar una metodología para informar al paciente de sus derechos y de cómo hacer uso de los mismos, y concienciando al personal de Admisión para que actúe en consecuencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El año pasado se elaboró y aprobó el procedimiento que se quiere implantar este año, y se incluyó en la documentación ISO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se difundirá y aplicará el protocolo elaborado durante 2010, además de elaborar una hoja informativa que se entregará a todos los pacientes que accedan al sistema sanitario desde los dos accesos más habituales: Citaciones para las actividades programadas, y Urgencias para las no programadas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actividad: Difusión y aplicación del protocolo de confidencialidad elaborado en 2010. Método: Reuniones de trabajo:
Responsables: Sonia Carreras, Ana Sanz
- Actividad: Elaboración de hoja informativa para los pacientes. Método: Reuniones de trabajo. Responsables: Sonia Carreras, Miguel Moreno, Mercedes Subías
- Actividad: Implantación de la hoja informativa. Método: Difusión de la misma a los servicios implicados y entrega a los pacientes. Responsables: Juan Carlos Abad, Carmen Gallego?
- Actividad: Recogida de resultados. Método: Monitorización de la cantidad de pacientes a la que se ha entregado la hora. Responsables: : Juan Carlos Abad, Carmen Gallego

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Actas de las reuniones

- Hoja informativa elaborada y aprobada
- Medición de pacientes que la han recibido respecto al total de pacientes que acceden al sistema sanitario por las vías seleccionadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo/Abril: Primera reunión. Elaboración texto de la hoja informativa

- Mayo/Junio: Aprobación del texto y difusión
- Agosto/Octubre: Implantación del texto y entrega a todos los pacientes
- Noviembre/Diciembre: Recogida de resultados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

667

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA DE ANESTESIA

2. RESPONSABLE CONCEPCION CASSINELLO OGEA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ
- ARAUZO PEREZ PEDRO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ
- HERRANZ ANDRES PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ
- ARROYO RUBIO DAVID. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ
- GOMEZ GOMEZ ROBERTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ
- GOMEZ MUÑOZ CONSUELO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ
- GARCIA ENGUITA MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION HRTQ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La consulta de anestesia forma parte de la preparación y la evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico programado. Es un elemento esencial de la seguridad anestésica, ya que los datos obtenidos y la información administrada permiten establecer los cuidados perioperatorios más adecuados para cada paciente.

la polifarmacia es particularmente relevante en los pacientes ancianos, trabajos recientes han revelado que más del 90% de las personas mayores de 65 años utilizan al menos un fármaco, el 40% toman 5 o más fármacos y del 12 al 19% utilizan más de 10 fármacos. Particularmente, hasta el 60% de los ancianos que van a someterse a una intervención quirúrgica están antiagregados o anticoagulados; y un manejo erróneo de estos fármacos puede aumentar el sangrado quirúrgico o los eventos isquémicos cardíacos o cerebrales.

Los componentes del grupo de mejora de la calidad de la Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital de Traumatología venimos comprobando, tanto en la sala de acogida del bloque quirúrgico como en conversaciones con diferentes cirujanos, la dificultad que tienen los pacientes para cumplimentar las órdenes preoperatorias que se les dan verbalmente en la consulta de anestesia con respecto a la toma de medicamentos antiagregantes y anticoagulante, y también con la toma de fármacos de acción cardiovascular y antidiabéticos.

La continua evolución de la información sobre las interacciones farmacológicas con los fármacos empleados durante la anestesia y la confusión de los pacientes ante órdenes generalmente discrepantes realizadas por anesthesiólogos, médicos de atención primaria u otros médicos especialistas sobre la conveniencia de continuar o no ciertos tratamientos antes de someterse a una anestesia, hace que en muchos casos los pacientes acudan mal preparados el día de la intervención, con el consiguiente riesgo de sufrir algún suceso adverso durante el ingreso perioperatorio.

Con la entrega de información escrita sobre la actitud que deben tener los pacientes que toman medicación antiagregante/anticoagulante, cardiovascular o antidiabéticos hasta el día de la cirugía, vamos a conseguir mejorar la continuidad de la asistencia recibida y la seguridad de los pacientes disminuyendo la incidencia de eventos adversos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Mejorar el pronóstico de los pacientes al año de la cirugía

2- Mejorar la relación médico-paciente

3- Disminuir la incidencia de eventos adversos secundarios al error en la toma de medicación en el preoperatorio

4- Mejorar la continuidad asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de la información para pacientes que toman antiagregantes/anticoagulantes. Dra. Cassinello

Elaboración de la información para pacientes que toman medicación antihipertensiva. Dr. Gómez

Elaboración de la información para pacientes que toman antidiabéticos. Dra Herranz

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

667

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA DE ANESTESIA

Actualización de la información en la web del Servicio de Anestesia y Reanimación. Dr. Arauzo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes que cumplen el protocolo de manejo de antiagregantes/anticoagulantes en pacientes programados para cirugía ortopédica. Dra. Cassinello. Los datos se obtienen de la revisión de la historia clínica
Encuesta de satisfacción de los pacientes en la consulta de anestesia. Encuesta semestral (junio y diciembre) donde se les preguntará sobre satisfacción con la atención recibida. Dr. Ortega

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. abril 2011. Elaboración de la información escrita que se entregará a los pacientes en la consulta de anestesia junio y diciembre 2011. Encuesta de satisfacción diciembre 2011. evaluación indicador "cumplimentación protocolo de manejo de fármacos antiagregantes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· mantenimiento página web	600 €
· ordenador para consulta	600 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

019

ENTRENAMIENTO DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA OBSTETRICA BASADO EN LA SIMULACION: PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS

2. RESPONSABLE SERGIO CASTAN MATEO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- MARTINEZ SUÑER SILVIA. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- ADIEGO CALVO IGNACIO. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- GONZALEZ BALLANO ISABEL. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- RUIZ CAMPO LEYRE. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La práctica médica contemporánea requiere una correcta y fluida comunicación que le otorgue efectividad y eficiencia. Las actuaciones profesionales individuales deben ceder su protagonismo al trabajo en equipo multiprofesional y multidisciplinar para prevenir efectos adversos en el paciente siendo gran parte de ellos evitables o prevenibles. La Obstetricia presta atención sanitaria al binomio madre-feto con sus patologías comunes a otras parcelas asistenciales y con otras específicas de su entorno. Los avances en el control gestacional han fomentado la opinión pública acerca de la salud y el buen resultado de madre e hijo erigiéndose en derechos inalienables. La seguridad del paciente se considera prioritaria en la asistencia sanitaria y el trabajo en equipo se constituye en la herramienta preventiva para disminuir los errores que puedan generar daños. Minimizar los efectos adversos en la práctica obstétrica requieren de un aprendizaje donde el ensayo/error no tiene cabida en los sistemas de formación adquiriendo la simulación (escenarios virtuales y maniqués obstétricos) un papel predominante para identificar errores clínicos, reducir riesgos y mejorar resultados.

La mejora de la seguridad de los pacientes a través de herramientas (entrenamiento y simulación) obtendrá un rendimiento en la reducción de efectos adversos durante la atención recibida. En EE.UU acaecen 98.000 muertes/año derivadas de cuidados subestándares. El entrenamiento en Obstetricia requiere toma inmediata de decisiones ante situaciones de emergencia (distress fetal, distocia de hombros, parto de nalgas, parto gemelar, parto instrumental, hemorragia postparto, trastornos hipertensivos, reanimación materna y neonatal) a través de equipos multidisciplinarios. Dicho entrenamiento mediante simuladores y programas teóricos de formación conseguirán una rentabilidad coste-efectiva reduciendo el riesgo de efectos adversos desde un 15% al 5%. Dentro de las muertes perinatales un 30% han sufrido cuidados por debajo de lo requerido y debemos recordar que acarrearán el 50% de litigios judiciales.

El entrenamiento reduce un 50% los pobres resultados perinatales. Actualmente el uso de la simulación en Medicina y específicamente en Obstetricia proviene de la industria de la aviación y forma parte de los programas de entrenamiento sanitario. Refiere como ventajas la de reducir la falta de comunicación profesional, plantea escenarios prácticos para protocolizar actuaciones clínicas, implementa el concepto de seguridad en el servicio, mejora resultados perinatales y reduce los errores en situaciones agudas. Como inconvenientes presenta el que los costes de la simulación son elevados, disponibilidad de entrenadores y necesidad de buenos programas educativos.

En resumen, la práctica obstétrica ante situaciones de emergencia requiere toma de decisiones inmediata y puede acarrear efectos adversos a la madre y RN que conllevan posibilidad de daños y litigios judiciales. El plantear programas de entrenamiento basado en la reproducción de escenarios virtuales clínicos ayudados de la simulación mediante maniqués obstétricos junto con un contenido teórico supone la apuesta moderna dentro de los sistemas de formación continuada de los servicios clínicos asistenciales donde no se puede ni debe practicar con la paciente (no ensayo/error).

Bibliografía:

- Evaluation of force applied during deliveries complicated by shoulder dystocia using simulation. Am J Obstet Gynecol 2011 March; 204 (3): 234 e1-5
- A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. Am J Obstet Gynecol 2011 March; 204 (3): 216 e1-6
- Effect of a comprehensive obstetric patient safety program on compensation payments and sentinel events. Am J Obstet Gynecol 2011 Feb; 204 (2): 97-105
- A systematic review of the effectiveness of training in emergency obstetric care in low-resource environments. BJOG 2010 Nov; 117 (7): 777-87
- Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies. A systematic review. Obstet Gynecol 2010 May; 115 (5): 1021-31

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 019

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA OBSTETRICA BASADO EN LA SIMULACION: PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS

- Reducing errors in healthcare: cost-effectiveness of multidisciplinary team training in obstetric emergencies (TOSTI study); a randomised controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth 2010 Oct 8; 10:59
- Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Fundación Mapfre. 2008
- Team training program reduces medical error. ACOG TODAY. August 2006.
- Efectos adversos relacionados con la asistencia en ginecología y obstetricia: una revisión crítica. Rev Cal Asist 2005; 20 (2): 90-9

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal radica en la adquisición de maestría y formación ante situaciones obstétricas de riesgo mediante un trabajo en equipo y multidisciplinar. La rentabilidad a través de eficacia y eficiencia asistencial la otorga una reducción de efectos adversos derivados de la asistencia clínica urgente, protocolización de actuaciones y descenso en los litigios judiciales. El entrenamiento no puede realizarse en la propia paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método a aplicar consiste en la elaboración de un programa de formación y entrenamiento ante situaciones de emergencia obstétrica basado en la simulación.

Se establecen equipos multiprofesionales integrados por 6-8 personas: obstetra, médico residente, matronas de plantilla, residentes de matrona, neonatólogo y anestesista y enfermería).

Se plantean 8 escenarios de emergencia (1.-distress fetal y análisis de registros de FCF, 2.- distocia de hombros, 3.- hemorragia postparto, 4.- trastornos hipertensivos y eclampsia, 5.- parto gemelar, 6.- parto de nalgas, 7.- reanimación materna y fetal, 8.- parto instrumental) utilizando material multimedia y simuladores obstétricos (maniqués).

Se realizan presentaciones de casos simulados durante 10-15 minutos y posteriormente se practica la situación clínica en el simulador (30 minutos). Los casos serán presentados y elaborados por los componentes de la Unidad de Partitorios y que forman parte de este proyecto de mejora asistencial.

La metodología de aprendizaje se basa en:

- formación teórica (guías, protocolos, manuales)
- simulación
- combinación de ambos

Se practican cuestionarios de evaluación que permitan objetivar la rentabilidad de la formación ante estas situaciones obstétricas.

La formación la integran todos los miembros del servicio que realizan actividad obstétrica y que pertenecen a los colectivos profesionales mencionados en los equipos. La parcela teórica se realiza primero y a continuación la parte práctica en los simuladores.

El objetivo principal radica en la adquisición de maestría y formación ante situaciones obstétricas de riesgo mediante un trabajo en equipo y multidisciplinar. La rentabilidad a través de eficacia y eficiencia asistencial la otorga una reducción de efectos adversos derivados de la asistencia clínica urgente, protocolización de actuaciones y descenso en los litigios judiciales. El entrenamiento no puede realizarse en la propia paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La obtención de datos para elaborar los indicadores se realizará a través de los informes de alta obstétrica, informes de alta neonatal y libro de partos.

Los indicadores que se plantean manejar para medir la efectividad del entrenamiento son:

- reducción del 30% de la puntuación de Ápgar < a 7 a los 5 minutos en el RN
- reducción de un 30% de encefalopatía hipóxico isquémica con pH < 7 en sangre de cordón umbilical de RN
- reducción de un 50% las lesiones de plexo braquial en la distocia de hombros
- 90% de cuestionario teórico respondido de manera correcta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La elaboración del programa de entrenamiento plantea las siguientes fases:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 019

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA OBSTETRICA BASADO EN LA SIMULACION: PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS

- Elaboración de cuestiones teórico-prácticas de cada escenario
- Planteamiento práctico en el simulador (maniobras y actuaciones)
- Cuestionario con 80 preguntas (10 de cada escenario) con necesidad de responder acertadamente al 90% para poder dar por útil la realización del programa

Cronograma:

- Mayo 2011: elaboración del programa de entrenamiento
- Junio 2011: planteamiento de maniobras en simulador. Aula de simulación
- Septiembre 2011: disponibilidad de simuladores suficientes (al menos 2) y establecimiento de equipos multiprofesionales
- Octubre - Diciembre 2011: calendario de actuaciones: programas y cuestionarios

Los equipos estarán integrados por los miembros (diferentes categorías profesionales) del servicio de Obstetricia y relacionados (neonatología y anestesia) del Hospital Maternal Universitario Miguel Servet. Estos programas de formación pueden extrapolarse a servicios de Obstetricia de otros hospitales de la comunidad de Aragón.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Simulador Obstétrico (maniqu	1.350 €
· Material Multimedia	650 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

554 UNIFICAR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 496

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO ASISTENCIAL COLELITIASIS COMPLICADA Y COLECISTECTOMIA PRECOZ

2. RESPONSABLE MARIA DEL PILAR CEBOLLERO BENITO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DIGESTIVO
- ESARTE MUNIAIN JESUS MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION
- SANTANA LOPEZ GONZALO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
- GONZALEZ SANZ GUILLERMO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento más adecuado para la patología aguda biliopancreática es la colecistectomía laparoscópica precoz. Actualmente en nuestro centro, en el 80% de los casos se realiza tratamiento médico y colecistectomía tras varios meses de espera, lo que supone un mayor número de ingresos por la misma patología, mayor gasto sanitario y un incremento en la morbilidad del proceso. Necesitamos cambios radicales en la organización de nuestra actividad asistencial para lograr dar el tratamiento más adecuado y mejorar la satisfacción de nuestros pacientes. Todo ello requiere una buena coordinación entre las distintas especialidades que tratan la patología biliopancreática urgente, por ello se ha decidido confeccionar un proceso asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir el número de ingresos hospitalarios por la misma patología

- Disminuir la estancia hospitalaria
- Disminuir el número de pruebas complementarias
- Disminuir el gasto farmacéutico y sanitario
- Disminuir la morbimortalidad de estos pacientes
- Aumentar la satisfacción de los pacientes
- Adaptar patrones de excelencia en la aplicación de técnicas radiológicas y quirúrgicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración del proceso asistencial - Servicios de Cirugía General, Urgencias, Radiodiagnóstico, Digestivo, Anestesia y Medicina Preventiva

- Puesta en marcha del proceso asistencial - Todos los Servicios implicados junto con el personal de enfermería
- Monitorización y análisis de los indicadores - Cada Servicio sus indicadores específicos junto con el responsable del proceso
- Realizar los cambio oportunos para mejorar el proceso asistencial - los Servicios implicados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Proporción de pacientes incluidos en el Proceso sobre el total de pacientes con código al alta de patología biliopancreática aguda - (Archivos y Documentación) - Anual

2- Mortalidad - éxitos en pacientes del proceso (Base de datos) - Anual

3- Estancia media - N° de días desde ingreso hasta el alta / N° de días total del proceso - (Admisión y Documentación) - Anual

4- Calidad percibida - N° de reclamaciones asociadas al Proceso - (Atención al usuario) - Semestral

5- Tiempo medio desde ingreso hasta intervención quirúrgica - N° días desde ingreso hasta IQ / N° días total proceso - (Archivos y Documentación) - Anual

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 496

PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO ASISTENCIAL COLELITIASIS COMPLICADA Y COLECISTECTOMIA PRECOZ

6- Indicadores específicos de cada Servicio

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril y mayo 2011 - Elaboración Proceso asistencial
- Junio 2011 - Puesta en marcha del Proceso asistencial
- Diciembre 2011 - Monitorización y análisis de indicadores. Análisis encuesta satisfacción.
- Enero 2012 - Puesta en marcha de actividades correctoras
- Abril 2012 - Análisis de resultados sobre actividades correctoras y nuevo análisis de indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ASISTENCIA A CONGRESOS Y CURSOS FORMACION	4.000 €
Total	4.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DE LA DETERMINACION DE AMINOACIDOS Y ACILCARNITINAS POR ESPECTROMETRIA DE MASAS, PERTENECIENTE AL PROGRAMA AUTONOMICO DE CRIBADO NEONATAL EN EL S. DE BIOQUIMICA CLINICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA. QUIMICO. HOSPITAL UNIVERITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- SALAZAR GARCIA-BLANCO ISABEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- GUALLAR SERRANO PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- MARTIN ARTAL ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- OLIVEROS GONZALVO CONCEPCION. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- PELLICENA TABERNEIRO ISABEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- GARCIA DE JALON COMET ANGEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos, Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia está dirigida a la acreditación de los laboratorios clínicos y contempla tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, e incluye la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales.

El Servicio de Bioquímica Clínica dentro del proyecto de acreditación de laboratorios clínicos promovido por el SALUD ha logrado la acreditación concedida por ENAC en los alcances de Bioquímica general, Inmunoquímica, Metales y Proteínas. En el año 2011 se ha seleccionado para la ampliación de la acreditación el área de Cribado neonatal, en concreto la determinación de aminoácidos y acilcarnitinas por Espectrometría de masas.

El cribado neonatal consiste es la detección precoz, antes de que aparezcan los síntomas clínicos, de errores congénitos del metabolismo, para poder instaurar a tiempo las medidas oportunas que permitan un correcto desarrollo del recién nacido y en muchos casos evitar desenlaces fatales, incluso la muerte.

El programa de cribado neonatal se implanta en el Hospital Universitario Miguel Servet en el año 1973 y atendía las áreas del Sector II de Zaragoza, Huesca, Barbastro, Jaca, Teruel y Alcañiz. En un principio el programa de cribado neonatal estaba dirigido a la detección precoz de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito con la cuantificación en sangre recogida en papel de filtro de Fenilalanina y TSH respectivamente. Este programa de cribado neonatal se amplía en el año 2003 con la determinación de los niveles de 17-hidroxiprogesterona para la detección en el periodo neonatal de Hiperplasia Suprarrenal Congénita y en el año 2008 con el análisis de Tripsina Inmunoreactiva, marcador de Fibrosis Quística.

La introducción de la tecnología de la espectrometría de masas en los programas de cribado neonatal ha revolucionado este área ya que ofrece una plataforma selectiva, sensible y de alto rendimiento para el análisis cuantitativo de biomarcadores de forma simultánea, de manera que numerosos errores congénitos del metabolismo se pueden detectar en una misma muestra de un recién nacido.

El Servicio de Bioquímica adquirió un espectrómetro de masas para la ampliación del Programa del Cribado neonatal en el año 2009 y desde septiembre del mismo año se añadieron al panel de enfermedades diagnosticadas en los recién nacidos los siguientes errores congénitos del metabolismo: Hiperfenilalaninemia, Tirosinemia tipo I, Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, Deficiencia de acil-Coa deshidrogenasa de cadena corta, Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media, Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media, Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga, Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga, Deficiencia de carnitina palmitoil transferasa I, Deficiencia de carnitina palmitoil transferasa II, acidemia glutárica tipo I, Acidemia isovalérica, acidemia propiónica, Acidemia metilmalónica.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

374

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DE LA DETERMINACION DE AMINOACIDOS Y ACILCARNITINAS POR ESPECTROMETRIA DE MASAS, PERTENECIENTE AL PROGRAMA AUTONOMICO DE CRIBADO NEONATAL EN EL S. DE BIOQUIMICA CLINICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

En un principio se cubriría la población de las mismas áreas de las que se venía encargando el Servicio de Bioquímica Clínica en su programa de cribado neonatal, pero desde febrero de 2011 se amplía su campo de aplicación a toda la Comunidad de Aragón y La Rioja. Esto supone una media de 1400 muestras mensuales.

Desde marzo de 2011 se ha implementado un programa informático en la comunidad de Aragón para facilitar la gestión pre y post analítica del cribado neonatal.

Las oportunidades de mejora que queremos implantar con el sistema de gestión de la calidad serían:

1. Aspectos técnicos: Asegurar la competencia técnica en la determinación de aminoácidos y acilcarnitinas por Espectrometría de masas.
2. Aspectos de gestión:
 - El gran número de muestras diarias requiere un exhaustivo control de todo el proceso analítico. Para ello es fundamental establecer una sistemática de trabajo bien definida que asegure trazabilidad a todo el proceso.
 - Al tratarse de una detección precoz el análisis no puede demorarse mucho en el tiempo ya que perdería su finalidad, por lo tanto es imprescindible ajustar y controlar perfectamente los tiempos de llegada de muestras al laboratorio desde los distintos centros de extracción y el tiempo de respuesta de los resultados.
 - Establecer unos vías de comunicación directa e inmediata con el clínico para informar de resultados patológicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto será conseguir la acreditación ENAC para la determinación de aminoácidos y acilcarnitinas por Espectrometría de Masas dentro del Programa de Cribado neonatal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de los procedimientos técnicos de análisis que cubran todas las fases del proceso
2. Implantar una sistemática de gestión de la calidad que asegure la trazabilidad de todo el proceso para ello se diseñarán todos los registros de calidad necesarios
3. Formación del personal de la sección en aspectos técnicos y de gestión de la calidad
4. Control de la recepción y estado de las muestras
5. Establecer una periodicidad de controles externos de aminoácidos y acilcarnitinas
6. Elaboración de estadísticas mensuales de tiempos de respuestas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Fase pre-analítica

1. Indicador: Tiempo en días desde la extracción por cada centro a la recepción en el laboratorio
Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores a 3 días
Estándar: Inferior a 3 días
Evaluación: Mensual
2. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro incorrectamente impregnados
Criterio: La impregnación de los papeles de filtro con la muestra de sangre ha de ser completa y uniforme para su análisis
Estándar: Inferior al 10%
Evaluación: Mensual

Fase analítica

3. Indicador: Porcentaje de resultados aceptables de las actividades de control externo
Criterio: Las actividades de control externo de las técnicas han de presentar resultados aceptables
Estándar: Superior al 80%
Evaluación: Anual

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 374

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DE LA DETERMINACION DE AMINOACIDOS Y ACILCARNITINAS POR ESPECTROMETRIA DE MASAS, PERTENECIENTE AL PROGRAMA AUTONOMICO DE CRIBADO NEONATAL EN EL S. DE BIOQUIMICA CLINICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

4. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos
Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha presentar incidencias en todo el proceso
Estándar: Inferior al 5%
Evaluación: Mensual

Fase post-analítica

5. Indicador: Tiempos de respuesta de los resultados del cribado neonatal
Criterio: Para asegurar una detección precoz han de cumplirse los tiempos de respuesta pactados
Estándar: Media tiempo de respuesta mensual = tiempo pactado
Evaluación: Mensual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Abril 2011
Abril 2011: Elaboración de procedimientos y registros. Implantación de la sistemática
Mayo 2011: Formación del personal en aspectos de gestión y técnicos de la norma 15189
Junio 2011: Auditoría interna
Junio-Julio 2011: Plan de acciones correctivas derivadas de la auditoría interna
Diciembre 2011: Auditoría externa ENAC
Enero - Marzo 2012: Evaluación de resultados de la auditoría externay plan de acciones correctivas

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· DISCO DURO EXTERNO	100 €
· ARCHIVADOR VERTICAL METÁLICO	300 €
· DISPENSADOR AUTOMÁTICO DE PLACAS	300 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

591

INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DURANTE EL CATETERISMO CARDIACO Y LOS CUIDADOS POSTERIORES EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE LORENA CHUECA TORAL

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. HEMODINAMICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCLEMENTE GIMENEZ SUSANA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". HEMODINAMICA
- ESTEBAN LORENTE DELIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". HEMODINAMICA
- ALEJANDRE ALONSO CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". HEMODINAMICA
- SANCHEZ-RUBIO LEZCANO JUAN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". HEMODINAMICA
- LAZARO MARTINEZ JUAN JOSE. INGENIERO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". INFORMATICA
- BALLARIN DOLORES. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". HEMODINAMICA
- MORANCHO LEONOR. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". HEMODINAMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Hemodinámica del Hospital Universitario Miguel Servet puso en marcha en 2008 un proyecto de mejora de la calidad (Elaboración e implantación de un Protocolo de enfermería para la recepción y acogida del paciente en la Unidad de Hemodinámica) que incluía la elaboración de una Hoja de Registros de Enfermería. En esta hoja se recoge la información del paciente relativa al cateterismo y los cuidados realizados durante su estancia en la Unidad.

Además, la Unidad dispone de Hojas de Cuidados post cateterismo, dependiendo del tipo de intervención realizada.

Durante el año 2010, con la colaboración de la empresa PARIVER S.A., se implantó en la Unidad una nueva herramienta informática: ARTEMISA.

Este programa es una base de datos creada "ad hoc" para la gestión de los procedimientos realizados y la elaboración de informes clínicos.

Nuestro equipo de mejora, tras la puesta en marcha de ARTEMISA, ha detectado la necesidad de unificar la Hoja de Registros de Enfermería junto con la de cuidados post cateterismo, e incorporarla a dicha base de datos, con el objetivo de incluir los registros enfermeros dentro del informe clínico final. Se pretende así, la continuidad de cuidados tras el traslado del paciente a otras unidades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con la elaboración e implantación de la Hoja de Registros de Enfermería incluida en el Proyecto de Calidad del 2008 hemos conseguido:

- Mayor rapidez en el acceso a las informaciones sobre el paciente.
- Documentar la asistencia que proporciona la enfermería.
- Mejorar la comunicación entre equipos de cara al traslado del paciente a otras unidades.
- Disminución de los riesgos derivados de la prueba, garantizando la protección física de los pacientes más vulnerables.
- Óptima preparación del paciente antes de entrar en la sala de Hemodinámica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de toda la información del paciente referente al cateterismo cardiaco en la misma base de datos, garantizando la documentación de las intervenciones enfermeras realizadas así como los cuidados necesarios tras el procedimiento de cara al traslado del paciente a otras unidades. Con esto se pretende conseguir:

- Garantizar que todas las intervenciones enfermeras realizadas quedan reflejadas en la base de datos.
- Mayor coordinación entre profesionales implicados en la atención del paciente, mediante un único documento escrito que proporcione toda la información relativa al procedimiento.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

591

INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DURANTE EL CATETERISMO CARDIACO Y LOS CUIDADOS POSTERIORES EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

-Asegurar la continuidad de cuidados y una mejor atención con mejores resultados.
-Optimización de la información clínica del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- 1.Informatización de los Registros de Enfermería e integración en el programa ARTEMISA.
Responsables: Juan Sanchez Rubio, Lorena Chueca y Delia Esteban.
- 2.Informatización de los Cuidados post cateterismo e integración en el programa ARTEMISA.
Responsables: Juan Sanchez Rubio, Susana Sanclemente y Carmen Alejandre.
- 3.Información al equipo de Hemodinámica sobre el uso del nuevo registro informático.
Responsables: Juan José Lázaro y Lorena Chueca.
- 4.Implantación de las nuevas aplicaciones del programa ARTEMISA en la actividad diaria de la Unidad de Hemodinámica.
Responsables: todos los integrantes del equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

- 1.Incorporación de las intervenciones y cuidados de enfermería en el programa ARTEMISA.
- 2.Porcentaje de registros realizados y documentos generados.
- 3.Grado de cumplimentación de los registros enfermeros: porcentaje de registros debidamente cumplimentados. Se considerará que un registro está debidamente cumplimentado cuando estén registrados los apartados que consideramos básicos: constantes vitales, medicación administrada, vía de acceso y tipo de sellado si procede.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio:1 de Abril del 2011

Fecha de finalización: 1 de Abril del 2012

Cronograma:

Abril 2011- Septiembre 2011:

Unificación de la Hoja de Registros de Enfermería y la Hoja de cuidados post cateterismo, y elaboración del borrador para la integración posterior en el programa ARTEMISA.

Septiembre 2011- Enero 2012:

Presentación del borrador a la empresa PARIVER S.A. (responsable del programa ARTEMISA) .
Integración del nuevo Registro en el programa ARTEMISA.

Enero 2012:

Presentación de la actualización de ARTEMISA al equipo de Hemodinámica y puesta en marcha.

Marzo 2012- Abril 2012:

Evaluación de los resultados y valoración de los indicadores.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Apoyo informático para la actualización del programa ARTEMISA	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

558

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR II

2. RESPONSABLE LUIS MANUEL CLARACO VEGA

- Profesión MIR
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA.
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALCALDE LOPEZ SILVIA. MEDICO.. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.. UNIDAD DE URGENCIAS.
- CUADRA GIMENEZ PILAR. MEDICO.. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.. UNIDAD DE URGENCIAS.
- MONREAL HIJAR ANTONIO. MEDICO.. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL.
- OLIETE BLANCO MARIA PILAR. MEDICO.. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.. UNIDAD DE URGENCIAS.
- PABLO CEREZUELA FRANCISCO JOSE. MEDICO.. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL.
- PARRILLA HERRANZ PEDRO. MEDICO.. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.. UNIDAD DE URGENCIAS.
- SORRIBAS RUBIO PEDRO. MEDICO.. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.. UNIDAD DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras haber desarrollado durante el pasado año la primera edición de este proyecto de calidad, los resultados obtenidos nos permiten demostrar la necesidad formativa en las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) sobre los que pueden ser primeros intervinientes y por otro lado, el desarrollo de esta tarea sobre los Centros Educativos de nuestro Sector, ha permitido el desarrollo de la línea estratégica 7 "Impacto en la sociedad", promoviendo el impacto docente y científico impulsando la difusión de los nuevos conocimientos y proyectos de docencia e investigación en la comunidad".

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la primera edición, y con un equipo de trabajo multidisciplinar en el que se incluyen residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que, como parte de su programa formativo dentro de las actividades comunitarias de educación para la salud, intervenciones puntuales en centros educativos, sobre la población implicada, teniendo experiencias muy satisfactorias tanto desde el punto de vista del docente como del discente. Se exponen a continuación algunos datos obtenidos en la primera edición de este proyecto de calidad:

Muestra de 130 alumnos, mediante un cuestionario de 10 preguntas, especialmente diseñado para evaluar los puntos críticos de atención en una situación de reanimación cardiopulmonar básica, nos reporta los siguientes datos, antes de realizar la actividad educativa:

El 25,4% de los alumnos son capaces de reconocer emergencias potencialmente fatales (ataque cardíaco); el 69.05% solicitan ayuda en primer lugar (avisar 061). En el caso de niños y lactantes únicamente el 28.57% inicia de manera correcta la activación de la cadena de supervivencia. Sólo el 33.3% son capaces de reconocer si el paciente está consciente o inconsciente. En adultos un 41.27% localiza de forma adecuada el punto de las compresiones torácicas, siendo menor el porcentaje de alumnos que dan una relación correcta compresiones - ventilaciones (31,75%). Un 80.16% son capaces de resolver un problema de obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) en un adulto, mientras que el 28.57% lo resuelven correctamente en el lactante.

El análisis de la muestra, nos pone en evidencia, claras oportunidades de mejora en aspectos básicos de la atención de urgencias: reconocer la emergencia y solicitar ayuda al servicio de emergencias médicas, aprendizaje integrado de las maniobras de reanimación básica y resolución de una obstrucción de la vía aérea.

Los resultados obtenidos, hacen referencia a los indicadores propuestos en la anterior edición del proyecto:

Indicadores de planificación:

- Etapa de planificación inicial: Realización del trabajo de campo para enmarcar los centros educativos dentro de nuestro sector sanitario. Grado de cumplimiento: 100% (Objetivo: 100%).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

558

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR II

- Número de cursos realizados / número de cursos planificados: Grado de cumplimiento: 100%. (Objetivo: 100%). Se han realizado 5 cursos en dos centros escolares de nuestro Sector.

Indicadores de desarrollo:

- % de alumnos que activan correctamente el número de emergencias médicas a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 76.92% (Objetivo:80%)
- % alumnos que son capaces de reconocer una emergencia potencialmente letal a la finalización del curso: Grado de cumplimiento: 86.15% (Objetivo: 80%)
- % de alumnos que realizan la secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está inconsciente a la finalización del curso. Este indicador tras el cambio de recomendaciones en las Guías de SVB para el reanimador lego, no tiene utilidad.
- % de alumnos que localizan correctamente el lugar del masaje cardíaco tras la realización del curso. Grado de cumplimiento: 76.15% (Objetivo: 80%).
- % de alumnos que saben cual es la relación de ventilaciones y compresiones, a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 99.23% (Objetivo: 90%).
- % de alumnos que resuelven adecuadamente una situación de obstrucción de la vía aérea a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 66.92%. (Objetivo: 85%).

Evaluación.

1. Cada actividad es evaluada de manera individual, mediante un cuestionario de evaluación, que cubre aspectos organizativos, de idoneidad y de satisfacción.

Se puntúa cada pregunta de 0 (la peor calificación) - 10 (la mejor calificación), obteniendo los siguientes resultados:

- 1.1. ¿Consideras suficiente los contenidos teóricos y prácticos del curso?: Puntuación: 8,71.
- 1.2. ¿Crees que sería necesario impartir el curso nuevamente en años posteriores?: Puntuación: 8.55.
- 1.3. ¿Cómo has visto la disposición y los conocimientos de los profesores que han impartido el curso? Puntuación: 9.26.
- 1.4. ¿Qué nota le pondrías al material que se os entregó para preparar el curso (folleto RCP Salvacorazones)? Puntuación: 7.84.
- 1.5. Los materiales que hemos utilizado (muñecos de reanimación, vídeos, mascarillas). ¿Crees que son adecuados para el curso?. Puntuación: 8.87.
- 1.6. En qué medida responde el curso a lo que esperabas obtener de él. Puntuación: 8.99.
- 1.7. ¿Crees que este curso vale (no es muy difícil) para personas que no saben nada de medicina?. Puntuación: 9.38.
- 1.8. Al finalizar el curso, valora personalmente los conocimientos que crees que has adquirido tras él. Puntuación: 9.09.
- 1.9. ¿Serías capaz de realizar una Reanimación Cardiopulmonar a alguien correctamente (teniendo en cuenta que no eres un profesional médico)? Puntuación: 8.55.

2. Se ha recogido la siguiente documentación grafica, disponible en la web del Instituto de Educación Secundaria Pedro de Luna.
<http://www.iespedrodeluna.es/2011/02/10/salvacorazones-programa-de-reanimacion-cardiopulmonar>

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Fijaremos como objetivo la realización de 5 cursos anuales, a poder ser en diferentes centros escolares, con los resultados obtenidos en la muestra de nuestro estudio no nos cabe ninguna duda de que al final del curso el estudiante adquiere conocimientos teóricos (describir los eslabones de la Cadena de Supervivencia y los pasos de la reanimación cardiopulmonar de adultos y niños), y habilidades prácticas (llamar al número local de emergencias médicas, respiración artificial mediante ventilación boca-boca, reanimación cardiopulmonar y liberación de la OVACE en la víctima consciente).

Por otra parte, también hemos conseguido cumplir nuestro otro objetivo, mejorar el impacto en la comunidad de nuestro Sector Sanitario, explicando, y en ocasiones siendo publicitada en medios gráficos, el proyecto de Reanimación Cardiopulmonar en las Escuelas.

En esta reedición del proyecto, y tras haber realizado la evaluación de los indicadores, nos planteamos introducir las correcciones oportunas para mejorar en los siguientes aspectos:

- % de alumnos que activan correctamente el número de emergencias médicas a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 76.92% (Objetivo:80%).
- % de alumnos que localizan correctamente el lugar del masaje cardíaco tras la realización del curso. Grado de cumplimiento: 76.15% (Objetivo: 80%).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

558

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR II

- % de alumnos que resuelven adecuadamente una situación de obstrucción de la vía aérea a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 66.92%. (Objetivo: 85%).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El calendario de actividades, se ajustará al calendario escolar, para no coincidir con el calendario vacacional o de exámenes.

1) En la primera etapa, a desarrollar desde marzo hasta septiembre de 2011 se definirá:

1. Número de centros educativos en donde se desarrollará la actividad.

2. Selección de las clases sobre las que se darán los cursos de acuerdo al siguiente cronograma:

i) Reunión con la Dirección del Centro y Tutores de los alumnos. Supone la primera toma de contacto con el colegio. En esta primera reunión se explica la necesidad de formar a los alumnos en Reanimación Cardiopulmonar, detallando principalmente los objetivos y la metodología del curso. Se presentan también en esta reunión los resultados obtenidos en nuestra primera edición del Proyecto de Calidad, y por último se seleccionan los espacios más adecuados para la realización del curso.

ii) En esta reunión se fijarán las fechas de realización del curso, y el cronograma del mismo.

iii) Se explicará tanto al Director del Centro, como a los tutores, que nuestro objetivo es también promover el impacto docente y científico del Sector, por lo que solicitaremos la inclusión de la actividad en sus medios de difusión habituales.

2) Segunda etapa, a desarrollar durante los meses de septiembre - noviembre de 2011 y febrero - mayo de 2012. En las fechas concretadas en la entrevista anterior, se realiza una reunión ya con los alumnos, con varios objetivos:

1. Hacer una presentación a los alumnos, de unos 15 minutos aproximadamente, pretendiendo captar su interés al tema que vamos a tratar, y obtener así la mayor predisposición para la preparación previa del curso.

2. Seguidamente a la presentación se realiza un cuestionario de once preguntas, tipo test, con la finalidad de recabar información sobre los conocimientos previos de los alumnos, y tener una base previa para evaluar la efectividad del curso.

3. Entrega del libro "Salvacorazones RCP en las escuelas". Al finalizar el test, y para que los alumnos preparen con antelación el curso, se entrega el libro recomendado por la American Heart Association para este curso, ilustrado con las situaciones y maniobras que deben aprender.

4. Celebración del curso. 15 - 20 días después de la reunión con los alumnos. El curso está organizado en bloques de 40 minutos, para poder integrarlo fácilmente al cronograma característico de las clases. La duración del curso es, en promedio, de 4 a 6 horas, y depende del contenido incluido y de las relaciones estudiante - maniquí y estudiante - instructor. Si estas relaciones son bajas, el curso se puede completar en un período más breve, porque los participantes se abocan el máximo tiempo posible a la práctica supervisada de maniobras. A fin de lograr que el curso sea breve, se selecciona cuidadosamente el contenido para que esté centrado en la información esencial y la práctica de maniobras. A la finalización del curso se pasa una encuesta de satisfacción del alumno.

Materiales de apoyo para el curso

El curso ha sido desarrollado y probado de forma "piloto" sobre la base del principio de que, a través de la práctica repetitiva, el estudiante puede aprender a practicar maniobras por acto reflejo. Para ayudar a que los participantes logren este dominio de las maniobras se utilizan diversas técnicas de entrenamiento. Primero, los vídeos mirar - después - practicar presentan el material de manera concisa para garantizar que el contenido educacional y de entrenamiento sea uniforme en los distintos cursos. Uno de los vídeos se utiliza para enseñar el módulo de RCP en el adulto y el otro, para enseñar el módulo de niños. Estos vídeos aportan la siguiente información:

1. Repaso general de la Cadena de Supervivencia.

2. Presentación de los signos de alarma de ataque cardiaco, paro cardiaco, accidente cerebrovascular y asfixia, con hincapié en el rol CRUCIAL que desempeña el estudiante (= reanimador).

3. Métodos para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y de las lesiones fatales más comunes en niños.

4. Demostraciones concisas de maniobras seguidas de tiempo de práctica.

El segundo elemento del curso, destinado a apoyar al instructor y a garantizar la adquisición efectiva y eficiente de aptitudes por parte del participante, es

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 558

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR II

una relación estudiante - maniquí baja (3 - 5 estudiantes para 1 maniquí); con ello se asegura el máximo tiempo de práctica.

FUNCIONES DEL INSTRUCTOR

El instructor es el elemento clave del curso. Su misión fundamental pasa por supervisar y entrenar a los estudiantes durante las sesiones de práctica, complementando así, la información adquirida en el vídeo. Así, brinda orientación respecto del manual del curso (texto - apuntes), reforzando los puntos fundamentales y corrige las acciones de los estudiantes durante el tiempo empleado para la práctica (RCP-maniquí).

El instructor debe ser capaz de supervisar y participar en el entrenamiento de estudiantes para demostrar los criterios de las aptitudes básicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de planificación:

- Etapa de planificación inicial: Realización del trabajo de campo para enmarcar los centros educativos dentro de nuestro sector sanitario. Grado de cumplimiento: 100%.
- Número de cursos realizados / número de cursos planificados: Grado de cumplimiento: 100%.

Indicadores de desarrollo:

- % de alumnos que activan correctamente el número de emergencias médicas a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 80%
- % alumnos que son capaces de reconocer una emergencia potencialmente letal a la finalización del curso: Grado de cumplimiento: 80%.
- % de alumnos que realizan la secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está inconsciente a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 80%.
- % de alumnos que localizan correctamente el lugar del masaje cardíaco tras la realización del curso. Grado de cumplimiento: 80%.
- % de alumnos que saben cual es la relación de ventilaciones y compresiones, a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 90%.
- % de alumnos que resuelven adecuadamente una situación de obstrucción de la vía aérea a la finalización del curso. Grado de cumplimiento: 85%.

Evaluación.

- Cada actividad es evaluada de manera individual, mediante un cuestionario de evaluación, que cubre aspectos organizativos, de idoneidad y de satisfacción.
- Se recogerá en documentación gráfica las publicaciones tanto escritas como en soporte informático de cada una de las acciones formativas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMERA ETAPA: Marzo de 2011 hasta septiembre de 2011.

Esta etapa tiene los condicionantes del calendario escolar, que en mayo comienzan los exámenes y posteriormente el periodo vacacional.

Actividades a realizar:

1. Selección de los Colegios de nuestro Sector, solicitar información sobre el número de alumnos de primero de bachiller para llegar a impartir los cinco cursos que consideramos como objetivo.
2. Seleccionados los colegios se establecerán contactos mediante entrevistas personales, para concretar las fechas de las acciones formativas a realizar en la segunda etapa.

SEGUNDA ETAPA.

A desarrollar durante los meses de octubre 2011 a mayo de 2012.

Actividades a realizar:

1. Se realizarán cada uno de los cursos, según la metodología arriba indicada, en los colegios.
2. Evaluación, seguimiento del programa y realización de la memoria anual.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *50 manuales de soporte vital básico para el alumno. (Dicho manual)	442 €
• **Maniki Face Shields. Mascarillas de protección individual)	95 €
Total	537 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

558

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR II

11. OBSERVACIONES. *50 manuales de soporte vital básico para el alumno. (Dicho manual no sería imprescindible, pues el grupo de trabajo dispone de encartes en donde se abordan los aspectos básicos del Soporte Vital básico).

**Maniki Face Shields. Mascarillas de protección individual ...para la práctica de ventilación boca - boca

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 414

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS MAYORES DE 75 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA OSTEOPOROTICA, QUE PRECISAN DESCARGA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA

2. RESPONSABLE MERCEDES CLERENCIA SIERRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UVSS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAVARRO GARCIA PALMIRA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UVSS
- GAVARA GIMENO CARMEN. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UVSS
- HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UVSS
- ROMEO MAESO INMACULADA. TRABAJADORA SOCIAL. HRTQ. UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL
- SIGÜENZA ARNEO MARIA DOLORES. TRABAJADORA SOCIAL. HRTQ. UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL
- TABUENCA ESPADA PILAR. ENFERMERA. DIRECCION ATENCION PRIMARIA S II. ENFERMERA DE ENLACE
- ORTIZ DOMINGO CONCEPCION. MEDICO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el HUMS está instaurado el procedso de gestión de la fractura de cadera osteoporótica, en el que la Unidad de Valoración Sociosanitaria participa de forma activa valorando de forma precoz a todos los pacientes > de 75 años con fractura de cadera. Los pacientes con fractura de cadera osteoporótica son pacientes en los que de forma brusca aumenta su dependencia. Si además precisan descarga de la extremidad tras la intervención quirúrgica (es decir no se permite la carga en dicha extremidad durante unas semanas) son un grupo de riesgo para desarrollar diferentes síndromes geriátricos: inmovilidad, úlceras por presión, delirium, incontinencia..., que empeoran el pronóstico funcional. Actualmente estos pacientes tras la intervención quirúrgica, si no existen complicaciones médicas, son dados de alta a domicilio o residencia durante el periodo de descarga. La tasa de complicaciones secundarias a su inmovilidad durante estas semanas, asociadas a las características del paciente geriátrico, conllevan pobres resultados funcionales y mayor consumo de recursos sociosanitarios. La coordinación entre los diferentes profesionales implicados en el proceso, mejora la continuidad asistencial y con ella los resultados funcionales en el paciente y la optimización en la utilización de recursos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificar y registrar a los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera osteoporótica que precisan descarga tras la intervención quirúrgica
- Disminuir la incidencia de síndromes geriátricos, mejorando la atención recibida en estos pacientes dependientes e instaurando medidas preventivas de los mismos
- Prevenir mayor deterioro funcional durante las semanas de descarga, realizando seguimiento de su evolución clínica
- Evitar ingresos hospitalarios durante las semanas de descarga
- Tratamiento en el nivel asistencial más adecuado según valoración integral cuando sea autorizada la carga de la extremidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Valoración integral e interdisciplinar de los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera osteoporótica en las primeras 72 horas de su ingreso.

Responsable: UVSS del HUMS.

2- Identificación y registro de pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera osteoporótica que precisan descarga tras la intervención quirúrgica y que cumplen criterios de valoración de recuperación funcional diferida.

Responsable: UVSS del HUMS.

3- Coordinación de la UVSS con el EAP responsable del paciente durante el periodo de descarga.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 414

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS MAYORES DE 75 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA OSTEOPOROTICA, QUE PRECISAN DESCARGA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA

Responsable: Enfermera de Enlace del Sector 2.

4- Seguimiento de evolución clínica, instaurando medidas preventivas de síndromes geriátricos y de mayor deterioro funcional, buscando una mayor implicación/corresponsabilidad del paciente y cuidador.

Responsable: Enfermera de Enlace del Sector 2

5- Coordinación de la UVSS con el Hospital de Convalecencia (HSJD) cuando se permita la carga por parte del Sº de Traumatología

Responsable: UVSS del HUMS

6- Valoración integral de estos pacientes en la consulta de Hospital de Día Geriátrico

Responsable: Geriatra de HDG del HSJD

7- Indicación de tratamiento en el nivel asistencial más adecuado

Responsable: Geriatra de HDG del HSJD

8- Medición de indicadores

Responsable:UVSS del HUMS, enfermera de enlace y médico geriatra HSJD

9- Propuestas de mejora

Responsable: todos los componentes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera osteoporótica que precisan descarga tras la intervención quirúrgica en los que se ha realizado un seguimiento/ Nº de pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera osteoporótica que precisan descarga tras la intervención quirúrgica

- Incidencia UPP durante el periodo de descarga (muestral en 30 pacientes)

- Incidencia caídas durante el periodo de descarga (muestral en 30 pacientes)

- Incidencia delirium durante el periodo de descarga (muestral en 30 pacientes)

- Porcentaje de pacientes con descenso del I. Barthel < 10 puntos desde el alta hospitalaria a la valoración en HDG

- Índice de ingresos hospitalarios al mes del alta hospitalaria:

nº de pacientes con fractura de cadera que precisan descarga que ingresan al mes del alta/ nº de pacientes con fractura de cadera que precisan descarga

- Porcentaje de pacientes con aumento del I. Barthel > 20 puntos tras el tratamiento en el nivel asistencial más adecuado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: abril 2011

Actividades 1-7 : abril-diciembre 2011

Evaluación de indicadores: julio y diciembre; evaluación muestral en junio y octubre.

Propuesta de mejora: diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PC COMPATIBLE CON SISTEMA INFORMÁTICO DEL HUMS	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA ANALGESIA MULTIMODAL POSTORACOTOMIA EN PLANTA DE CIRUGIA TORACICA

2. RESPONSABLE IGNACIO COTERA USUA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GIL BONA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
 - IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
 - ABADIA ALVAREZ BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
 - EMBUN FLOR RAUL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
 - MENAL MUÑOZ PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
 - FERNANDEZ RODRIGO MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La toracotomía es considerada la intervención más dolorosa hoy en día. Este dolor es uno de los principales factores responsables de morbilidad tras cirugía torácica, favoreciendo la aparición de complicaciones tales como atelectasias e infecciones respiratorias. Un alivio adecuado de este dolor permite realizar la fisioterapia respiratoria de forma intensa, reduciendo la aparición de estas complicaciones. Un elevado porcentaje de pacientes intervenidos mediante esta técnica es enviado a planta de hospitalización, fuera de unidades de críticos (Reanimación, UCI) A día de hoy no existe un protocolo de analgesia para este grupo de pacientes, siendo controlado este dolor únicamente con analgesia intravenosa y subcutánea, muchas veces insuficiente.

En colaboración con los servicios de Cirugía torácica y Farmacia, la unidad de anestesia cardiotorácica (de reciente creación) está en disposición de aportar un abordaje analgésico multimodal con técnicas locorreregionales (bloqueo epidural, bloqueo paravertebral,..) mejorando y complementando las ya existentes La oportunidad de mejora se presenta en una mejor coordinación entre especialidades, mejora de la calidad analgésica que se da a los pacientes con disminución de la morbilidad asociada y elaboración de un protocolo analgésico postoracotomía para pacientes destinados a planta.

Bibliografía:

1. Thavaneswaran P, Rudkin GE, Cooter RD, Moyes DG, Perera CL, Maddern GJ. Anesth Analg. 2010 Jun 1;110(6): 1740-4. Epub 2010 May 6. Review. Brief reports: paravertebral block for anaesthesia. A systematic review.
2. Hanna MN, Murphy JD, Kumar K, Wu CL. Thorac Surg Clin. 2009 Aug;19(3):353-61. Review. Postoperative pain management in the elderly undergoing thoracic surgery
3. Cox F, Cousins A. J Perioper Pract. 2008 Nov;18(11):491-6. Review. Thoracic paravertebral block analgesia.
4. De Cosmo G, Aceto P, Gualtieri E, Congedo E. Minerva Anesthesiol. 2009 Jun;75(6):393-400. Epub 2008 Oct 27. Review. Analgesia in thoracic surgery. Review
5. Arnal D, Garutti I, Olmedilla L. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2004 Oct;51(8):438-46; quiz 446-7, 464. Review. Paravertebral analgesia in thoracic surgery
6. Savage C, McQuitty C, Wang D, Zwischenberger JB. Chest Surg Clin N Am. 2002 May;12(2):251-63. Review. Postthoracotomy pain management.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el control del dolor de los pacientes intervenidos de toracotomía ingresados en planta.
2. Mejorar la seguridad del manejo de fármacos opioides y anestésicos locales que requieren supervisión especializada
 3. Disminuir la morbilidad asociada al insuficiente control analgésico en el paciente postoracotomía.
 4. Mejorar la satisfacción de los pacientes así tratados.
 5. Mejorar la coordinación entre los servicios de Anestesia, Farmacia y Cirugía torácica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación del grupo de trabajo y revisión bibliográfica
2. Elaboración y consenso sobre protocolo analgésico postoracotomía.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 404

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA ANALGESIA MULTIMODAL POSTORACOTOMIA EN PLANTA DE CIRUGIA TORACICA

Responsables: Grupo de trabajo.

3. Colocación de catéteres epidurales y paravertebrales mediante técnicas de neuroestimulación y de `pérdida de resistencia ´ en el intraoperatorio.
Responsables: Dres Abadía, Cotera, Fernández, Gil e Izquierdo.

4. Elaboración de elastómeros (opioides y anestésicos locales) a dosis y concentraciones apropiadas

Responsable: Naroa Gómez Tijero

5. Supervisión del tratamiento, aparición de efectos secundarios y adecuación de dosis en planta de hospitalización.

Responsables: Dres Embún y Menal

6. Formación del personal de enfermería en la utilización de las escalas numérica y visual analógica de intensidad del dolor.

Responsables: Grupo de trabajo

7. Evaluación de indicadores y propuestas de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Realización del protocolo de analgesia postoracotomía para pacientes con destino planta en el postoperatorio

2. Evaluación mediante escalas numérica y EVA del control de dolor.

3. Evaluación de aparición de efectos secundarios a la utilización de fármacos opioides y anestésicos locales.

4. Control del número de pacientes en el postoperatorio portadores de técnicas locorreregionales (bloqueos epidural y paravertebral)

5. Evaluación de la satisfacción de los pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo: Abril 2011

Formación facultativos: Mayo 2011

Evaluación del cumplimiento y eficacia del protocolo: Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *1.	Material fungible (neuroestimulador, catéteres paravertebrales,	400 €
· 2.	Informatización del proceso	300 €
	Total	700 €

11. OBSERVACIONES. *1. Material fungible (neuroestimulador, catéteres paravertebrales, agujas neuroestimulación

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

550

PROMOCION Y DESARROLLO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL GENERAL Y TRAUMATOLOGIA).

2. RESPONSABLE MARIA DEL PILAR CUADRA GIMENEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ HERRAEZ MARIA DEL ROSARIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- PALAZON SAURA PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- CORTES GRACIA MARIA ANGELES. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- PES LAGUNA MARIA DEL MAR. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- PLANA FERNANDEZ BLANCA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entendemos por Seguridad Clínica la prevención de lesiones al paciente o de eventos adversos como consecuencia o resultado de los procesos asistenciales. La atención sanitaria tiene como propósito beneficiar a los pacientes, pero también puede causarles daño. La combinación compleja de procesos tecnológicos e interacciones humanas que constituye el sistema sanitario moderno aporta beneficios importantes, pero también conlleva un inevitable riesgo de que ocurran eventos adversos.

La creación de una cultura de seguridad es la estrategia más efectiva y duradera a largo plazo para la prevención de errores. La utilidad de su medición en una fase inicial nos permite conocer de qué nivel partimos y ayuda a la priorización de acciones. Una herramienta que goza de amplia difusión internacional es la encuesta HSOPS de la Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ) publicada en el año 2004 y adaptada en nuestro país a nivel estatal, como resultado de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.

El primer objetivo de la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de 2010 es el de "Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria".

Por ello, con este Proyecto de Mejora de la Calidad nos proponemos inculcar la cultura de seguridad en nuestro servicio, utilizando como referencia los datos obtenidos de la encuesta de la AHRQ. En primer lugar, nos aportará información acerca del nivel de cultura de seguridad existente entre los médicos y enfermeros de nuestro servicio. Esto nos permitirá identificar y priorizar los puntos débiles de nuestro sistema, desarrollar e implementar acciones de mejora y realizar evaluaciones periódicas para comprobar la eficacia de las acciones emprendidas y su impacto en los hábitos y percepciones sobre seguridad del paciente entre los profesionales sanitarios de nuestro servicio.

En 2009 se realizó la encuesta de la AHRQ a 39 facultativos del servicio. En las doce dimensiones que mide la encuesta encontramos posibilidad de mejora, pero se consideró prioritaria la mejora en la notificación de incidentes y eventos adversos. Para ello, en 2010 se rediseñó el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos para las Salas de Observación implantado en 2009 por la Comisión de Calidad de Urgencias, adaptándolo al resto de áreas de Urgencias (Boxes, Vitales y Triage). Se impartieron sesiones informativas a los profesionales sanitarios de urgencias sobre el nuevo sistema de notificación, cumpliendo así el objetivo inicial, previo a la implantación definitiva del mismo.

En 2010, para evaluar nuestros resultados, se realizó de nuevo la encuesta, respondiendo esta vez 34 facultativos de nuestro servicio. Se encontró mejora en 8 de las doce dimensiones de la encuesta, aunque persisten las posibilidades de mejora en la totalidad de ellas. En 2009, la frecuencia de eventos notificados fue de 9,4%, y en 2010 de 10,9%, es decir, se produjo un incremento en la notificación de incidentes y eventos adversos, aunque debemos continuar trabajando en este punto débil, claramente mejorable. En cuanto a la percepción de seguridad, en 2009 fue valorada con un 14,7% y en 2010 con un 11%; pensamos que esto puede deberse a que el personal de urgencias es más consciente de los errores que se producen, y no a que la seguridad en nuestro servicio haya disminuido, aspecto que consideramos positivo. Las expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad y el aprendizaje organizacional/mejora continua mejoraron un 15,5% y 15,9%, respectivamente. La facilidad/franqueza en la comunicación y el feed-back y comunicación sobre errores fueron, respectivamente, de 10,3% y 29,9% en 2009, y de 13,7% y 36,3% al año siguiente. Sin embargo, la respuesta no punitiva a los errores bajó un 4,9%, aspecto de la notificación en el que deberemos insistir con mayor ahínco; no obstante, el resultado negativo se produce a expensas de un aumento de las respuestas indiferentes, no de las negativas, que de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 550

PROMOCION Y DESARROLLO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL GENERAL Y TRAUMATOLOGIA).

hecho, han mejorado. La dotación de recursos humanos mejoró un 3,1%, el apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente un 0,4% y los problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales un 4,7%. Permanece constante, con una valoración positiva del 25%, el trabajo en equipo entre unidades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivo principal nos planteamos continuar haciendo llegar la cultura de seguridad a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro servicio y desarrollar acciones de mejora en los puntos débiles detectados en las encuestas realizadas hasta la fecha. Priorizaremos sobre aquellas cuya implantación en nuestro servicio sea más factible y tengan consecuencias directas sobre la mejora de la calidad asistencial. Concretamente, nos centraremos en aquellos relacionados con la notificación y registro de incidentes y eventos adversos (dimensiones 1, 6, 7 y 8 de la encuesta) y en la percepción de seguridad por parte del personal sanitario del servicio (dimensión 2).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Entre las actividades a realizar para mejorar la cultura de seguridad en nuestro servicio de Urgencias se encuentran:

- En la primera etapa, a desarrollar durante el mes de abril de 2011, se realizará la siguiente actividad:
 - o Conocer la cultura de seguridad que existe actualmente entre el personal de enfermería, mediante la realización de la encuesta de la AHRQ.
- Durante la segunda etapa, a desarrollar de abril a junio de 2011, nos marcamos estos objetivos:
 - o Comunicar los resultados obtenidos de las encuestas de la AHRQ realizadas en 2009 y 2010 a los facultativos del servicio. Fecha prevista: 14 de abril.
 - o Comunicar los resultados obtenidos de la encuesta de la AHRQ realizada al personal de enfermería de urgencias en la primera etapa.
 - o Impartir sesiones clínicas a todo el personal sanitario de Urgencias sobre la evolución (número de eventos notificados, emisión de alertas...) del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos ya existente en nuestro servicio desde 2009 (modificado y ampliado en 2010).
 - o Impartir sesiones de introducción a la seguridad clínica al personal de enfermería.
- En la tercera etapa, a desarrollar entre enero y marzo de 2012, evaluaremos, mediante la realización de la encuesta de la AHRQ, si se han conseguido los objetivos planteados:
 - o Mejorar la cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios de nuestro servicio.
 - o Mejorar los puntos débiles detectados en las encuestas realizadas en los años 2009 y 2010 entre el personal médico y los que detectemos entre el personal de enfermería entre abril y junio de 2011, sobre todo los relacionados con el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos y en la percepción de seguridad por parte de los trabajadores del servicio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores de planificación, utilizaremos los siguientes:

- N° de encuestas realizadas a enfermería/N° total de enfermeras en nuestro servicio x 100.
Grado de cumplimiento: 80%.
- Comunicación de resultados obtenidos en encuestas de la AHRQ realizadas entre el personal de enfermería entre abril y junio de 2011.
Grado de cumplimiento: 100%.
- Comunicación de resultados obtenidos en encuestas de la AHRQ en 2009 y 2010.
Grado de cumplimiento: 100%.
- N° de sesiones impartidas/N° de sesiones planificadas x 100.
Grado de cumplimiento: 100%.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 550

1. TÍTULO

PROMOCION Y DESARROLLO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL GENERAL Y TRAUMATOLOGIA).

- N° de encuestas realizadas a médicos y enfermeros del servicio en 2012/N° total de médicos y enfermeros del servicio x 100.
Grado de cumplimiento: 80%.

Como indicadores de resultado:

- Frecuencia de eventos notificados en 2012 = 50%
- Percepción de seguridad en 2012 = 50

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Primera etapa, a desarrollar durante el mes de abril de 2011, en la que conoceremos el nivel de cultura de seguridad del que partimos entre el personal de enfermería (entre los facultativos ya lo conocemos).
• Segunda etapa, a desarrollar entre los meses de abril a junio de 2011, en la que realizaremos las actividades que nos ayudarán a cumplir el objetivo final del Proyecto de Mejora, es decir, promover y desarrollar la cultura de seguridad en nuestro servicio de urgencias.
• Tercera etapa, a desarrollar entre enero y marzo de 2012, en la que evaluaremos los resultados obtenidos y analizaremos su cumplimiento o no, y las posibles causas o factores intercurrentes.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
• Material fungible (papel y fotocopias de encuestas	100 €
• Inscripción al Congreso Nacional de Calidad Asistencial (500x3)	1.500 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 069

FORMACION DEL GRUPO CLINICO DE MEDICINA FETAL DEL HUMS Y COMO GRUPO DE REFERENCIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON

2. RESPONSABLE MARIA ELENA DE DIEGO ALLUE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LERMA PUERTAS DIEGO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL
- CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ALTO RIESGO OBSTETRICO
- GARRIDO FERNANDEZ PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL
- ROMO MONTEJO AGUSTIN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
- CALVO MARTIN M TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GENETICA
- ARANDA FELEZ ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL
- SANTIAGO AMO ZELINDA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Medicina Fetal nace para aunar distintos aspectos de la moderna perinatología, en la que la irrupción de las nuevas tecnologías y la aplicación de nuevos conocimientos mucho más amplios y profundos de la unidad feto-placentaria nos han permitido el estudio perfectamente individualizado de "el feto como paciente".

La Medicina Fetal se ha consolidado en nuestro entorno nacional e internacional. Esta consolidación ha requerido por parte de los profesionales y de las instituciones sanitarias un gran esfuerzo para el correcto conocimiento y manejo de estos pacientes y de su patología dando como respuesta la formación de Unidades de Medicina Fetal.

La creación de estas unidades de Medicina Fetal ha permitido la integración de los distintos profesionales y especialistas en un entorno concreto para poder trabajar en un equipo multidisciplinar, impulsando la gestión del conocimiento basada en los vectores de información, formación, y participación; optimizando la organización del trabajo y mejorando la comunicación tanto interna como externa para un mayor beneficio de los pacientes.

Es conocido que el 3% de los recién nacidos son portadores de alguna malformación congénita.

Ante la detección prenatal de una anomalía congénita aparecen (tras el impacto emocional) indefectiblemente sentimientos, como la desilusión, el temor y en ocasiones sentimiento de culpa.

El apoyo y el asesoramiento a los padres para tomar las decisiones oportunas debe ser dado por un equipo multidisciplinar, abierto, altamente especializado y con un carácter estructural único que sepa canalizar y estructurar la compleja información de la naturaleza del diagnóstico, pronóstico, posibilidades terapéuticas y manejo obstétrico a la pareja y su entorno.

Si se detecta una anomalía durante el estudio básico, el siguiente paso es la puesta en marcha de un proceso bien estructurado para confirmación del diagnóstico, controlar la evolución y valorar un tratamiento médico o quirúrgico dando un pronóstico a la pareja que debe recibir una información comprensible preservando su intimidad y dándoles la máxima confidencialidad. Para esto se prefiere un equipo multidisciplinar, bien formado, coordinado y abierto en el que se incluyan perinatólogos (neonatólogos y obstetras), genetistas, radiólogos, cardiólogos pediatras, y personal de asesoramiento necesario como psicólogos y personal auxiliar. De forma consensuada proponemos como proyecto de mejora la formación del GRUPO CLÍNICO DE MEDICINA FETAL EN EL HUMS basándonos en un modelo de excelencia llevado a cabo con éxito por los equipos con mayor peso a nivel internacional en Medicina Fetal.

Este nuevo grupo requiere para su funcionamiento crear una estructura estable que potencie y apoye el diseño y puesta en marcha de nuevas iniciativas de mejora de calidad, la introducción de nuevas tecnologías y conocimientos, permitiendo la unificación de distintas actividades dispersas en otras unidades, poniendo en el centro de su actividad al feto como paciente, con los recursos necesarios para implementar las actividades clínicas que le son específicas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

069

FORMACION DEL GRUPO CLINICO DE MEDICINA FETAL DEL HUMS Y COMO GRUPO DE REFERENCIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En este momento no contamos con ningún grupo que trabaje en esta área de la Medicina Fetal en toda la Comunidad Autónoma.

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

- Ofrecer a los padres de fetos afectados de patología malformativa información actualizada, objetiva, y multidisciplinar sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas tanto intraútero como en periodo neonatal de la patología de su hijo/a.
- Elaboración y desarrollo de protocolos específicos, de acuerdo a los conocimientos basados en la evidencia y coordinados con las distintas especialidades implicadas en el proceso.
- Mejorar en la seguridad de los pacientes y la igualdad en las prestaciones entre los ciudadanos de las distintas localidades de la comunidad.
- Centralización de la información y registro de los casos.
- Docencia e investigación sobre un área de rápido desarrollo.
- Capacidad de liderazgo en un campo pionero de la medicina.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de todos los colectivos implicados en la atención de la medicina fetal: facultativos, matronas y auxiliares.

Elaborar protocolo de actuación clínica con algoritmos decisorios en el manejo de la malformación fetal detectada.

Evaluación prospectiva de los casos en curso.

- Ser interlocutor válido para la familia.
- Discusión y toma de decisiones más apropiada.
- Seguimiento postnatal.
- Revisión de los casos de mortalidad.

Realizar formación y motivación del personal responsable de decisiones clínicas para conseguir mayor calidad

- Evaluación de nuevas tecnologías.
- Realización de una base de datos que podamos compartir para aumentar la comunicación interna, externa y para manejo posterior de los mismos para futuras:
- Comunicaciones y/o publicaciones.
- Evaluación interna de nuestros datos.
- Realización de estadísticas propuestas a la dirección para obtener los objetivos marcados.
- Diseño de programa de formación y adecuación clínica.
- Centralizar la asistencia eliminando tiempo entre la asistencia de diversos servicios y unidades.
- Autoevaluación y explotación de resultados para poder establecer líneas de mejora continua de manera dinámica en la asistencia de los casos de malformaciones fetales en nuestra Comunidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación y seguimiento del 100% de los casos de malformaciones fetales en el sector II y de los casos remitidos del resto de la Comunidad, garantizando la continuidad en la atención.

Alcanzar el 80% de satisfacción en los usuarios (evaluándola a través de la realización de cuestionarios específicos)

Implicar y motivar al personal obstétrico con decisión clínica de actuación para que aplique criterios de idoneidad en su actividad: alcanzar cifras cercanas al 75% de personal facultativo que se ciña a criterios de idoneidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se propone la realización de reuniones bimensuales (primer martes de cada mes impar) para seguimiento de casos y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 069

FORMACION DEL GRUPO CLINICO DE MEDICINA FETAL DEL HUMS Y COMO GRUPO DE REFERENCIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON

valoración de la actividad.

Se propone asimismo la realización de reuniones puntuales para la valoración individualizada de cada caso cuando este se diagnostique y así poder ofrecer un asesoramiento a los padres de forma rápida.

Las reuniones se realizarán el despacho del Dr. Lerma.

Elaboración de una memoria anual por parte del coordinador del proyecto, indicando los participantes, los resultados de los indicadores utilizados, los aspectos pendientes y los recursos utilizados.

Se propone como coordinador del grupo al Dr. Lerma.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pantalla de proyección	150 €
Total	150 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 110

MONITORIZACION Y EVALUACION DE PROCESOS CLAVE TRAS LA IMPLANTACION DE LA NORMA ISO 9001:2008

2. RESPONSABLE LETICIA DE LA CUEVA BARRAO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ABOS OLIVARES DOLORES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
 - BARINGO FUENTES TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
 - GUALLAR LABRADOR ANA. QUIMICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
 - HERRERO ALONSO ARTURO. ENFERMERO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
 - SABARIEGO FERNANDEZ CARMEN. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
 - MUÑOZ SAENZ ENCARNA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
 - BERMUDO GARCIA EVA MARIA. TECNICO DE MEDICINA NUCLEAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo de la iniciativa es desarrollar y llevar a cabo la monitorización y cuantificación de los objetivos de calidad de los Procesos Operativos y de satisfacción de clientes externos e internos dentro del marco del sistema de gestión de la calidad del Servicio de Medicina Nuclear del HUMS, la Norma ISO 9001:2008.

Para ello se han diseñado indicadores de procesos clave y se realizarán encuestas de satisfacción de clientes.

Los Procesos Clave que fundamentan el sistema y los indicadores que esta previsto evaluar semestralmente son los siguientes:

- Proceso de citación
 - Tiempo transcurrido desde que se solicita una exploración hasta que se cita
 - Tiempo transcurrido desde que se cita hasta que se recibe el volante en Medicina Nuclear
- Proceso diagnóstico
 - Cumplimentación completa de la ficha técnica
 - Tiempo de realización de informes pacientes ambulantes
 - Tiempo de realización de informes pacientes ingresados
 - Demora en la realización de las exploraciones
- Proceso terapéutico
 - Cumplimentación del consentimiento informado
 - Tiempo de citación de pacientes de terapia
 - Demora en la realización de la terapia

Los datos para el análisis se obtendrán de la documentación de archivo del Servicio, del sistema informático de gestión e informes del Servicio y de la historia clínica.

Los objetivos de satisfacción de clientes se evaluarán mediante encuestas centrando el análisis en los ítems que en estudios previos de satisfacción, fruto de líneas de mejora de la calidad del Servicio, obtuvieron peor puntuación tanto para clientes externos como para clientes internos y que fueron:

- Evaluación de la comodidad de la sala de espera de pacientes inyectados
- Evaluación de la satisfacción general con el Servicio de MN de clientes internos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad al estar el Servicio en periodo de implantación del sistema, no se dispone de medida de los

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

110

MONITORIZACION Y EVALUACION DE PROCESOS CLAVE TRAS LA IMPLANTACION DE LA NORMA ISO 9001:2008

indicadores de Procesos, aunque sí disponemos de datos de satisfacción de clientes internos y externos, resultado de líneas de mejora previas.

Clientes internos

Se analizó el grado de satisfacción de clientes internos mediante una encuesta con 8 preguntas cerradas (puntuación 1 muy mala, 2 mala, 3 regular, 4 buena, 5 muy buena), sobre comunicación con los profesionales, hoja de petición de pruebas, tiempo transcurrido hasta recibir el informe de las pruebas, claridad de los informes, trato con los profesionales y la satisfacción general con el servicio. Se incluyeron dos preguntas abiertas para conocer los aspectos positivos y negativos del Servicio de Medicina Nuclear.

Se envió por correo electrónico a 110 facultativos obteniendo un 34% de respuestas.

El 88% de las preguntas tuvieron respuesta "buena" o "muy buena", que para las preguntas sobre trato con los profesionales del Servicio y la de satisfacción general con el servicio de Medicina Nuclear fue del 100%.

Para las preguntas abiertas, los aspectos más positivos se relacionaron con la accesibilidad, amabilidad, profesionalidad, trato y actitud de los profesionales. Los aspectos más negativos fueron la no disponibilidad hospitalaria de tecnología PET/TC y cierto desconocimiento de las pruebas que se realizan en el Servicio.

Clientes externos

Se realizó un estudio de satisfacción de clientes externos mediante una encuesta en la que se debía valorar de 0 a 4 diferentes aspectos de la atención en la asistencia:

- Tiempo de espera desde que su Médico le solicitó la prueba hasta su realización
- La información sobre la prueba
- La hoja informativa
- El tiempo de espera desde la hora de citación hasta que le atendieron en el Servicio
- La comodidad en la zona de espera (amplitud, temperatura, asientos, etc.)
- La privacidad o intimidad en la realización de las pruebas
- La información facilitada por los profesionales del Servicio de Medicina Nuclear
- La comunicación con los profesionales del Servicio
- El trato de los profesionales del Servicio (Médicos, Enfermeras, Auxiliares...)
- La sensación de seguridad, tranquilidad durante la prueba
- La rapidez de respuesta y resolución ante quejas y reclamaciones
- La satisfacción general con el Servicio de Medicina Nuclear

Se repartieron 114 encuestas consiguiendo respuesta en 78. Se obtuvo un valor promedio de 3 puntos para todas las preguntas realizadas

Se analizó además, mediante preguntas abiertas, la opinión de los pacientes sobre lo que se podía calificar como positivo y negativo en su visita al Servicio. 20 de 25 pacientes encontraron positivo el trato del personal. 6 de 18 opinaron en negativo sobre la sala de espera de pacientes inyectados y 5 sobre el tiempo de espera para la realización del estudio.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. De forma global se espera obtener información sobre la calidad tanto del desarrollo de los Procesos clave de Sistema y como de su producto final reflejado en la satisfacción de clientes, con el fin de detectar fallos y establecer medidas correctoras.

De forma individual y para los indicadores diseñados, se han establecido los siguientes parámetros:

- Tiempo transcurrido desde que se solicita una exploración hasta que se cita: Estándar < 7 días, Objetivo > 85%
- Tiempo transcurrido desde que se cita hasta que se recibe el volante en Medicina Nuclear: Estándar < 3 días, Objetivo > 85%
- Cumplimentación completa de la ficha técnica: Estándar 100%, Objetivo 80%
- Tiempo de realización de informes pacientes ambulatorios: Estándar < 5 días, Objetivo > 85%

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

110

MONITORIZACION Y EVALUACION DE PROCESOS CLAVE TRAS LA IMPLANTACION DE LA NORMA ISO 9001:2008

- Tiempo de realización de informes pacientes ingresados Estándar < 3 días, Objetivo > 85%
- Control de la demora en la realización de las exploraciones no urgentes/preferentes diagnósticas Estándar < 30 días, Objetivo 90%
- Cumplimentación del consentimiento informado Estándar 100%, Objetivo 100%
- Tiempo de citación de pacientes de terapia Estándar =10 días, Objetivo > 85%
- Control de la demora en la realización de las terapias no urgentes/preferentes diagnósticas Estándar < 30 días, Objetivo 80%
- Evaluación de la comodidad de la sala de espera de pacientes inyectados Estándar 3 puntos, Objetivo > 70%
- Evaluación de la satisfacción general con el Servicio de MN de clientes internos Estándar 3,5 puntos, Objetivo 80

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la recogida de datos para el análisis de Procesos, supervisada por la Responsable de Calidad del Servicio, Leticia de la Cueva, participan la Responsable de Radiofarmacia, Ana Guallar y la administrativa, Carmen Sabariego. La Jefe de Servicio y la Responsable de Calidad, Dolores Abós y Leticia de la Cueva, realizarán la cuantificación y evaluación de indicadores.

El diseño, elaboración, distribución, cuantificación y evaluación de las encuestas de satisfacción de clientes internos correrá a cargo de la responsable del Grupo de mejora de la calidad de Medicina Nuclear, Teresa Baringo, bajo la supervisión de la Jefa de Servicio, Dolores Abós.

El diseño, elaboración, cuantificación y evaluación de las encuestas de satisfacción de clientes externos correrá a cargo del Supervisor de Enfermería Arturo Herrero bajo la supervisión de la Jefa de Servicio, Dolores Abós. Los responsables de la distribución y recogida de encuestas serán Encarna Muñoz (DUE) y Eva Bermudo (Técnico de Medicina Nuclear).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El proyecto en sí mismo se fundamenta en la evaluación y seguimiento mediante indicadores y encuestas. Su diseño, obtención y monitorización se contempla dentro de aplicación e implantación del Sistema de Gestión ISO 9001:2008 en el Servicio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La periodicidad de la medición de indicadores de Procesos Clave en 2011, primer año tras la implantación de la Norma ISO, es semestral, habiendo previsto su evaluación en junio y diciembre de 2011. Si se detectan desviaciones en los indicadores tanto en la primera como en la segunda evaluación, se implementarán medidas correctoras.

En el caso de las encuestas de satisfacción se ha previsto una evaluación anual, en diciembre de 2011, con una reunión previa para supervisión de las encuestas en septiembre, y su distribución a lo largo de los meses de octubre y noviembre. De la evaluación anual derivarán futuros objetivos de calidad.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 523

1. TÍTULO

FORMACION SOBRE TIPOS DE ALIMENTACION Y CONTAMINACION CRUZADA EN PACIENTES CELIACOS DIAGNOSTICADOS DE ADULTOS MEDIANTE METODOLOGIA DE ADIESTRAMIENTO GRUPAL, COMO MEJORA EN SU CALIDAD DE VIDA Y REAFIRMACION EMOCIONAL

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES DE TORRES AURED
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. U. DIETÉTICA Y NUTRICIÓN
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARZNAR RICO VIRGINIA. ENFERMERA. DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. DIRECCION GENERAL DE ATENCION AL USUARIO
- MILLASTRE BOCOS JUDITH. MEDICO. H. U.MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- SANZ PARICIO TERESA. ENFERMERA. H. U.MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- CORREDOR GARCIA BEATRIZ. ENFERMERA. H. U.MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- CHECA LOPEZ GREGORIA. ENFERMERA. H. U.MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION
- TRICAS MORO CARMEN. MEDICO. ASOCIACION CELIACOS ARAGON. ASOCIACION CELIACOS ARAGON
- PANILLO CALLEJA NOELIA. TECNICO SUPERIOR EN DIETETITA Y NUTRICION HUMANO. ASOCIACION CELIACOS ARAGON. ASOCIACION CELIACOS ARAGON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cuando el diagnóstico de la enfermedad celiaca (EC) ha sido tardío, supone que se ha vivido desde la infancia con una serie de molestias abdominales o en la piel, con cambios de carácter que no se pueden controlar,.....con una desazón en fin, que desaparece cuando se comienza con una dieta sin gluten (DSG) ya que uno no es celíaco cuando le diagnostican, sino desde que nace con una sintomatología más o menos silente. Los estudios estadísticos realizados en la población aragonesa, demuestran que 9 de cada 10 celíacos no están diagnosticados, lo que pone de manifiesto la gran cantidad de pacientes con síntomas inespecíficos o atípicos, que son tratados por la sintomatología de un trastorno funcional, pero en los que no se ahonda en averiguar si existe EC. La fiabilidad actual de las pruebas genéticas para determinar la predisposición consustancial a la enfermedad, junto a la mejora y accesibilidad a la realización de técnicas avanzadas en el estudio de las biopsias duodenales, ha permitido identificar a muchas personas cuya calidad de vida ha mejorado tras retirar el gluten de su dieta.

Las personas que se encuentran en esta condición suelen presentar un grado más o menos importante de anemia, por lo que es frecuente que se prescriban aportes suplementarios de hierro, ácido fólico y vitamina B12, según remarque la analítica. Estos suplementos son recomendables hasta que el intestino recupere sus funciones adecuadamente y puedan obtener el hierro por síntesis a través de la alimentación, por eso es el especialista quien a tenor de los datos, decide el momento exacto en que se deben suspender.

La alimentación para celíacos recién diagnosticados debe ser parte de una dieta equilibrada con aporte de todos los nutrientes, pero de manera que la absorción sea fácil y suave dado el estado en que se encuentra su intestino. Los únicos resultados favorables se obtienen implantando esa dieta sin gluten, ya que según la evidencia científica, sólo con ella se consigue la mejoría de los síntomas a partir de las dos semanas; la normalización serológica entre 6 y 12 meses; y la recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los 2 años.

También es recomendable estar unos seis meses sin ingerir lactosa bajo ninguna presentación, ya que existe evidencia científica de que la DSG hace efecto más rápido al principio, si no existe presencia de lactosa.

El diagnóstico tardío de la Enfermedad Celiaca, lleva aparejado el desconocimiento de algunos puntos esenciales para recuperar la calidad de vida en un entorno familiar, laboral y de ocio, normalizado; por ello resulta de máximo interés que la formación sobre las peculiaridades de la EC, la reciban al unísono tanto el paciente, como algún familiar con el que conviva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Al concluir cada taller terapéutico interactivo, el celíaco y familiar habrán aprendido a:

- Conocer la dieta equilibrada sin gluten
- Manejar los autocuidados respecto de la dieta terapia.
- Prevenir la contaminación cruzada.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

523

FORMACION SOBRE TIPOS DE ALIMENTACION Y CONTAMINACION CRUZADA EN PACIENTES CELIACOS DIAGNOSTICADOS DE ADULTOS MEDIANTE METODOLOGIA DE ADIESTRAMIENTO GRUPAL, COMO MEJORA EN SU CALIDAD DE VIDA Y REAFIRMACION EMOCIONAL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A) Actividad de convocatoria.-

a.- Dirigido a pacientes adultos con EC y a sus familiares directos

b.- Captación mediante dípticos informativos distribuidos en las consultas de Digestivo de los CME del Sector II; en la Pta. 8ª del hospital general del HUMS; en la sede de la Asociación Celiaca de Aragón (ACE); en las consultas médicas y de enfermería de la Atención Primaria del Sector II. Asimismo la Unidad de Dietética y Nutrición del HUMS entregará un folleto a cada paciente que ingresado en el hospital por otra patología, conozcamos de su celiaquía, por la solicitud de la dieta nº 13.

c).- Inscripción en la dirección de correo y/o en el teléfono de ACE.

B) Metodología docente

Se trata de impartir conocimientos teórico-prácticos mediante talleres interactivos de 2 horas de duración. La exposición comentada de cada uno de los apartados del programa, llevará una puesta en común entre los participantes y la coordinadora del taller de manera que alguna de las dudas planteadas por un paciente o por un familiar, dé origen a que otro usuario la pueda contestar, con la dirección y epílogo definitivo de la experta que dinamiza.

C) Programa docente.-

-Dieta Equilibrada: Macro y micro nutrientes, e hidratación.

-Conocimiento del gluten: Qué es; dónde se encuentra; cómo actúa y cuál es su función.

-Cereales y pseudo cereales: Prolaminas (gliadina y glutamina) Descripción de maíz, arroz, quinoa, amaranto, tapioca, mijo, algarroba, soja y trigo-sarraceno

-Dieta sin lactosa. Productos lácticos fermentados: Los yogures, los pro-bióticos y el kéfir.

-Contaminación cruzada: ¿Qué es, cómo se previene?

-Etiquetado alimenticio: Normativa y signos identificativos.

-Comer en casa y organizar una cocina celiaca.

-Comer fuera de casa: Hospital; casas familiares y de amigos; restaurantes y hoteles; picnis; comedores escolares y de empresa; organismos públicos; avión; trenes, ... países comunitarios y no comunitarios.

-Impacto emocional del diagnóstico tardío: Habilidades y herramientas a poner en marcha.

D) Cronograma.-

-Cada taller constará de 2 sesiones por cada grupo, de 2,5 horas cada una, en horario de 16,30 a 19,00 horas, haciendo un total de 5 horas lectivas.

-Cada grupo lo integran un máximo de 20 asistentes, previamente inscritos en la Asociación de Celiacos de Aragón.

-La periodicidad será de 1 grupo al mes.

E) Evaluación continua.-

-A la conclusión de cada taller, el grupo de mejora se reúne para cuantificar los resultados de la encuesta de satisfacción.

- Asimismo se estudia de manera cualitativa y cuantitativa, la autoevaluación de mejora personal expresada por el paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores propuestos para la evaluación continua y final son:

-Numero de talleres formativos realizados

-Numero total de pacientes con EC y de familiares, formados

-Encuesta de grado de satisfacción docente; y autoevaluación en la mejora de conocimientos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La propuesta está pensada para que su desarrollo sea de Mayo de 2011 a Marzo de 2012.

-Mayo: Diseño, impresión y distribución de los dípticos y primera captación de asistentes.

-Junio, julio, agosto, octubre, noviembre, enero, febrero y marzo, 1 taller cada mes para 1 grupo diferente.

-Total talleres impartidos= 8

-Total de sesiones formativas impartidas = 16

-Total de horas docentes impartidas = 80

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 523

FORMACION SOBRE TIPOS DE ALIMENTACION Y CONTAMINACION CRUZADA EN PACIENTES CELIACOS DIAGNOSTICADOS DE ADULTOS MEDIANTE METODOLOGIA DE ADIESTRAMIENTO GRUPAL, COMO MEJORA EN SU CALIDAD DE VIDA Y REAFIRMACION EMOCIONAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· *-1.000 dípticos a cuatro colores en la unidad de reprogragrafía 126 €
Total 126 €

11. OBSERVACIONES. ·*-1.000 dípticos a cuatro colores en la unidad de reprogragrafía de la DGA

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 549

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO A PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE PILAR DELGADO BELTRAN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RECASENS FLORES VALLE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- SANZ FLORES MARIA JOSE. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- GARCIA ZUECO JUAN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- BELTRAN MARTIN AZUCENA. AUXILIAR DE CLINICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MAYAYO ARTAL PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MORENO LALLANA MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la protocolización progresiva de los procesos asistenciales a los pacientes del Servicio de Hematología se detectó la falta de homogenización en la implantación de las medidas de aislamiento a los pacientes inmunodeprimidos. Las causas son diversas, en ocasiones el problema viene motivado por imposibilidades logísticas para una adecuada ubicación o atención, en otras por variabilidad de criterios entre los miembros del personal facultativo, tanto en cuanto a la implantación como a la suspensión del aislamiento, y en otras ocasiones también por disparidad en las actuaciones, en el conjunto del personal, una vez definido el establecimiento del aislamiento. Todo ello conlleva un deterioro de la calidad de la asistencia, inseguridad entre el personal a cargo de los pacientes y en los propios pacientes, y suele ocasionar un consumo de recursos innecesario. El proyecto desarrolla una serie de actividades de mejora de la calidad de los cuidados de salud y por consiguiente de mejora de la satisfacción de los pacientes. Es un proyecto no sólo interestamentos, incluyendo a personal facultativo, de enfermería y auxiliares, sino que además es un proyecto interservicios contando con la colaboración imprescindible del Servicio de Preventiva. Este proyecto no precisa financiación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocimiento por parte de todo el personal del Servicio de Hematología (facultativos, enfermería, auxiliares, estudiantes, celadores) de los diferentes tipos de aislamiento (estricto, de contacto, respiratorio, entérico o digestivo, parenteral, de protección o inverso) y de las actuaciones que implican cada uno de ellos, para la prevención de la transmisión de enfermedades contagiosas reconocidas o sospechas en los pacientes ingresados. 2. Homogenización mediante la unificación de criterios para, tanto la implantación, como la duración y suspensión de los diferentes tipos de aislamiento. 3. Realización de una guía de recomendaciones de aislamiento en pacientes hematológicos inmunodeprimidos al alcance de todo el personal sanitario del hospital, mediante su inclusión en un protocolo asistencial.

Con todo ellos se pretende aumentar la seguridad de los pacientes, minimizando gastos e incrementando la satisfacción por parte de los pacientes y sus acompañantes al ver una homogenización de criterios en las actitudes de los profesionales sanitarios ante el aislamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Definición de los diferentes tipos y grado de aislamiento para los pacientes inmunodeprimidos del Servicio de Hematología (aislamiento ambiental, alimenticio...). Responsables: Dra Delgado, Dr. Santana, María José Sanz (Supervisora del Servicio de Hematología)? 2- Definición y estratificación de los pacientes según el riesgo infeccioso: Dra Delgado, Dra Recasens. 3- Redacción de los protocolos de actuación: Dra Delgado, Dra Recasens?, María Moreno Azucena Beltrán

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

549

ESTANDARIZACION DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO A PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA

4- Difusión al Servicio de los criterios definidos de aislamiento y de las actuaciones a seguir en cada uno de los casos mediante diferentes sesiones del servicio y del personal de hospitalización: Dra Mayayo, M^a José Sanz, María Moreno

5- Colaboración con el servicio de informática para disponer en la intranet hospitalaria de los protocolos de actuación. Responsable: Dr García Zueco

6- Evaluación de los resultados obtenidos tanto de difusión al personal como de implantación de las medidas de aislamiento, mediante el cómputo de los indicadores establecidos. Responsables: Dra Delgado, M^a José Sanz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Primer objetivo, fase inicial: Formación de todo el personal sobre las medidas de aislamiento con difusión a los diferentes miembros del personal de las actuaciones a llevar a cabo.

Indicador: Número de personas del servicio de hospitalización que asisten a las reuniones de divulgación del Servicio.

Estandar: 95%

2- Segundo objetivo, fase final: Implantación adecuada de las medidas de aislamiento.

Indicador: Porcentaje de pacientes en los que se ha aplicado de manera adecuada los protocolos de aislamiento.

Estandar: 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fechas del proyecto: Abril 2011- Enero 2012.

Cronograma de actividades:

1- Definición de los diferentes tipos de aislamiento: Abril-Mayo 2011

2- Definición y redacción de la estratificación de los pacientes según el riesgo infeccioso: Abril-Mayo 2011

3- Redacción de los protocolos de actuación: Junio-Julio-Agosto 2011

4- Difusión al Servicio de los criterios definidos de aislamiento y de las actuaciones a seguir en cada uno de los casos mediante diferentes sesiones del servicio y del personal de hospitalización: Septiembre-Octubre 2011

5- Colaboración con el servicio de informática para disponer en la intranet hospitalaria de los protocolos de actuación: Octubre 2011

6- Evaluación de los resultados obtenidos tanto de difusión al personal como de implantación de las medidas de aislamiento, mediante el cómputo de los indicadores establecidos: Diciembre 2011-Enero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

534

CATETERISMO CARDIACO: MANUAL PRACTICO DE PREPARACION DEL PACIENTE Y CUIDADOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO DIARTE DE MIGUEL
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGÍA. HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENC
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALACHE OSUNA JOSE GABRIEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA. HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENC
- SANCHEZ-RUBIO LEZCANO JUAN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA. HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENC
- GUILLEN MARZO MARTA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- FERRER GRACIA MARIA CRUZ. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA. HEMODINAMICA
- CHUECA TORAL LORENA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA. HEMODINAMICA
- SANCHEZ INSA ESTHER. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cateterismo cardiaco diagnóstico y/o intervencionista engloba una serie de procedimientos invasivos cuyos riesgos generales se hallan claramente definidos y cuantificados en la bibliografía médica. En el año 2005, la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario Miguel Servet editó el manual "Cateterismo cardiaco: Protocolos de preparación y cuidados". Dicho manual pretendía estandarizar la preparación de los pacientes para el cateterismo, así como los cuidados recibidos tras el mismo a la luz de la medicina basada en la evidencia. El objetivo final se centraba en reducir la variabilidad en la asistencia médica y de enfermería a nuestros pacientes, reduciendo el número de procedimientos suspendidos por preparación inadecuada, pero sobre todo reduciendo el número de complicaciones derivadas del mismo y su gravedad. El manual ha sido ampliamente utilizado durante estos años en nuestro hospital por todos los servicios y unidades relacionados con la Unidad de Hemodinámica (Cardiología, Cuidados Intensivos, Urgencias) como por otros hospitales para los que hemos actuado como centro de referencia. Sin embargo, en estos años han acontecido una serie de circunstancias que hace precisa la revisión y actualización del texto. En primer lugar, la cartera de procedimientos incluidos en el cateterismo cardíaco se ha incrementado (ej. programas como el TRIAMAR para el tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio o técnicas como la Tomografía de Coherencia Óptica) al igual que se ha modificado o ampliado el arsenal farmacológico disponible para su realización (ej. generalización del uso de la enoxaparina, incorporación de la bivalirudina y el prasugrel, etc.) generando situaciones no contempladas en el texto previo y que son fuente potencial y cotidiana de problemas en la práctica clínica por falta de estandarización. En segundo término, el número de procedimientos realizados y su complejidad ha crecido de forma rápida y continuada. A pesar de ello, la tasa de complicaciones observada se ha mantenido baja. El resultado con relativa frecuencia observado es la banalización de los riesgos del cateterismo por parte del personal sanitario (y por ende del paciente y su familia) junto a una relajación en el cumplimiento de los protocolos. No es infrecuente observar deficiencias en la información al paciente y familiares, de igual modo que fallos en la preparación del paciente o en los cuidados que recibe tras el cateterismo. De una parte y como problema fundamental, este hecho es fuente potencial de complicaciones e iatrogenia para el paciente. De otra parte, puede ser fuente de conflictos legales para el personal sanitario y la Administración. Ambos riesgos pueden ser minimizados a través de la protocolización, la difusión de los protocolos y la concienciación de todo el personal sanitario y no sanitario que interviene en el cuidado de los pacientes. En tercer lugar, tras seis años desde su edición, resulta evidente la necesidad de revisar la evidencia científica disponible y actualizar los protocolos a fecha de hoy

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el conocimiento que los profesionales sanitarios implicados en cualquier fase de un cateterismo cardíaco tienen de sus riesgos potenciales y asegurar que transmiten esta información de una forma suficiente y comprensible al paciente y su familia.
2. Concienciar a los profesionales sanitarios implicados en cualquier fase de un cateterismo cardíaco de la importancia del manejo protocolizado de los

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

534

CATETERISMO CARDIACO: MANUAL PRACTICO DE PREPARACION DEL PACIENTE Y CUIDADOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

pacientes para minimizar la probabilidad de complicaciones, su gravedad y secuelas.

3. Mejorar la preparación del paciente antes de un cateterismo cardiaco evitando la suspensión procedimientos programados por preparación inadecuada y minimizando el riesgo de complicaciones per y postprocedimiento. Para ello, estandarizar las actividades preventivas y cuidados necesarios precisas en todos los pacientes y especialmente aquellas en pacientes de alto riesgo: diabetes, anticoagulación, insuficiencia renal, reacción anafilactoide previa a contrastes yodados, etc.

4. Estandarizar los cuidados postcateterismo, previniendo en lo posible las complicaciones mediante normas generales y la atención a las características del paciente y su comorbilidad, tipo de procedimiento realizado, medicación dispensada, vía vascular de acceso, etc.

5. Estandarizar el manejo de las complicaciones más frecuentes o graves (ej. sangrado en el punto de acceso vascular, sospecha de oclusión subaguda de un stent, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión de la bibliografía médica disponible, actualizada desde la edición previa de la guía. Elaboración de protocolos específicos.

2. Elaboración de un borrador reedición de la guía de preparación y cuidados

3. Revisión del borrador por personal sanitario entrenado y con amplia experiencia participante en alguna de las fases del cateterismo cardíaco

4. Edición de la guía actualizada de preparación y cuidados para el cateterismo cardíaco

5. Difusión e implante de la nueva guía

La responsabilidad del proceso será colegiada, actuando el responsable principal al mismo tiempo como coordinador y monitor del proceso y editor jefe de la nueva guía.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Edición impresa de la guía y edición en formato electrónico accesible en la intranet del hospital

2. Estudio del cumplimiento de la guía en dos de sus protocolos específicos tras un mes de su difusión e implante

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Abril 2011

Finalización: Marzo 2012

Fase 1. Distribución de protocolos, revisión de la evidencia y elaboración de los nuevos protocolos. Abril-Junio 2011

Fase 2. Revisión de los protocolos por observadores externos. Julio-Agosto 2011

Fase 3. Edición impresa y electrónica de la guía. Septiembre-Noviembre 2011

Fase 4. Difusión e implante. Diciembre 2011-Enero 2012

Fase 5. Monitorización del cumplimiento. Febrero-Marzo 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PAPELERIA-EDITORIAL	500 €
· INFORMÁTICA	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

335

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ESTRATIFICACION PRONOSTICA Y USO ADECUADO DE TAC EN EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ANA DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CABISTANY ANA CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- ARTIGAS JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- POVAR JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- BAJADOR EDUARDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. APARATO DIGESTIVO
- OLIETE MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- USIETO LAURA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- CALLAO JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La pancreatitis aguda (PA) constituye un importante problema de salud, ya que afecta a un elevado núcleo de población (entre 30-70 años) y aunque la mayoría de los casos de pancreatitis edematosa son leves y cursan con mínima disfunción orgánica y escasa repercusión sistémica; en un pequeño grupo (10-20%) se produce necrosis glandular que condiciona un peor pronóstico y una elevada mortalidad (hasta el 40%). En Urgencias, es fundamental identificar aquellos pacientes con PA grave y aquellos con elevado riesgo para desarrollarla, ya que ello derivará en una estrecha vigilancia y una posible intervención. Para ello se ha elaborado un protocolo asistencial para la estratificación de gravedad de la PA en el área de Urgencias, consensado con los Servicios implicados y aprobado recientemente por la Comisión de Tecnología. Se han descrito una serie de parámetros clínicos, analíticos como predictores de gravedad de la PA, pero es indudable la necesidad de la tomografía computarizada abdominal para constatar las complicaciones locales, en concreto la presencia de necrosis pancreática y su extensión, que permite establecer un índice de gravedad. Con frecuencia la presencia de necrosis pancreática no se hace evidente en el estadio precoz de la PA, por lo que se recomienda la realización de la tomografía computarizada después de iniciar el tratamiento y a partir de las 72 horas de los síntomas en aquellos pacientes identificados de alto riesgo de desarrollar una PA grave (al ingreso o a las 48 horas del mismo). Por lo que inicialmente no está indicada en aquellos con PA de bajo riesgo y en aquellos identificados de alto riesgo tampoco antes del tercer día, salvo dudas en cuanto a diagnóstico diferencial. Dado que hemos observado una gran variabilidad en el abordaje diagnóstico de estos pacientes, se pretende mejorar la actuación diagnóstica en función del protocolo establecido.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Para homogeneizar en la medida de lo posible la estrategia pronóstica de esta entidad, hemos considerado oportuno elaborar y aplicar un protocolo de estratificación de gravedad basado en las guías de práctica clínica que se inicie ya en el momento en que el paciente entra en Urgencias, y con el que se pretende conseguir:

- 1.- En los pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda, evaluar la estratificación de gravedad, según criterios al ingreso y a las 48 horas del ingreso.
- 2.- Revisar los indicadores de seguimiento del protocolo del Servicio de Urgencias.
- 3.- Reducir la realización de exploraciones redundantes o innecesarias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actuaciones previstas en este proyecto van dirigidas al siguiente grupo de pacientes:

1. Pacientes adultos (mayores de 18 años) que acuden a Urgencias, ya sean remitidos por Médico de Atención Primaria, Especialista o por iniciativa propia, con dolor abdominal y evidencia de elevación de amilasa y/o lipasa en suero mayor de tres veces su valor normal, compatible con el diagnóstico de pancreatitis aguda.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 335

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ESTRATIFICACION PRONOSTICA Y USO ADECUADO DE TAC EN EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN URGENCIAS

Se excluirá a aquellos pacientes con dolor abdominal de diagnóstico incierto, pancreatitis aguda que cumplen criterios de fallo orgánico en el primer momento de valoración en Urgencias.
Se pretende evaluar el grado de seguimiento del protocolo mediante la monitorización de los indicadores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la evaluación del protocolo se han elegido los siguientes criterios con su correspondiente indicador:
- 1.- Valoración de la gravedad en pacientes con pancreatitis aguda
 - 2.- La no realización de tomografía computarizada abdominal en pacientes con pancreatitis aguda (PA) de buen pronóstico

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda con valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100
El valor esperado deberá ser superior al 85%.

2. Porcentaje de pacientes con pancreatitis aguda de buen pronóstico y realización de tomografía computarizada (TC) abdominal (Nº de pacientes con PA de buen pronóstico a los que no se les realiza TC abdominal en las primeras 72 horas de los síntomas / Nº de pacientes con PA con criterios de buen pronóstico atendidos) x 100
El valor esperado deberá ser inferior al 5%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Protocolo elaborado 2011: Recientemente aprobado por la Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos, pendiente instalarlo en intranet del Sector II
- 2.- Implementación protocolo: Mayo 2011
 - 3.- Recogida de datos para cálculo de indicadores: Junio-diciembre 2011
 - 4.- Presentación de resultados: Febrero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Soporte informático: Ordenador portatil/Notebook	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

273

SON-RISAS CADA JUEVES

2. RESPONSABLE MARTA DOMINGUEZ GARCIA

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PEDIATRÍA B, CIRUGÍA, ONCOPEDIATRÍA, INFECCIOSAS.
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARNAL PEREZ ELVA. CLOWN. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PEDIATIA B, CIRUGIA, ONCOPEDIATRIA, INFECCIOSAS
- LARDIES PEREZ ROSA. CLOWN. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PEDIATIA B, CIRUGIA, ONCOPEDIATRIA, INFECCIOSAS
- ALASTRUE NUÑEZ ELENA. CLOWN. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PEDIATIA B, CIRUGIA, ONCOPEDIATRIA, INFECCIOSAS
- CLEMENTE ROLDAN ENRIQUE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PREVENTIVA
- VELA MARQUINA MARIA LUISA. ADMINISTRATIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- NOYA CASTRO CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Clowntagiosos es una asociación constituida por iniciativa de estudiantes de medicina y formada íntegramente por voluntarios. Desde Mayo de 2009 visita semanalmente el Hosp.Inf. Miguel Servet (HIMS) donde ha implantado el modelo de Clown-Doctors (payasos de hospital) establecido en los años 70s en Nueva York. Nuestros objetivos, sobre los cuales vamos a seguir trabajando son:

- Minimizar el stress que supone la hospitalización ofreciendo momentos de distracción a los niños ingresados y sus familiares
- Colaborar estrechamente con el equipo sanitario del servicio para personalizar la atención y humanizar la asistencia
- Integrarse en la dinámica hospitalaria semanal aportado un nuevo enfoque psico-social en la relación con el paciente
- Evaluar la calidad de nuestra intervención para mejorar y adaptarnos a las necesidades del paciente, familiares y personal hospitalario

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir unos niveles de satisfacción global alta, superior al 70%, en los resultados de las encuestas por parte tanto de los niños como de los familiares. Mostrando así que nuestra actividad cumple sus objetivos y que tiene buena aceptación dentro de los diferentes servicios del HIMS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Clowntagiosos lleva a cabo su actividad mediante el modelo de Clown-Doctors desarrollado por las Clown-Clare Units de Nueva York. Este modelo establece unos principios básicos para garantizar una asistencia de calidad basada en el respeto y la búsqueda de confianza en el niño:

- Los Clown-Doctors visitan a los niños por parejas pasando por cada habitación
- Utilizan los elementos sanitarios para jugar con ellos y reducir la carga negativa asociada al mundo hospitalario
- Los Clown-Doctors piden permiso antes de entrar a las habitaciones: al personal sanitario, a los padres y a los niños... el respeto es prioritario.
- En cada habitación, los Clown-Doctors buscan provocar emociones y risa para que el niño tome el control, juegue y estreche lazos con los que le acompañan.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Después de la visita semanal (jueves en horario de tarde) los Clown-Doctors reparten encuestas, auto-administrables y anónimas, para conocer el grado de satisfacción de los padres y niños; y además cada Clowntagioso completa una valoración individual de la intervención para poder evaluar la actividad en su conjunto y la de cada clown en particular.

Estas encuestas son después estudiadas por el departamento de Medicina Preventiva del HUMS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De marzo del 2010 a marzo del 2011.

La actividad es desarrollada todos los jueves del año (incluidos festivos) en horario de tarde (de 16:00 a 20:30).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

273

SON-RISAS CADA JUEVES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Al salirse nuestra actividad fuera de los patrones habituales, nos hemos encontrado con alguna dificultad a la hora de rellenar este cuestionario (profesión, servicio...). Esperamos haberlo realizado adecuadamente y en caso contrario pueden ponerse en contacto con nosotros a través de la dirección de correo electrónico anteriormente citada.

Un saludo clowntagioso

Marta y Elva.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

378

PROGRAMA PARA GARANTIZAR LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVM), EN CONCORDANCIA CON EL PROYECTO NEUMONÍA CERO

2. RESPONSABLE EVA MARIA ECHARRI MARTIN

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CUIDADOS INTENSIVOS UCI POLIVALENTE
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- YARZA ALONSO MARIA ANTONIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE INTENSIVOS
- MAHAVE CARRASCO ROSA BLANCA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE INTENSIVOS
- GONZALEZ PEREZ ANA MARIA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO INTENSIVOS
- ORTEGO SANZ ESTHER. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO INTENSIVOS
- TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO INTENSIVOS
- FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO INTENSIVOS
- GUTIERREZ IBAÑES PABLO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en las Unidades de Medicina Intensiva (ENVIN-UCI) , determinó en su estudio del año 2008 que la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) representaba la infección nosocomial más frecuente en las unidades de cuidados intensivos de nuestro país, con una incidencia del 44,9%.

La NAVM está relacionada con una elevada morbilidad y aumento de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento de costes sanitarios e incremento de la presión asistencial, sin olvidar que la instauración de una vía aérea artificial con terapia de ventilación mecánica, es una de las técnicas más traumáticas para el paciente, tanto por su impacto psicofísico como por las posibles complicaciones que ello desencadena.

Conscientes de esta situación, el grupo de mejora de la calidad asistencial de uci polivalente del HUMS, diseña una estrategia de actuación fundamentada en:

- comparar la tasa de NAVM de nuestro servicio que es de 18,25 (por 1000 días de ventilación mecánica), con la tasa de NAVM nacional, que es de 14,95 .
- estudiar revisiones sistemáticas relacionadas con la incidencia y prevención de NAVM
- revisar niveles de recomendación de las medidas incluidas en las Guías de Prevención de NAVM (CDC, C Trials Group, Joanna Briggs Institute, Scielo, SEMICYUC-Fundación Avedis-Donavedian...)
- y realizar benchmarking respecto de diferentes hospitales españoles desde 1999 hasta el 2011, del grado de aplicación de las medidas y de resultados obtenidos de la tasa de NAVM.

Al comprobar el éxito tras la implantación de estas medidas, se decide poner en marcha un programa de sensibilización, con encuesta y formación, relacionado con la incidencia y prevención de la NAVM para todo el personal de nuestra unidad.

Para asegurar una mayor adherencia a las medidas de prevención de la NAVM,

-se implicará tanto a médicos como al personal de enfermería, y así no olvidarnos de que "la calidad es asunto que nos compete a todos".

-se potenciará una mejora en la seguridad hacia el paciente por disminuir el riesgo de sufrir sucesos adversos por ser portador de vía aérea artificial. No olvidemos que una intervención rutinaria deficiente pone en riesgo al paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Equiparar nuestra tasa de NAVM (18,25) al nivel de la tasa nacional que es de 14,95. Tasas expresadas por 1000 días de ventilación mecánica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Fase de Sensibilización.

Sensibilización del personal de la unidad mediante un test de autoevaluación que determine el grado de conocimiento sobre las Guías de Prevención de la NAVM, para ello se elaborará un test basado en el Programa Corporativo de Neumonía Ciberes (Centro de investigación biomédica en red de enfermedades)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 378

PROGRAMA PARA GARANTIZAR LA PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA (NAVM), EN CONCORDANCIA CON EL PROYECTO NEUMONIA ZERO

respiratorias), adaptado a nuestras necesidades.

Responsables: R.Mahave, E.Echarri, M^aE.Tomey, (enfermeras)

2.Fase de información.Consta de dos actividades:

-comentar resultados obtenidos del test

-información mediante sesiones educativas sobre las guías de prevención de NAVM y de medidas a adoptar en nuestra unidad.

Con ello se quiere conseguir un cambio de conductas estandarizadas por la practica clinica en el paciente portador de vía aérea artificial.

Responsables:P.Ibañes,L.Fernández,E.Ortego,E.Echarri,M.Tomey

3.Trazabilidad Informática.

En esta fase se mejorará la trazabilidad de los registros médicos y enfermeros en el programa Clinisoft, al respecto de los cuidados preventivos de la NAVM,(registro de aspiración subglótica,presión de neumotapón inicial y final,inserción de tubo subglótico,etc...) haciendo más completo el programa y mejorando indicadores de calidad de la SEMICYUC.

Responsables:Dr González, Sanz, Dr Mareca López ,E.Ortego,

4.Revisión de Cuidados.

Se basa en la cumplimentación de una hoja de chequeo de cuidados para la Neumonía zero,realizada por nosotros mismos, que garantice que a todo paciente con vía aérea artificial se le están realizando los cuidados establecidos.

Responsables.Dr. Gonzalez Sanz,Dr.Mareca Lopez,A.González,E.Echarri,E.Ortego,M.Tomey,M.Yarza.

5.Medición de indicadores y propuestas de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Nº de test de autoevaluación cumplimentados/ Nº de personal sanitario que trabajan en la unidad

Se monitorizará con la contabilidad de test entregados al grupo de mejora.

2.Nº de personal sanitario formado/Nº de personal sanitario que trabaja en la unidad

Se monitoriza con hoja de asistencia de sesiones informativas y entregadas al grupo de mejora.

3.Nº de chequeos realizados con periodicidad semanal/ Nº de pacientes intubados de ese día.

Se monitorizará con la entrega de hojas de chequeo cumplimentadas y entregadas al grupo de mejora.

4.Tasa de NAVM, expresada por 1000 días de ventilación mecánica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril .Realización de test autoevaluación y entrega de los test al personal de la unidad.

Mayo .Recogida de test y sesiones informativas.

Junio.Adaptación de registros al programa informático e implantación de cuidados.

de Julio a Octubre.Registros de cuidados y chequeo semanal.

de Noviembre a Diciembre.Calcular primeros resultados a partir de un estudio de investigación descriptiva del total del numero de pacientes registrados con hoja de chequeo cumplimentada,segun frecuencia de realización de medidas preventivas,numero de dias de ventilación mecánica e incidencia de NAVM, en el período comprendido de Julio a Diciembre del 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

*Carpetas y plastificadores para presentación	150 €
Total	150 €

11. OBSERVACIONES. *Carpetas y plastificadores para presentación de documentos, encuesta, hoja de chequeos....

Hay material disponible en la unidad de partidas adquiridas de equipos de intubación para aspiración subglótica y manómetros para medición de presión de neumotaponamiento.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

378

PROGRAMA PARA GARANTIZAR LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVME), EN CONCORDANCIA CON EL PROYECTO NEUMONÍA CERO

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

352

IDENTIFICACION DE LOS EQUIPOS DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA Y ELABORACION DE FICHAS DE EQUIPOS CON TRAZABILIDAD, SEGUN NORMA ISO 15189

2. RESPONSABLE PILAR EGIDO LIZAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OMEÑACA TERES MANUEL. MEDICO. HOSPITAL "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- SABATE AINETO DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- YAGÜE LARRIBA DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- PEREIRA BOAN JAVIER. MEDICO. HOSPITAL "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- LOPEZ BORRAZ CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- BAEZ NATALIA. MEDICO. HOSPITAL "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- MARTINEZ CAMEO NIEVES. TEL. HOSPITAL "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia permite llevar a cabo de manera eficaz la implantación de un sistema de calidad en los laboratorios clínicos. La norma abarca tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, incluyendo la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales. Desde octubre de 2006, el proyecto de acreditación se convierte en objetivo del Salud para todos los laboratorios de Aragón. Este mismo año el laboratorio de Microbiología inicia un proyecto de implantación de mejora de calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 15189 siguiendo las líneas de trabajo dictadas por la consultora del salud y el grupo de mejora del Servicio de Microbiología.

El sistema de gestión de la calidad se valora como una herramienta útil de trabajo, por lo que se demanda su continuidad y extensión en el resto del laboratorio desde la unidad de Virología.

La oportunidad de mejora consiste en la ampliación de algunos requisitos requeridos por la Norma que sean aplicables a todo el laboratorio aunque no estén bajo alcance de acreditación.

Se ha seleccionado la identificación de todos los equipo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La auditoría externa realizada por ENAC el 24 de Marzo de 2009 tiene como resultado la acreditación de la Unidad de Virología para las técnicas de antigenemia de citomegalovirus, cultivo del virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios, Acreditación nº 742/LE1584 y fecha de entrada en vigor 25/ 9/2009. La primera visita de seguimiento se realiza en un plazo no superior a un año desde la concesión de la acreditación y los siguientes seguimientos se realizan no más tarde de 18 meses desde la última visita, notificando la fecha a la entidad con antelación.

En la auditoría externa realizada por ENAC el 27 de Septiembre y el 26 de Octubre de 2010 se mantiene la acreditación de Virología para las técnicas arriba indicadas y se amplía para

??DETERMINACION DE MARCADORES SEROLÓGICOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB)

- HBs Ag = Antígeno de superficie
- Anti HBC = Ac.de tipo IgG e IgM frente al Ag. core
- HBe Ag = Antígeno "e"
- Anti HBe = Ac. frente al antígeno "e"
- Anti HBC IgM = Ac. tipo IgM frente al Ag. core

Anti HBs= Ac. frente al Ag. de superficie

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

352

IDENTIFICACION DE LOS EQUIPOS DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA Y ELABORACION DE FICHAS DE EQUIPOS CON TRAZABILIDAD, SEGUN NORMA ISO 15189

??Tinción de Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas

??PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS: CARGA VIRAL DE VHC Y VIH

La identificación de los equipos de los alcances está realizado ya que ha habido una observación de ENAC

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Extender la filosofía de la Norma ISO 15189 a todo el servicio

Preparar el laboratorio para próximas acreditaciones en uno de los puntos más costosos de la norma

Resolver una de las observaciones que ENAC ha hecho durante dos años consecutivos a nuestro laboratorio.

Implicar a todo el personal facultativo del laboratorio y a la gran mayoría del personal técnico. De esta forma la filosofía de trabajo que impone la Norma se va a extender a todo el laboratorio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elaborarán los siguientes documentos:

1. Listado de las ubicaciones del nuevo laboratorio
2. Rotulación de las ubicaciones con el código utilizado en los alcances de la acreditación (UB-XX-Z2(E)M_L-MB)
3. Listado de todos los equipos del laboratorio donde se recoja:
 - Código equipos (EQ-XX-Z2(E)M_L-MB)
 - Nombre
 - N° de Inventario
 - Modelo
 - Rango /Precisión
 - N° Serie
 - Proveedor
 - Fecha puesta en servicio
 - Fecha de baja
 - PTE Funcionamiento
 - PTE Mantenimiento

Además se diseña un modelo de ficha que se reparte entre todos los facultativos del servicio donde, además de los apartados citados se pueda añadir las incidencias de cada uno de los equipos (reparaciones, periodos fuera de uso etc.) Los ítems utilizados en la ficha responden a los que marca la Norma ISO 15189.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Rotular con etiquetas adhesivas cada una de las ubicaciones

Implantados	ND	>70%			
2-Diseñar la ficha de los equipos	Realizado SI/ NO	No	Si		
3-Formación del personal adscrito	(N° personas formadas/N° personas adscritas a los alcances)*100	ND	=>70%		
4-Rotular con etiquetas adhesivas cada uno de los equipos	Implantados	ND	=>70%		
5-Cumplimentación de las fichas de equipos	N° de fichas realizados/N° equipos totales previstos* 100	ND	=>70		

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Listado e identificación de ubicaciones Marzo- abril 2011

Diseño de la ficha Marzo- abril 2011

Entrega de las fichas a los responsables técnicos Mayo 2011

Cumplimentación de las fichas Mayo-Octubre 2011

Finalización del Listado de Equipos Diciembre 2011 con la auditoría externa ENAC

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 352

IDENTIFICACION DE LOS EQUIPOS DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA Y ELABORACION DE FICHAS DE EQUIPOS CON TRAZABILIDAD, SEGUN NORMA ISO 15189

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Inscripción Congreso Calidad		600 €
	Total	600 €
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR		

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 459

1. TÍTULO

INFORMATIZACION Y RECOGIDA DE DATOS EN LA VISITA PREANESTESICA EN PACIENTES DE CIRUGIA CARDIO-TORACICA

2. RESPONSABLE RUT ESPINOSA CASTELLS
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACIÓN
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BUIL LANASPA BERTA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA
 - GARAFULLA GARCIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA
 - MARTINEZ NUEZ SILVIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA
 - PEREZ MURILLO ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
 - RECUERO DIAZ JOSE LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La valoración preanestésica de los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía cardiotorácica se realiza prácticamente siempre mediante hojas de interconsulta. Con el sistema actual, es imposible determinar el tiempo transcurrido entre la emisión de las mismas y su realización así como el neto de pacientes atendidos en cada especialidad. Además, siendo impredecible el número de interconsultas no siempre existe un facultativo disponible para su ejecución, por lo que parece necesaria la implantación de un registro fiable para justificar la optimización de recursos y personal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos obtener un registro reglado de todas las colaboraciones solicitadas intentando así mejorar los tiempos de realización y por tanto la calidad asistencial del paciente q va a ser intervenido de cirugía cardiotorácica. También nos planteamos que sería fundamental que tanto los anesthesiólogos de la unidad cardiotorácica como los cirujanos implicados lográramos cumplimentar correctamente todos los apartados existentes en las hojas de colaboración para q el posterior registro resultara fidedigno.

Del mismo modo, garantizando la realización de dichas colaboraciones evitaríamos suspensiones quirúrgicas por paciente "no visto" (ningún anesthesiólogo lo ha valorado ni le ha entregado el consentimiento informado por lo que no se puede llevar a cabo una anestesia) o por falta de pruebas complementarias que se consideraban imprescindibles para el acto anestésico.

Más concretamente, nuestros objetivos principales serían:

- >75% de interconsultas contestadas en las primeras 24h y 85% en las primeras 48h
- <1% de suspensión por causa Anestésica pura - entendiéndose paciente no visto o falta de pruebas complementarias-
- >80% de hojas emitidas perfectamente cumplimentadas (>95% de ítems cumplimentados)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Pretendemos crear una base de datos Excel en un hardware portátil en la que los siete facultativos especialistas del grupo de Anestesia cardiotorácica registraremos:

1. fecha de emisión de la hoja de interconsulta
2. fecha y hora de recepción de la misma
3. fecha y hora de realización
4. facultativo solicitante
5. especialidad solicitante
6. anestesista encargado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 459

INFORMATIZACION Y RECOGIDA DE DATOS EN LA VISITA PREANESTESICA EN PACIENTES DE CIRUGIA CARDIO-TORACICA

- 7. fecha estimada de intervención quirúrgica
- 8. hoja correctamente o no cumplimentada

y en función de los datos obtenidos presentar estadísticas reales de lo que está ocurriendo actualmente para intentar llegar a los objetivos planteados en un periodo de un año.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todos los indicadores se extraerán a partir del registro de las hojas de consulta, a excepción del número total de intervenciones que obtendremos del parte de quirófano.

- Porcentaje de pacientes cuyo preoperatorio anestésico se lleva a cabo mediante hoja de interconsulta entre Cirugía Cardíaca o Torácica y Anestesia
- Porcentaje de pacientes que son visitados en las primeras 24h post recepción de la hoja
- Porcentaje de pacientes que son visitados en las primeras 48h post recepción de la hoja
- Porcentaje de pacientes suspendidos por no haber sido completada la visita anestésica
- Porcentaje de pacientes con hojas perfectamente cumplimentadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio el 1 de abril de 2011 y evaluación del proyecto el 1 de abril de 2012.

- Cronograma
 - i. Informar a los servicios quirúrgicos empleados de la necesidad de cumplimentar correctamente las hojas de consulta. Desde el 1 al 15 de Abril
 - ii. Creación de la base de datos. Desde el 1 al 15 de abril
 - iii. Primera evaluación de resultados. Del 1 al 7 de mayo
 - iv. Sucesivas evaluaciones mensuales. Del 1 de Junio al 1 de abril de 2012
 - v. Introducir los cambios necesarios.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Hardware portátil práctico y de uso fácil que resulte válido	579 €
·	24 €
Total	603 €

11. OBSERVACIONES. *Hardware portátil práctico y de uso fácil que resulte válido en cualquier planta de hospitalización y en cualquier quirófano (iPad 2 Wifi 32 GB).

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA PROTECCION RADIOLOGICA DEL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO: EVALUACION DE LA SITUACION ACTUAL, CREACION DE BASE DE DATOS DOSIMETRICA DE PACIENTES Y ADOPCION DE MEDIDAS PROTOCOLIZADAS PARA INCREMENTO DE SU SEGURIDAD RADIOLOGICA

2. RESPONSABLE DELIA ESTEBAN LORENTE
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE HEMODINÁMICA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO CEBOLLERO ISABEL. HEMODINAMISTA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE HEMODINAMICA
- DIARTE DE MIGUEL JOSE ANTONIO. HEMODINAMISTA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE HEMODINAMICA
- CALDERON RIERA SOLEDAD. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE HEMODINAMICA
- OLIVER VALCARCEL EVA MARIA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE HEMODINAMICA
- MORANCHO VIDAL LEONOR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE HEMODINAMICA
- BALLARIN PONS DOLORES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE HEMODINAMICA
- GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FISICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El gran desarrollo que se ha producido en los últimos años en los aspectos clínicos y tecnológicos de la hemodinámica y cardiología intervencionista, no se ha seguido de una mejora similar en lo que se refiere a la seguridad radiológica de los profesionales y de los pacientes. A pesar de que la normativa vigente (Real Decreto 1976/1999) obliga a implantar en todas las unidades asistenciales de radiodiagnóstico e intervencionismo un programa de garantía de calidad, que compagine la calidad técnica de los procedimientos con la máxima seguridad, el grado de cumplimiento de la normativa es bajo.

Actualmente la práctica de la cardiología intervencionista en España requiere desde el punto de vista normativo, además de la formación mediante cursos específicos del personal sanitario que trabaja en este tipo de instalaciones:

- a) La utilización de equipos específicamente diseñados para esta práctica e instalados en salas adecuadas. El grado de cumplimiento de este aspecto es bueno.
- b) Medir y registrar las dosis que se imparten a los pacientes. El cumplimiento es en general escaso.
- c) Para los profesionales se aplican límites de dosis ocupacionales que no se deben sobrepasar. El cumplimiento en el uso de los dosímetros y el riesgo radiológico es mejorable.

En nuestro medio:

- a).- Los equipos radiológicos que se utilizan en nuestra unidad intervencionista son adecuados y disponen del equipamiento necesario para cuantificar la radiación emitida y estimar la dosis de radiación impartida a cada paciente en cada procedimiento.
- b).- La dosimetría al paciente derivada de los parámetros del sistema es posible pero no se registra sistemáticamente. Aun cuando en los equipos actuales dicha posibilidad existiría, dicha información es temporal, y no queda archivada en el historial del paciente.
- c).- No existe una planificación que aun fijando como prioridad el objetivo clínico, busque optimizar la dosis de los pacientes y de los profesionales.

Cuestiones planteadas:

- 1.- ¿Estamos irradiando a los pacientes lo estrictamente necesario?.
- 2.- ¿Estamos trabajando con un nivel de riesgo radiológico "razonable" para el equipo sanitario que participa en el procedimiento?.
- 3.- ¿Podríamos reducir estos riesgos sin comprometer la calidad de nuestro trabajo?.
- 4.- ¿Estamos cumpliendo la normativa de medida y registro de dosis estimadas impartidas a

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Creación de una base de datos a ser posible en el servidor del Hospital Universitario Miguel Servet, para el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 051

INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES EN LA SECCION DE HEMOSTASIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189

2. RESPONSABLE NURIA FERNANDEZ MOSTEIRIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TORRES GOMEZ MANUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- LATORRE MARCELLAN PEDRO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- GUERRA GRASA MARIA PAZ. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- BOCOS TERRAZ ESTHER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- RUBIO FELIX DANIEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia permite llevar a cabo de manera eficaz la implantación de un sistema de calidad en los laboratorios clínicos. La norma abarca tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, incluyendo la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales. Desde octubre de 2006, el proyecto de acreditación se convierte en objetivo del Salud para todos los laboratorios de Aragón. El proceso de acreditación se inició en el año 2006 con el apoyo de una consultora y ha culminado la primera fase con la realización de la auditoría externa por parte de ENAC con resultado satisfactorio. ENAC evalúa regularmente a las entidades acreditadas, comprobando que mantienen su competencia técnica mediante visitas de seguimiento y auditorías de reevaluación. Nuestra oportunidad de mejora se basa en la ampliación a nuevos alcances en concreto los referidos al estudio de básico de hemostasia. La ampliación implica a todo el personal facultativo del laboratorio y a la gran mayoría del personal técnico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo final será conseguir la acreditación ENAC para los nuevos alcances propuestos (estudio básico de Hemostasia) en el Laboratorio de Hematología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Revisar e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la Norma UNE-EN ISO 15189.

- Realizar los procedimientos técnicos de análisis de los nuevos alcances
- Validación de las técnicas analíticas de los nuevos alcances.
- Impartir talleres al personal adscrito a las unidades de los diversos alcances del laboratorio.
- Idear e implantar los registros técnicos.
- Idear e implantar los registros de calidad. Realización de controles externos para todos los parámetros del alcance de la acreditación.
- Documentación elaborada autorizada.
- Verificación de la implantación y funcionamiento correctos de los registros técnicos por parte del responsable técnico de cada sección.
- Verificación de la implantación y funcionamiento correctos de los registros de calidad por parte del responsable de calidad del Servicio de Hematología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Revisar, e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la ISO 15189: Implantados No/Si

- ? Realizar los Procedimientos Técnicos de Analisis: Realizado No/Si
- ? Formación del personal adscrito (Nº personas formadas/Nº personas adscritas a los alcances)*100 ND=>70%
- ? Realizar los registros técnicos (Nº de registros realizados/Nº registros totales previstos)* 100 ND=>70%
- ? Realizar los registros de calidad (Nº de registros realizados/Nº registros totales previstos)* 100 ND=>70%

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 051

INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES EN LA SECCION DE HEMOSTASIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ? Realizar los procedimientos técnicos de análisis: Febrero - Mayo 2011
? Idear e implantar los registros técnicos: Mayo-Julio 2011
? Idear e implantar los registros de calidad: Mayo-Julio 2011
? Auditoría interna: Mayo-Junio 2011
? Auditoría externa ENAC: Noviembre-Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fotocopiadora/escáner	400 €
· Material de Oficina	400 €
· Sistemas Almacenaje de Datos	300 €
· Incripción Congreso	300 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

398

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE ANTES Y DESPUES DEL IMPLANTE DE STENT CORONARIO

2. RESPONSABLE MARIA CRUZ FERRER GRACIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA/HEMODINAMICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OLIVER VALCALCER EVA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA
- SANLEMENTE JIMENEZ SUSANA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA
- GALACHE OSUNA JOSE GABRIEL. MEDICO/HEMODINAMISTA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA/HEMODINAMICA
- SANCHEZ INSA ESTHER. MIR CARDIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CARDIOLOGIA
- GUILLEN MARTA. MIR CARDIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO CARDIOLOGIA
- MARTIN PURIFICACION. ENFERMERA/SUPERVISORA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA/HOSPITALIZACION
- MOYANO BENITO GREGORIO. MEDICO/CARDIOLOGO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA/HOSPITALIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La angioplastia coronaria, habitualmente con implante de Stent, es el procedimiento terapéutico intervencionista en cardiología más frecuente. En nuestro hospital (HUMS), en los dos últimos años se han implantado aproximadamente dos mil stents coronarios. Su beneficio en mejora de la calidad de vida y en muchos casos en supervivencia está demostrado, pero la presencia de material metálico dentro de la arteria exige la utilización de doble antiagregación (AAS+ Clopidogrel) durante un periodo prolongado de tiempo, para evitar el riesgo de trombosis del Stent. Este tratamiento, siempre que sea posible, debe iniciarse antes del procedimiento y extenderse al menos durante un año tras el mismo, ya que aunque el riesgo de trombosis acumulada con el uso de stents farmacológicos "sólo" es del 2% a los 3 años la trombosis de Stent conlleva tasas de mortalidad del 15-45% según las series. El periodo de mayor riesgo de trombosis, tanto para los stents liberadores de fármacos como para los convencionales, es durante el procedimiento y en las primeras 24h (trombosis aguda del stent). Con el fin de minimizar este riesgo se recomienda la instauración previa de la doble antiagregación.

El año 2010 iniciamos un proyecto que hacía especial hincapié en la doble antiagregación tras la implantación de un stent liberador de fármacos, pero todavía llegan pacientes (sobre todo ambulantes) sin el tratamiento adecuado pre-procedimiento, lo que obliga en algunos casos a la repetición del cateterismo una vez alcanzados los niveles teóricos de antiagregación deseables.

El uso adecuado del tratamiento antiagregante es el primer factor preventivo de trombosis del Stent, pero en ocasiones los pacientes portadores no son conscientes de la importancia de la continuidad del tratamiento. En otras ocasiones son los facultativos los que no prescriben el tratamiento con la antelación suficiente, o bien indican la supresión del tratamiento antes de intervenciones quirúrgicas electivas, odontológicas, o maniobras que pueden conllevar riesgo de sangrado (exploraciones endoscópicas y/o biopsias).

El problema ha sido detectado en las unidades de hemodinámica y recogido en un registro multicéntrico de pacientes portadores de Stent recubierto en el que participa nuestra unidad (Registro ESTROFA) y publicado en JACC 2008; 51; 986-990. Un 31.6% de los pacientes registrados con trombosis del Stent, no estaban tomando el tratamiento antiagregante prescrito. Las razones más frecuentes fueron: Decisión del paciente, Sangrado, Intervención quirúrgica y reacción alérgica.

Una información más amplia y mejor sobre la importancia del tratamiento antiagregante antes de una angioplastia, pero especialmente después de la misma, tanto del paciente portador de Stent como de los profesionales de otras especialidades, que puedan indicar la supresión de la misma, podría mejorar los resultados de la intervención coronaria disminuyendo las complicaciones mayores durante el procedimiento y en el seguimiento.

La Sección de Hemodinámica de la SEC, elaboró materiales en este sentido que precisan de adaptación para conseguir una mayor difusión y eficacia informativa en pacientes y profesionales y que dichas acciones puedan ser evaluadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividades realizadas:

- Intervención oral breve al final del procedimiento/Stent sobre la importancia de seguir correctamente el tratamiento.
- Inclusión en el informe de alta del tipo, dosis y duración del tratamiento antiagregante. Con nota final que indica que se adjunta información

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

398

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE ANTES Y DESPUES DEL IMPLANTE DE STENT CORONARIO

complementaria.

- Taller: ¿Qué hacer con el paciente con un stent coronario? Dirigido a profesionales de Atención Primaria implicados en proyecto para implantar un Sistema de Calidad en los Equipos de Atención Primaria, basado en la norma ISO 9001. En el taller se trató especialmente el problema de la antiagregación con información y realización de casos prácticos por los asistentes.
- Difusión entre los profesionales asistentes al taller y el la documentación incluida en el curso para su difusión en los EAPs de material informativo sobre el riesgo trombótico del stent en ausencia de tratamiento antiagregante (cartas a profesionales, odontólogos, carnet del paciente, etc..).

Resultados de los indicadores:

- Pendiente elaboración soporte informativo para profesionales.
- Pendiente elaboración soporte informativo para pacientes (se han utilizado soportes "antiguos" de la Sección de Hemodinámica de la Sociedad Española de Cardiología).

Aspectos pendientes:

- Existencia de tarjeta específica para pacientes.
- Existencia de hoja específica diseñada para profesionales.

Recursos utilizados:

- Pacientes: intervención oral durante y después del procedimiento.
- Pacientes: inclusión de recomendaciones en el informe de alta sobre la duración de la doble antiagregación.
- Profesionales: charla-taller dirigida a profesionales de EAPs y entrega de soportes informativos entre los asistentes al taller para difusión en CS.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos de nuestro proyecto son:
Objetivos:

1. Mejorar la información de los profesionales de la salud sobre los beneficios de iniciar la doble antiagregación antes del procedimiento intervencionista.
2. Mejorar la información del paciente con Stent coronario farmacoactivo de la necesidad de llevar doble antiagregación durante un año post-implante
3. Mejorar la información al paciente sobre los riesgos de suspender la doble antiagregación antes del año post-implante de un Stent farmacoactivo.
4. Mejorar la información de los profesionales de la salud sobre los riesgos de suspender el tratamiento antiagregante en pacientes con stents farmacoactivos.
5. Mejorar la información de los profesionales de las especialidades quirúrgicas, anestesistas, intensivistas, sobre los riesgos de suspender el tratamiento antiagregante en pacientes con stents farmacoactivos.
6. Incluir en el informe de alta recomendación sobre la duración del doble tratamiento antiagregante.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Elaboración contenido informativo para profesionales: "Riesgo trombótico en pacientes con Stent recubierto".

Responsables: Dras. Ferrer Gracia y Sánchez Insa.

2.- Elaboración contenido informativo para profesionales: Stent coronario: Recomendaciones ante procedimientos quirúrgicos y odontológicos.

Responsables: Dres. Galache Osuna y Guillén Marzo.

3.-Elaboración contenido informativo para pacientes: ¿Por qué el tengo que tomarme las pastillas? ¿Qué pasa si las dejo?

Responsables: Dra. Sanchez Insa; DUE: Oliver Valcarcel

4.-Elaboración recomendaciones al paciente con Stent farmacoactivo.

Responsables: Dra. Ferrer; DUE: Sanclemente Jimenez

5.-Impresión tarjetas-carnet del paciente con Stent.

6.-Impresión/Intranet hoja informativa profesionales.

Responsable: Equipo de mejora.

7.-Intervención oral breve al final del procedimiento/Stent sobre la importancia de seguir correctamente el tratamiento.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

398

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE ANTES Y DESPUES DEL IMPLANTE DE STENT CORONARIO

Responsable: Equipo de mejora.

8.- Entrega de la tarjeta-carnet informativo

Responsable: Purificación Martín/ Equipo de mejora.

9.-Inclusión en el informe de alta de tipo, dosis y duración del tratamiento antiagregante. Nota final que indica que se adjunta información complementaria.

Responsable: Dr. Gregorio Moyano Benito

10.-Entrega de hoja informativa para M de Familia junto con informe clínico al alta del paciente: Purificación Martín/Equipo de mejora

11.- Coordinación con Farmacia para que todos los pacientes portadores de Stent coronario dispongan al alta de medicación antiagregante (Clopidogrel) suficiente para que no se produzcan interrupciones en el tratamiento derivada de los trámites administrativos para su dispensación.

Responsables:

Dr. Gregorio Moyano Benito y DUE Purificación Martín (Supervisora).

12.- Taller para EAPs: MC Ferrer y Equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores: Objetivo 2011

1.-Existencia de tarjeta específica para pacientes.

2.-Existencia de hoja diseñada para profesionales.

3.-Pacientes que toman doble antiagregación antes del procedimiento intervencionista.

4.-Pacientes con Stent farmacológico en los que figura en el informe de alta la duración del tratamiento antiagregante.

Evaluación indicadores:

1.-Elaboración soporte informativo para profesionales

SI/NO

2.- Elaboración soporte informativo para pacientes

SI/NO

Para 1 y 2 no procede fórmula. Se evaluará como positiva o si el que se hayan diseñado los soportes informativos.

3.- Indicador: Pacientes remitidos para coronariografía por clínica de cardiopatía isquémica o isquemia inducible, que llevan tratamiento con doble antiagregación antes de la coronariografía diagnóstica.

Fórmula del Indicador: Pacientes remitidos para coronariografía con sospecha de cardiopatía isquémica que llevan antes de la coronariografía AAS + Tienopiridina / Total de pacientes remitidos para coronariografía con sospecha de cardiopatía isquémica x 100.

4.- Indicador: Pacientes con Stent farmacológico en los que figura en el informe de alta la duración del tratamiento antiagregante.

Fórmula del Indicador: Pacientes con Stent recubierto y duración AAS +Tienopiridina en informe alta /pacientes con Stent recubierto x 100.

Estándar: 95%. Objetivo 2010: 90%.

Fuente de datos: Base Artemisa para pacientes con Stent recubierto +Historia clínica/Intranet altas

Evaluación: Anual.

Responsable: Dra. Ferrer Gracia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto: Marzo de 2011 - Marzo de 2012

1-Elaboración contenido informativo pacientes: Marzo-Junio de 2011.

2-Elaboración contenido informativo profesionales: Marzo-Junio de 2011.

3- Impresión hoja/folleto profesionales color

Junio -Septiembre de 2011.

4- Impresión carnet pacientes color.

Junio -Septiembre de 2011.

6- Inclusión recomendaciones informe alta

Junio-Diciembre 2011.

7-Entrega soportes informativos pacientes /profesionales. Septiembre-Diciembre 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

398

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE ANTES Y DESPUES DEL IMPLANTE DE STENT CORONARIO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DE IMPRENTA/PAPELERIA	800 €
· ORDENADOR	600 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

662

PREVALENCIA Y MANEJO DE LA PATOLOGIA OFTALMOLOGICA MAS FRECUENTE EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ANTONIO FERRERAS AMEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIL ARRIBAS LAURA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- CALVO PEREZ PILAR. MIR. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
- PABLO JULVEZ LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERNANDEZ TIRADO FRANCISCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- GOMEZ MARTINEZ MARIA LUISA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRANDEZ ARENAS BLANCA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERISTARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- MORALES OSCAR. ENFERMERO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PAC

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La oftalmología es una especialidad médica muy peculiar, pues su campo abarca todo lo relacionado con el sistema visual, y dentro de éste, básicamente estudia la fisiología y patología del globo ocular y de sus anejos. También utiliza métodos diagnósticos muy específicos, que sólo están disponibles en las consultas especializadas. Por ello, los conocimientos que los médicos no oftalmólogos tienen de esta especialidad son, en las más de las ocasiones, rudimentarios.

Contrasta esta falta de conocimiento práctico de la oftalmología con la elevada frecuencia con que la patología oftalmológica se presenta en las consultas de medicina general y atención primaria. Por ejemplo, nos fijaremos en lo fácil que resulta a cualquier médico solicitar un examen de fondo de ojo.

Por otro lado, en Atención primaria se ha ido mejorando mucho, mediante un esfuerzo modernizador en toda la estructura y un importante esfuerzo en los recursos humanos. Los centros de salud se han dotado de material imprescindible, como oftalmoscopios... Esto ha ido promoviendo un movimiento investigador, docente y de formación continuada.

Habitualmente, la especialidad oftalmológica ha sido concebida como un ente excesivamente complejo y específico de la medicina, y en el que sólo los oftalmólogos saben adentrarse y establecer diagnósticos y tratamientos oportunos y acertados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos gustaría iniciar una línea de comunión con los médicos de atención primaria en relación a la valoración, exploración y tratamiento de las patologías más frecuentes y accesibles para un centro de atención primaria en el terreno de la oftalmología. De esta manera, podríamos colaborar con ellos impartiendo charlas, desarrollando talleres e incluso elaborando guías de práctica clínica para el manejo más sencillo, accesible y oportuno para los médicos de atención primaria en Aragón. Querriamos que deje de producir cierto respeto e inseguridad explorar y tratar cualquier patología básica en el ojo y anejos. Y aprender los signos claves para saber derivar de forma oportuna al paciente con un problema oftalmológico.

Y también con esta iniciativa, pretendemos que nuestros servicios de urgencias no se vean desbordados, como lo están siendo, de patología menor que pueda ser valorada y tratada en atención primaria.

Para todo ello, necesitaremos la colaboración de personal de nuestro servicio de Oftalmología, y por supuesto la colaboración de médicos y personal de enfermería de atención primaria del sector II.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

662

PREVALENCIA Y MANEJO DE LA PATOLOGIA OFTALMOLOGICA MAS FRECUENTE EN ATENCION PRIMARIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los componentes del equipo nos encargariamos de impartir charlas, talleres y mantener una vía de contacto abierta (telefónica o vía internet), para poder resolver aquéllas dudas que fueran sugiendo en este campo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta a los médicos de atención primaria sobre la valoración propia sobre el manejo de los pacientes que acuden con problemas oftalmológicos a sus consultas.

Observación de patología derivada desde atención primaria a oftalmología en los centros de especialidades y nuestro servicio de urgencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Nuestra prevsión en comenzar cuanto antes con el contacto con los coordinadores de los centros de salud para empezar las actividades. Y calculamos que el tiempo estimado para la realización del proyecto y valoración de resultados podría oscilar entre 6 y 12 meses.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR
Cambiar responsable y equipo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

568

IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA U.R.P.A Y/O UNIDAD DE REANIMACION EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE CARMEN FRANCO FERNANDO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRÚRGICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CATALA MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- VALLEJO LOPEZ AMPARO. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. BLOQUE QUIRURGICO
- ROSES MONFORT ELENA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. BLOQUE QUIRURGICO
- BARA MACHIN GLORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- MARTINEZ MORENO MARIA JESUS. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- LOPEZ LACASTA CONCEPCION. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

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 a los pacientes quirúrgicos en la U.R.P.A y/o Unidad de Reanimación en los hospitales de la Comunidad. Una vez unificado el registro de estas unidades y previo a su implementación es necesario cualificar a las enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet para su correcta cumplimentación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Registro de enfermería de la U.R.P.A y/o Unidad de Reanimación consensuado con diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras.

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.

Cualificación de la enfermería quirúrgica de estos hospitales para una correcta cumplimentación del registro.

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. Impartir formación a los grupos en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC).
3. Impartir formación para cumplimentar correctamente el registro.
4. Implementar el registro.
5. Medición de la implementación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de al menos 4 sesiones de formación en taxonomía enfermera.

Realización de al menos 4 reuniones con acta de presentación del registro a enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet.

% de profesionales cualificados del BQ

% de registros cumplimentados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

568

IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA U.R.P.A Y/O UNIDAD DE REANIMACION EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Mayo 2011. Formación de grupos de trabajo.
2. Junio 2011. Formación en taxonomía enfermera.
3. Octubre 2011. Presentación del registro de la unidad de acogida.
4. Noviembre 2011. Implementación del registro.
5. Enero 2012. Medición de la implementación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

QUITAR Alicia sanz

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

138

MEJORA DE LA GESTION DE USUARIOS Y CONTRASEÑAS EN LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA GIL
- Profesión OTROS
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. INFORMATICA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARTINEZ VAL ADORACION. INFORMATICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA
 - GIMENEZ GIL RAFAEL. INFORMATICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA
 - LORENTE BAIGORRI ALFREDO. INFORMATICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA
 - SALAS CLAVER DOLORES. INFORMATICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA
 - BAILO MASTRAL PABLO. INFORMATICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA
 - HERRANDO BLASCO JESUS. INFORMATICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA
 - GERONA IÑIGUEZ BLANCA. INFORMATICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto se presenta como continuación del ya presentado el año anterior. La implantación de aplicaciones y herramientas TIC en el Hospital conlleva una importante carga de trabajo en el ámbito de la gestión de usuarios en estas aplicaciones. A destacar la dificultad de este trabajo en cuanto se incorpora personal con elevada rotación en sus puestos de trabajo, y la importancia de velar por la confidencialidad en el acceso a los datos de carácter personal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las actividades desarrolladas durante el año 2010 se centraron en el desarrollo de una aplicación de gestión de usuarios, y en la implantación del procedimiento de validación contra AD-Salud de nuevas aplicaciones y de la intranet, de forma que se consiguiese la unificación de usuarios y contraseñas para el personal que utiliza distintas herramientas. Precisamente el número de usuarios de intranet contra AD se considera como indicador de este proyecto, puesto que se trata de una aplicación ampliamente utilizada, y según la metodología empleada todos los usuarios que cambian su validación en Intranet cambian en el resto de aplicaciones. El año pasado se evaluó en un 40% el porcentaje obtenido, persiguiéndose este año un 90%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como se indica en el apartado anterior, un 90 % de usuarios de Intranet validando contra AD y con unificación de contraseñas en el resto de aplicaciones. Asimismo se pretende reducir el número de usuarios genéricos para aplicaciones antiguas que no permiten validación contra AD como HP-HIS, y actualizar el procedimiento de bajas de usuarios mediante la integración con las aplicaciones de RRHH (SIRHGA y/o GPT).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisión y análisis de las tareas realizadas y resultados obtenidos el año anterior en esta área. Responsable del Servicio de Informática.

2.- Revisión del protocolo de creación de nuevos usuarios y unificación de identificación de acceso a las aplicaciones implantados el año anterior. Responsable del Servicio de Informática.

3.- Unificación de usuarios ya existentes, de forma individual, que se validen contra la Base de Datos y soliciten de nuevo usuario u olviden sus accesos. Personal del Servicio de Informática.

4.- Planificación y desarrollo del proceso de unificación de usuarios ya existentes por Servicios y/o Unidades de Enfermería. Adoración Martínez Val

5.- Sustitución del actual modelo que firman los usuarios para el acceso a aplicaciones por el modelo centralizado por SALUD. Análisis y difusión del mismo. Personal del Servicio de Informática.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 138

MEJORA DE LA GESTION DE USUARIOS Y CONTRASEÑAS EN LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

6.- Análisis de viabilidad para implantación de un protocolo para la gestión de bajas de usuarios, en función de las posibilidades técnicas de integración con la aplicación de RRHH. Rafael Giménez Gil

7.- Incorporación de nuevas aplicaciones a la validación contra AD-Salud (Anatomía Patológica, Farmacia, Laboratorio...). Alberto Beamonte, Alfredo Lorente, Adoración Martínez Val.

8.- Sustitución de usuarios genéricos por usuarios personalizados en HP-HIS en función de posibilidades técnicas y de gestión de personal en los servicios de Archivos, Admisión y Radiodiagnóstico. Adoración Martínez Val.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de usuarios de Atención Especializada que en la Intranet se validan contra AD-Salud. Consideramos este indicador como muy significativo para la obtención de usuarios con unificación de identificación y contraseña, puesto que desde esta aplicación se realiza la gestión de usuarios y al unificar en éste se unifican de forma sistemática el resto de accesos. Tendremos una gráfica de control donde analizaremos si mensualmente hemos alcanzado la cuota convenida hasta conseguir el 90% estipulado a 31 de diciembre de 2011.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración prevista es todo el año 2011.

- Enero a Marzo: Revisión de resultados obtenidos y del protocolo de actuación.
- Abril - Octubre: Integración nuevas aplicaciones, revisión de usuarios genéricos en HP-HIS
- Octubre-Diciembre: Estudio de viabilidad de integración de bajas con aplicación de RRHH.
- Octubre-Diciembre: Revisión de usuarios residuales de Intranet no validando contra AD.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Auriculares inalámbricos para atención telefónica	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. Tanto por las características del Servicio de Informática como por el alcance de este proyecto en el mismo, se considera necesario contar con todo el personal del Servicio. Por ello, se han hecho constar 10 componentes en el equipo de mejora, a pesar de la limitación de 1 responsable más 7 componentes.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

026

IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL PARA ESTUDIO CITOGENETICO FETAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION

2. RESPONSABLE PILAR GARRIDO FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LERMA PUERTAS DIEGO. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- PEREZ PEREZ PILAR. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- SAVIRON CORNUALLE RICARDO. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- CALVO MARTIN TERESA. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GENETICA
- ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GENETICA
- BASSECOURT SERRA MERCEDES. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GENETICA
- VAL PINOS CONCEPCION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2010 se implanta en nuestro servicio el screening combinado del primer trimestre como estrategia para el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas, mejorando sensibilidad diagnóstica y reduciendo la tasa de falsos positivos con relación a la anterior estrategia de cribado(pasando del 60% de tasa de detección y 8% de falsos positivos al 90% de detección y 3-5 de falsos positivos) obteniendo además el resultado de dicho screening entre la 11 y 14 semanas de gestación, es decir de manera mas precoz, ventaja que en estos momentos no es aprovechada, por la realización de amniocentesis a partir de la semana 16, lo que conlleva retraso en el diagnóstico de anomalías cromosómicas hasta las 18 - 20 semanas de gestación, habiéndose iniciado el proceso de screening y diagnóstico de anomalía cromosómica desde la semana 9 a 13,6.

En resumen, el screening combinado del primer trimestre tiene como principales ventajas la elevada sensibilidad y la precocidad con la que permite conocer que gestaciones son de alto riesgo de padecer alguna anomalía cromosómica y de esta manera abrir la posibilidad tanto de aplicar técnicas invasivas, biopsia corial, como de interrumpir las gestaciones afectas, de manera mas precoz.

En el momento actual la indicación de realizar biopsia corial, está limitado al diagnóstico de enfermedad monogénica y la obtención de muestra se realiza vía abdominal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la implantación de la biopsia corial para estudio citogenético se espera obtener mas precozmente el diagnóstico de anomalía cromosómica, lo que conllevaría realizar procedimientos de ILE , en los casos con anomalías, con menor edad gestacional, menos complicaciones médico quirúrgicas por el procedimiento y menor coste económico.

Además la obtención de vellosidades coriales en gestantes cuya placenta se implanta en cara posterior uterina, es necesario abordar la vía vaginal para la obtención de la muestra para estudio, vía para la cual en este momento no estamos capacitados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Revisión - Actualización del protocolo de la biopsia corial para el estudio citogenético.

Responsables Dra. P. Garrido. Dra. Calvo

2.Consensuar protocolo, todo el equipo.

3. Capacitación de personal de las dos unidades clinicas participantes en el proyecto de mejora, para realizar biopsia corial transcervical y estudio de vellosidades

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 026

IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL PARA ESTUDIO CITOGENETICO FETAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Recogida de datos: Base de datos de técnicas invasivas de la Unidad ya existente desde el año 2004.
Indicadores:

1. Realización de protocolo y consensuar con el equipo de DP: si / no
2. % de biopsias realizadas del total de técnicas invasivas.
3. Tasa de complicaciones :
 - Índice de pérdidas fetales post-procedimiento (1%)
 - Fracaso en la obtención de volumen de muestra adecuada(1%)
 - % de amniocentesis post-BC indicadas por diagnóstico no concluyente (2%-3)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Protocolizar la biopsia corial para estudio citogenético
Consensuar protocolo, primer trimestre y segundo trimestre.
Capacitación de personal de la unidad para realizar biopsia corial transcervical, primer y segundo trimestre
Poner en marcha biopsia transabdominal- transcervical y
Revisión indicadores, tercer y cuarto trimestre.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Formación	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. * En Formación : Traslado a centro de referencia de biopsia corial (Hospital Clinic de Barcelona) de un miembro de la sección de Diagnostico Prenatal y Ecografia Obstétrica para curso de 8 días(dos días /semana/4 semanas consecutivas).

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

425

DETECCION PRECOZ DE LA CARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL ANCIANO HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE CARMEN GAVARA GIMENO

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLERENCIA SIERRA MERCEDES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
- NAVARRO GARCIA PALMIRA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
- HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
- NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD TRABAJO SOCIAL
- DOMINGUEZ GARCIA SILVIA. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL
- GARCIA SANDIN LUCIA. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entre las personas que realizan los cuidados informales a la persona dependiente habitualmente se puede diferenciar alguna con una mayor implicación y responsabilidad en los cuidados. Ésta es conocida como cuidador/a principal que se define como la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quién padece una enfermedad y también la que permite vivir en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente .

Los cuidadores informales proporcionan el 85% del cuidado que se presta en el domicilio, variando sus tareas en grado de complejidad y cantidad. En el perfil del cuidador tenemos que la mayoría son mujeres (83%), superan los 60 años, en su mayoría casadas (75%), comparten el domicilio con la persona cuidada en un 60 a un 80%, y la rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es baja (20%). Los cuidadores de ancianos con deterioro cognitivo y funcional dedican a las responsabilidades del cuidado un tiempo medio de 11 horas.

La relación de cuidados en el paciente anciano con deterioro funcional y cognitivo es un proceso dinámico, cuyo curso puede ser variable y con diferentes trayectorias: Clásica: aumento de la sobrecarga de forma uniforme en el tiempo, bimodal: con dos puntas de sobrecarga; una al comienzo cuando se diagnostica la enfermedad y se realiza la acomodación de la familia al proceso de cuidados y otra en el estadio final en el que se preparan para la muerte del familiar; y fluctuante: con cambios continuos en respuesta a los vaivenes en el estado del paciente y de los cuidadores.

Cuando en el transcurso del ingreso hospitalario, se valora un paciente y se inicia el camino a la dependencia, se produce esa "acomodación al proceso de cuidados". Sin embargo, el rol de cuidador/a sufre en la actualidad una fuerte presión derivada, por otra parte, de una mayor demanda de cuidados y un número mayor de colectivos más dependientes (es el caso de los ancianos y discapacitados) y, por otra parte, de una menor disponibilidad de cuidadores/as.

Otros efectos derivados de la sobrepresión son los que se producen en el seno de la familia. Primero parece que refuerza los lazos existentes y estimula la solidaridad, pero a veces ocurre todo lo contrario. La disfuncionalidad aparecida en las familias debida al cuidado informal realizado puede ser definitiva e irreparable.

Es necesario detectar precozmente la carga sobre el cuidador con estrategias de orientación, prevención y manejo para la atención integral del proceso de cuidados del paciente anciano dependiente cuando produzca el alta hospitalaria, y con un enfoque intersectorial, multidisciplinario y continuado, que ayude a reorganizarse a la familia a esa "acomodación al proceso de cuidados", evitando, en la medida de lo posible, la aparición de estrés en el cuidador principal y su repercusión negativa sobre el paciente (incumplimiento terapéutico por una red familiar desestructurada, dificultades de atención en el domicilio por cuidador sobrepasado, reingresos hospitalarios por falta de apoyo diario, etc.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

425

DETECCION PRECOZ DE LA CARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL ANCIANO HOSPITALIZADO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se estima que un 15% de los pacientes ancianos dependientes valorados por la UVSS Zaragoza-Sector II, con un situación funcional previa al ingreso Autonomía ABVD (Barthel > 90), posteriormente, y debido al impacto en la dependencia producida por la enfermedad y/o ingreso hospitalario, sufren pérdida de capacidad funcional que supone una dependencia mayor.

Resultados a conseguir:

1. Identificar el cuidador principal del paciente dependiente.
2. Detectar de forma precoz el nivel de carga del esfuerzo del cuidador.
3. Intervención precoz a la gestión de las respuestas, analizando la magnitud de los cuidados, promoviendo los recursos personales del cuidador, y valorando necesidad de apoyos externos.

Asimismo, incluyendo la valoración de la carga del cuidador en el informe de derivación de la U.V.S.S. se garantiza la continuidad asistencial en otros dispositivos sanitarios (Hospital de Convalecencia, E.A.P. ...) para poder realizar el seguimiento y, por consiguiente, facilitando el mantenimiento del anciano en su entorno habitual.

1. Seleccionar pacientes derivados a la UVSS > 80 años.
2. Identificar pacientes autonomía ABVD previa al ingreso con I. Barthel > 90 e identificación pacientes dependencia ABVD en el momento valoración I. Barthel < 60.
3. Identificación cuidador principal.
4. Identificación precoz nivel esfuerzo en el cuidador principal, utilizando herramientas validadas y estandarizadas (ISC Robinson).
5. Transmitir información para continuidad cuidados a otros niveles asistenciales.
6. Disminuir ingresos hospitalarios pacientes dependientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Población diana: paciente > 80 años valorados por la U.V.S.S. Zaragoza Sector II de los pacientes ingresados plantas hospitalización del Hospital General.

1. Valoración Integral: (I. Barthel previo al ingreso, ECRM, Test Pfeiffer, Escala valoración sociofamiliar Gijon...). Responsables: Componentes de la UVSS del H. Miguel Servet
2. Índice de esfuerzo del cuidador (Índice de sobrecarga ISC de Robinson). Responsable: Carmen Gavara
3. Registro casos. Responsable: Enrique Hernández .
4. seguimiento mensual reingresos. Responsable: Carmen Gavara.
5. Transmisión de la información a otros dispositivos a través del Informe de Valoración. Responsable: Enriqueta Hernández.

Actividades:

1. Identificación dificultades y posibilidades del cuidador principal.
2. Valorar apoyos externos al cuidador principal y gestión de los mismos.
3. Valorar impacto en la salud, proyecto vital, situación laboral, ocio del cuidador.
4. Realizar entrevista familiar, si procede. Responsables: Trabajadoras Sociales.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

425

DETECCION PRECOZ DE LA CARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL ANCIANO HOSPITALIZADO

5. Elaboración de un tríptico informativo para orientación recursos de apoyo a cuidadores. Responsables: Trabajadoras Sociales.
6. Inclusión informe valoración UVSS, valoración carga cuidador para continuidad asistencial en otros dispositivos sociosanitarios (Hospital convalecencia, E.A.P, etc). Responsable: Carmen Gavara.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Pacientes barthel previo > 90 y < 60 en el momento de la valoración/Total pacientes valoración por U.V.S.S.
2. N^a cuidadores principales de pacientes dependientes identificados/Total pacientes dependientes.
3. N^o cuidadores principales con riesgo de sobrecarga/Total cuidadores principales identificados.
4. N^o informes U.V.S.S. Test Robinson ISC/N^o informes totales UVSS.
5. N^o pacientes dependientes con cuidador principal sobrecargado que reingresan al mes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades 1-4 y 6-7: Abril-Diciembre 2011.
Elaboración tríptico: Abri-Mayo 2011.
Evaluación indicadores: Mayo-Diciembre 2011.
Propuestas mejora: Diciembre 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

525

PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE EN CIRUGIA CARDIACA

2. RESPONSABLE JESUS GIL BONA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUERTOLAS ORTEGA MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA
- GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA
- COTERA USUA IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA
- VAZQUEZ SANCHO MANUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- GRACIA ARGACHAL DOLORES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Más de la mitad de las transfusiones tienen lugar en el contexto del paciente quirúrgico(1). Aunque la sangre que hoy disponemos es la más segura de todos los tiempos, la transfusión sanguínea sigue teniendo riesgos difíciles de erradicar completamente (2), así como problemas de abastecimiento que aumentarán presumiblemente en el futuro por las demandas sanitarias crecientes (3). Todo ello hace que tanto el empleo racional de los hemoderivados como la implementación de técnicas de ahorro de sangre deban ser una prioridad de la asistencia sanitaria actual. La anemia es muy frecuente en el contexto del paciente quirúrgico y, aunque generalmente se produce por sangrado, puede estar presente ya en el preoperatorio. La prevalencia de anemia preoperatoria en cirugía oscila entre un 10-70% dependiendo de la definición de anemia y del tipo de intervención, siendo más alta en algunas cirugías como la oncológica, la ortopédica, o la cirugía cardiaca(4). Existe evidencia científica suficiente de que la hemoglobina (Hb) preoperatoria es el principal factor predictivo independiente de transfusión sanguínea en intervenciones de riesgo de sangrado moderado-alto (7,8). Probablemente esta sea una de las razones de que la anemia preoperatoria se asocie con mayor morbi-mortalidad postoperatoria y mayor estancia postoperatoria (9,10). Así, diagnosticar la anemia en el preoperatorio, y corregirla administrando hierro y/o agentes estimulantes de la eritropoyesis, puede tener la doble ventaja de disminuir las transfusiones y reducir la morbi- mortalidad. Por otra parte, no debemos olvidar que actualmente uno de los objetivos más importantes en cirugía es el restablecimiento precoz de un nivel funcional adecuado (deambulación rápida, estancias cortas, rehabilitación precoz) y que en su consecución, el nivel de Hb postoperatoria puede jugar un papel esencial (12,13,14). Las complicaciones inherentes a la transfusión nos han obligado a aceptar un umbral transfusional cada vez más bajo (15), pero tras una pérdida importante de volumen sanguíneo a parte de la TSA pueden existir otras medidas para el tratamiento de la anemia postoperatoria, como el tratamiento con hierro o el uso de estimulantes de la eritropoyesis. De acuerdo con las recientes guías de NATA (Network of advance in Transfusion Alternatives) los pacientes programados a cirugía electiva con riesgo moderado-alto de sangrado periquirúrgico deberían tener una determinación de hemoglobina (Hb) y un metabolismo de hierro al menos 30 días antes de la intervención(16), para poder corregir la anemia y el déficit de hemáticos. En nuestro centro, hasta el momento, ninguna medida específica encaminada al ahorro de sangre en cirugía cardiaca ha sido instaurada. Lo que el presente programa pretende es conseguir una reducción significativa de la transfusión alogénica, y con ello la morbi-mortalidad post-operatoria, en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca a partir de la valoración pre-operatoria de los mismos.

Bibliografía:

- 1- Llau JV, Bisbe E. Transfusión y hemostasia. Un compromiso ineludible de la anestesiología moderna. Rev Esp Anestesiol Reanim 2003 (editorial).
- 2- Lozano M. Complicaciones no infecciosas graves de la transfusión. Med Clin 2002 (Barc);119:550-554
- 3- Wells A W, Mounter P J, Chapman C E, Stainsby D, Wallis J P. Where does blood go? Prospective observational study of red cell transfusion in north England. BMJ 2002;325:803
- 4- Shander A, Knight K, Thurer R, Adamson J, Spence R. Prevalence and outcomes of anemia in surgery: a systematic review of the literature. Am J Med. 2004;

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

525

PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE EN CIRUGÍA CARDIACA

116:58S-69S.

- 5- Bisbe E, Castillo J, Sáez M, Santiveri X, Ruiz A, Muñoz M. Prevalence of preoperative anemia and hematinic deficiencies in patients scheduled for elective orthopedic surgery. TATM 2009;
- 6- Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. The prevalence of anemia in persons aged 65 and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. Blood 2004; 104: 2263-8
- 7- Aderinto J, Brenkel IJ. Pre-operative predictors of the requirement for blood transfusion following total hip replacement. J Bone Joint Surg Br. 2004; 86:970-3.
- 8- García Erce JA, Solano VM, Cuenca J, Ortega P. La hemoglobina preoperatoria como único factor predictivo de la necesidad transfusional de la artroplastia de rodilla. Rev Esp Anestesiología Reanim 2002;49:254-60
- 9- Carson JL, Duff A, Berlin JA, et al. Perioperative blood transfusion and postoperative mortality. Jama 1998;279: 199-205.
- 10- Triulzi DJ, Vanek K, Ryan DH, Blumberg N. A clinical and immunologic study of blood transfusion and postoperative bacterial infection in spinal surgery. Transfusion 1992;32: 517-24.
- 11- Besttie WS, Karkouti K, Wijeyesundera DN, Tait G. Risk associated with preoperative anemia in non cardiac surgery. Anesthesiology 2009;110:574-81
- 12- Penninx BW, Guralnik JM, Onder G, Ferrucci L, Wallace RB, Pahor M. Anemia and decline in physical performance among older persons. Am J Med 2003; 115: 104-110.
- 13- Chaves P H, Ashar B, Guralnik J M, Fried L P. Looking at the relationship between hemoglobin concentration and prevalent mobility difficulty in older women. Should 22 the criteria currently used to define anemia in older people be reevaluated?. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 1257-1264 .
- 14- Carson JL, Terrin ML, Jay M. Anemia and postoperative rehabilitation. Can J Anaesth. 2003; 50: 60-64
- 15- Hill SR, Carless PA, Henry DA, Carson JL, Hebert PC, McClelland DB, Henderson KM. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. Cochrane Database Syst Rev. 2002;CD002042. Review.
- 16- Beris P, Muñoz M, García-Erce JA, Thomas D, Maniatis A, Van der Linden P. Anaemia management in surgery—consensus statement on the role of intravenous iron. Br J Anaesth 2008; 100: 599-604

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Reducción de la necesidad de transfusión alogénica en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca.
- 2.- Reducción de la morbi-mortalidad asociada con la transfusión sanguínea de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El programa de ahorro de sangre (PAS) se pondría en marcha en la visita preoperatoria, al menos un mes antes de la intervención. De esta manera todos los pacientes podrían ser evaluados coincidiendo con la valoración preoperatoria y podrían ser seleccionados aquellos que se deben enviar al hematólogo. Una vez el cirujano decida que un paciente se debe intervenir y lo programa para una fecha, se solicitan las pruebas preoperatorias (La analítica preoperatoria de estos pacientes debería incluir un estudio del metabolismo del hierro con ferritina, sideremia y transferrina, niveles plasmáticos de vitamina B12 y ácido fólico, reticulocitos, y proteína C reactiva). y lo envía al anestesiólogo para su valoración. Es el momento ideal para decidir qué estrategia de ahorro de sangre se puede seguir, ya que sabremos el tipo de intervención, cómo está de salud el paciente y de cuánto tiempo disponemos.

La estrategia pre-operatoria a seguir sería la siguiente:

- Historia clínica y exploración (incluir historia de sangrado)
- Hemograma, hemostasia, hematinicos, PCR y serologías hepáticas
- Considerar el programa de donación autóloga preoperatoria (DAP)
- Considerar eritropoyetina si Hb entre 10-13 g/dl o inferior a 10 gr/dl de causa conocida.
- Tratar el déficit de ácido fólico, vitamina B12 y hierro
- Retirar los antiagregantes plaquetares, Aine o antidepresivos si es posible

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

525

PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE EN CIRUGÍA CARDIACA

- Calcular los requerimientos transfusionales
- Solicitar interconsulta a Hematología si anemia importante (Hb<10 gr/dl de causa desconocida) o trastorno de la hemostasia que requiera diagnóstico, tratamiento y/o preparación preoperatoria
- Seguimiento de los protocolos aplicados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Valoración mensual del porcentaje de pacientes sometidos a cirugía cardiaca que se han iniciado en el circuito pre-operatorio de ahorro de sangre.

- Valoración mensual del porcentaje de pacientes sometidos a cirugía cardiaca a los que se han aplicado medidas pre-operatorias encaminadas al ahorro de sangre (Fe, VitB12, EPO...

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Comienzo en Mayo 2011

- Duración indefinida según resultados obtenidos el primer año

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material fungible	400 €
· Comunicación de resultados a sociedades científicas	400 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

561

ADIESTRAMIENTO EN LA ALIMENTACION DE LOS PACIENTES CON VIH MEDIANTE TERAPIA Y SEGUIMIENTO GRUPAL, COMO MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL, CONOCIMIENTO DE LAS INTERACCIONES NUTRIENTES-POLIMEDICACION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE DESIRE GIL PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. U. DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DE TORRES AURED MARIA LOURDES. ENFERMERA. H.U.MIGUEL SERVET. U DIETETICA Y NUTRICION
- ARZNAZ RICO VIRGINIA. ENFERMERA. DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. DIRECCION GENERAL DE ATENCION AL USUARIO
- PASCUAL CATALAN ASCENSION. MEDICO. H.U.MIGUEL SERVET. U. DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- HERNANDEZ CALONGE MERCEDES. ENFERMERA. H.U.MIGUEL SERVET. U. DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- FERREIRA VICENTE CONCEPCION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H.U.MIGUEL SERVET. U. DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- ALEJANDRE ALONSO EVA. ENFERMERA. H.U.MIGUEL SERVET. U. DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- DOMINGUEZ JIMENEZ ROSA. TERAPEUTA. OMSIDA. OMSIDA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aunque las terapias medicamentosas han evolucionado positivamente con los años de experiencia e investigación, la polimedición ocasiona en muchos casos atrofia de las vellosidades intestinales y por tanto esteatorrea por metabolismo incompleto de los lípidos y mala absorción de nutrientes en general. Las alteraciones en la ingesta dietética, están provocadas en algunas ocasiones por el efecto de los medicamentos que a su vez conllevan anorexia, náuseas y vómitos. La pérdida de peso puede producirse a expensas de masa magra, de tejido adiposo y agua extracelular, todo ello en diferentes estadios, por lo que puede resultar común encontrar a estos pacientes con caquexia o al menos con bajo peso. El deterioro progresivo del estado nutricional en la infección VIH conlleva el riesgo de desarrollo de malnutrición lo que influye negativamente en la evolución y pronóstico de la enfermedad, disminuyendo la eficacia de los medicamentos, aumentando el riesgo de contraer infecciones secundarias, alterando el funcionamiento de órganos vitales y aumentando el tiempo de hospitalización en el caso de estar ingresado, con la consiguiente merma de la calidad de vida. La formación en nutrición de estos pacientes es de vital importancia dada la polimedición que consumen, ya mencionada, por lo que resulta capital proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que sepan solventar los problemas nutricionales que se les planteen en el devenir de las actividades diarias. El hecho de ser un taller interactivo con las partes teóricas y prácticas entrelazadas, da lugar a poder trabajar con los pacientes, situaciones prácticas y problemas de salud-alimentación-nutrición estructurados para momentos puntuales del proceso de la enfermedad. El método de detección y priorización empleados va estrechamente unido a las fuentes de información que ha sido OMSIDA, ya que puestos en contacto con nosotros han solicitado esta formación dietética y nutricional por parte de un experto en la materia, debido a la deficiencia personal y grupal que ellos mismos han detectado en esta materia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Al concluir cada taller terapéutico interactivo, el paciente con VIH y el familiar habrán aprendido a:
-Conocer la dieta equilibrada y el concepto "estar bien nutrido".
-Manejar los autocuidados respecto de la nutrición correcta.
-Prevenir la interacción alimento-medicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A) Actividad de convocatoria.-

a.- Dirigido a pacientes adultos con VIH y a sus familiares directos

b.-Captación mediante dípticos informativos distribuidos en la consulta de Enfermedades Infecciosas; en la Pta. 12ª del hospital general del HUMS; en la sede de la Asociación OMSIDA

c).- Inscripción en la dirección de correo y/o en el teléfono de OMSIDA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 561

ADiestramiento en la Alimentación de los Pacientes con VIH mediante Terapia y Seguimiento Grupal, como Mejora del Estado Nutricional, Conocimiento de las Interacciones Nutrientes-Polimedicación y Adherencia al Tratamiento

B) Metodología docente

Se trata de impartir conocimientos teórico-prácticos mediante talleres interactivos de 2,5 horas de duración. La exposición comentada de cada uno de los apartados del programa, conllevará el supuesto práctico propuesto por alguno de los participantes, de manera que las soluciones aportadas por la experta que coordina el taller, sirva como aprendizaje del resto.

C) Programa docente.-

- Concepto de nutrición y alimentación.
- Dieta Equilibrada: Macro y micro nutrientes, e hidratación.
- Grupos de alimentos.
- Digestión, metabolismo, absorción y síntesis nutricional.
- Clasificación y definición de dietas blandas.
- Interacción de nutrientes con algunos componentes activos medicamentosos.
- Cribado nutricional e índice de masa corporal

D) Cronograma.-

- Cada taller constará de 2 sesiones por cada grupo, de 2,5 horas cada una, en horario de 16,30 a 19,00 horas, haciendo un total de 5 horas lectivas.
- Cada grupo lo integran un máximo de 20 asistentes, previamente inscritos en la Asociación OMSIDA
- La periodicidad será de 1 grupo al mes.

E) Evaluación continua.-

- A la conclusión de cada taller, el grupo de mejora se reúne para cuantificar los resultados de la encuesta de satisfacción.
- Asimismo se estudia de manera cualitativa y cuantitativa, la autoevaluación de mejora personal expresada por el paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores propuestos para la evaluación continua y final son:

- Numero de talleres formativos realizados
- Numero total de pacientes con VIH y de familiares, formados
- Encuesta de grado de satisfacción docente; y autoevaluación en la mejora de conocimientos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La propuesta está pensada para que su desarrollo sea de Mayo de 2011 a Marzo de 2012.

- Mayo: Diseño, impresión y distribución de los dípticos y primera captación de asistentes.
- Junio, julio, agosto, octubre, noviembre, enero, febrero y marzo, 1 taller cada mes para grupo diferente.
 - Total talleres impartidos= 8
 - Total de sesiones formativas impartidas = 16
 - Total de horas docentes impartidas = 80

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 500 dípticos a cuatro colores en la unidad de reprografía de la DGA	63 €
Total	63 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

338

MEJORA DE LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA GESTION DEL PROCESO DE CANCER DE PROSTATA

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GIL SANZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UROLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DE LA CUEVA BARRAO LETICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
- ESCARTIN MARTINEZ IRENE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- PLAZA MAS LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de próstata ocupa el primer lugar en tasas de incidencia de cánceres en el varón en España (Ferlay J. Ann Oncol 18:581, 2007), con una tendencia temporal en aumento desde 1990 hasta la actualidad. A su vez supone la tercera causa de muerte por tumor en el varón, detrás del de pulmón y del colo-rectal (Centro Nacional de Epidemiología. <http://cne.isciii.es>). En nuestro Sector II, el cáncer de próstata genera, sólo en el Servicio de Urología del HUMS, el mayor volumen de consultas externas, 32,58% del total y 66,76% de las uro-oncológicas; el mayor volumen de intervenciones quirúrgicas programadas, 32,58% del total; el segundo GRD (GRD335) en frecuencia en número de pacientes hospitalizados y la mayor parte de los procesos realizados en CMA (90%) (Gil MJ, Proyecto de Gestión Unidad Urooncología, 2008). Asimismo genera un gran número de informes en Anatomía Patológica, de pruebas diagnósticas y de estadificación en Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear, de procedimientos terapéuticos en Oncología Radioterápica y Médica, y la colaboración de otros servicios de apoyo (Bioquímica, Farmacia, Anestesia, Física, Hematología, Enfermería..). La atención actual al paciente con cáncer de próstata se realiza de manera individual y requiere la participación de los Servicios mencionados. Esta atención conlleva un consumo de recursos innecesario, prolonga y demora el tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento, al tiempo que genera molestias a los pacientes. El objetivo es implantar un sistema integral de atención al paciente con cáncer de próstata, mediante la implantación del Proceso de Cáncer de Próstata.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad el Grupo de Gestión del Proceso del Cáncer de Próstata viene trabajando desde Octubre de 2010 en el diseño de dicho Proceso. En este tiempo se ha redactado toda la documentación del Proceso que abarca los Subprocesos de diagnóstico, estadificación, tratamiento y seguimiento; sus actividades, análisis de controversias y diseño de indicadores. Todo ello se ha realizado en reuniones periódicas quincenales de dicho Grupo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Integración de manera secuencial y ordenada de las actividades de todos los servicios implicados en el manejo del paciente con cáncer de próstata encaminada a:

- Unificar consultas multidisciplinares.
- Priorizar el diagnóstico de cáncer de próstata en pacientes de alto riesgo de padecerlo.
- Disminuir tiempo de espera de estadificación.
- Disminuir tiempo de espera hasta el tratamiento.
- Aumentar la satisfacción, mejora de la calidad de la atención percibida y el confort del paciente.
- Aumentar la satisfacción de los profesionales implicados.
- Facilitar la recogida de datos del paciente y la obtención de indicadores.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Selección de los pacientes de alto riesgo de sospecha de padecer cáncer de próstata.

- Agilizar la biopsia en los pacientes seleccionados de alto riesgo.
- Creación de Agendas de Citación Específicas para el Proceso de Cáncer de Próstata en Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

338

MEJORA DE LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA GESTION DEL PROCESO DE CANCER DE PROSTATA

Creación de 3 nuevas consultas semanales de Proceso de Cáncer de Próstata para el diagnóstico, estadificación y seguimiento de los pacientes. Estas consultas estarán atendidas por Urólogos y Oncólogos Médicos y Radioterápicos.

Agilizar tiempos de espera para iniciar el tratamiento.

Se requiere una DUE responsable de la coordinación de la Consulta del Proceso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo hasta la Biopsia prostática.

Tiempo desde la Biopsia hasta diagnóstico histológico.

Tiempo de demora en la estadificación.

Tiempo de demora hasta el inicio de Radioterapia.

Tiempo de demora hasta el inicio de Cirugía.

Número de Reclamaciones.

Todos los indicadores serán evaluados semestralmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Proyecto debería entrar en funcionamiento en el segundo semestre del 2011, manteniéndose operativo de forma indefinida.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

559

DESARROLLO Y GESTION DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA COORDINACION DE LA ASISTENCIA CONTINUADA AL PACIENTE HEMATOLOGICO EN TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITAL DE DIA DE HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE PILAR GIRALDO CASTELLANO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALEGO VIZOSO TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA HEMATOLOGIA
- LOPEZ PUENTE CARLOS. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA HEMATOLOGIA
- ROYO PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
- GORRIZ ROSA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA HEMATOLOGIA
- ORTA ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA HEMATOLOGIA
- MONTAÑES PARACUELLOS MARIA ANGELES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
- RECASENS FLORES VALLE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Política de calidad -HOSPITAL DE DÍA DE HEMATOLOGÍA-La política del Hospital de día se basa en las siguientes premisas: Conocimiento y satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares a partir del trato personalizado, así como los requisitos legales y reglamentarios que resulten de aplicación en cada caso.

Transparencia mediante la comunicación constante al paciente y con la mayor antelación posible de cualquier incidencia que se puedan producir en la prestación del servicio y minimizar así el impacto que éstas puedan tener.

Mejora continua de nuestros procesos con el fin de lograr la mayor eficiencia en el trabajo y mejora en el trato al paciente.

Involucración y compromiso de todo el personal de la unidad, a partir de sus aportaciones, en la consecución de la Mejora Continua.

Contribución a la formación y desarrollo de los profesionales de la salud con el objetivo de su permanente actualización.

La detección de oportunidades de mejora en nuestro Sistema de Gestión, mediante revisiones periódicas de los datos proporcionados por el mismo garantizan su permanente adecuación e idoneidad a las exigencias de los pacientes y la administración, y un entorno en constante evolución.

Esta política está disponible al público, es comunicada y entendida por quien trabaja en la unidad. Además es revisada periódicamente y proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de calidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En relación a Proyectos de Mejora anteriores (convocatorias 2008 y 2009) en 2010 se consiguió la Certificación del Hospital de día de Hematología en base a la norma ISO 9001:2008. Con el sistema de implantación del modelo de Gestión por procesos. se consiguieron definir todos los procesos del Hospital de Día y su interrelación con el trabajo en la consulta externa de la especialidad y que se representaron gráficamente a través del Mapa de procesos. En este Mapa están documentados a través de los procedimientos. Para documentarlos se ha utilizado la metodología de los flujogramas (representación gráfica de la secuencia de actividades de un proceso).

La eficacia de los procesos se mide a través de los indicadores, para cada proceso se ha definido su Cuadro de indicadores correspondiente. Se mide la satisfacción de los principales clientes del Hospital de Día (pacientes y familias) a través de las Encuestas de satisfacción.

Además se registran todos aquellos comentarios, observaciones y agradecimientos de los pacientes para ampliar la información que se obtiene a través de las encuestas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como Objetivos planteados para este año 2011 se consideran los siguientes: 1: Aumentar el índice de respuesta de las encuestas de satisfacción

En referencia a la consecución del objetivo, con respecto del año 2009, se ha conseguido obtener un aumento del 65% en el índice de respuesta y esperamos en este periodo superar el 70% 2: Aumentar la participación del personal en la gestión del HD intensificando el ritmo de las sesiones seguimiento, fijadas en una por trimestre 3: Simplificar la estructura de indicadores aprovechando las herramientas informáticas y aplicaciones existentes para evitar la recogida manual

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 559

DESARROLLO Y GESTION DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA COORDINACION DE LA ASISTENCIA CONTINUADA AL PACIENTE HEMATOLOGICO EN TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITAL DE DIA DE HEMATOLOGIA

de los datos, y automatizar el seguimiento al máximo de lo posible. Esta actuación, se considera que se pueda completar por lo menos parcialmente, ya que depende de la implantación de un sistema informático unificado para todo el centro. La "Tasa de asistencia de pacientes" a consultas y tratamientos programados se registrará de forma manual por el momento y a cargo de las enfermeras de consultas y H de Día para poder calcular la tasa posteriormente y formando parte de la documentación e implantación de la Consulta de Enfermería.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Objetivo nº 1: Documentación e implantación de un nuevo proceso de consulta de enfermería. La reducción de los tiempos de espera de los pacientes es un objetivo que se planteó desde 2009, pero que no había sido posible conseguir porque el Hospital de día se encontraba a la espera de que el centro le proporcionase los medios para la incorporación de un servicio de consulta de enfermería previa a la consulta médica que agilizase el proceso. Durante 2010 no se consigue ningún progreso y, ahora en 2011, se plantea de nuevo el objetivo porque se han conseguido los medios para comenzar. Para ello se incluye un nuevo proceso en el Sistema modificando el mapa de procesos para incorporar los protocolos de enfermería, así como la formación y registro del personal que se suma a su desarrollo. Responsables: PR, TG, VR,, PG
Objetivo nº 2: Optimizar la coordinación entre el envío de muestras, análisis y consulta de resultados en las situaciones de retraso en los resultados analíticos debidos a fallos en el circuito. Se analizaran las causas de la descoordinación existente que pueden ser varias: Falta de información a los celadores que transportan las muestras, demora en su análisis en el laboratorio, volcado de datos a la aplicación informática... Para mejorar los tiempos y evitar demoras en la atención de los pacientes y en los tratamientos que dependen de ello.
Objetivo nº 3: Elaboración de una planificación realista de los tratamientos programados, coordinada desde consulta de enfermería, para reducir acúmulo de citas en los días más conflictivos mediante un programa de distribución de los tratamientos en relación a los tiempos empleados, desplazando a los horarios de tarde y sábado mañana aquellos tratamientos que no requieren evaluación médica previa. TG, MAM, PR
Plan de Formación para el personal de nueva incorporación y de formación continuada del 2011. VR, MAM, PG, CL
Sesiones formativas en Enfermedades raras y sus Tratamientos, Manejo de equipos informáticos etc RG, IO, VR, CL PG

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo 1: Elaboración de documentación. Implantación de los protocolos, instrucciones técnicas correspondientes a la consulta de enfermería. Revisión de los procedimientos
Objetivo 2: Optimizar la coordinación entre el envío de muestras, análisis y consulta de resultados. Evaluación de la información de la Hoja de acogida y comunicación al servicio para su implantación.
Objetivo 3: Elaboración de una programación de los tratamientos distribuyéndolos en turno de mañana, tarde y sábados. Valoración y adecuación de la distribución planificada
Medida y evaluación de la satisfacción del cliente con la modificación llevada a cabo en la encuesta de satisfacción elaborada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se llevara a cabo a lo largo del año 2011. Esta prevista la implantación de los nuevos procedimientos en el primer cuatrimestre. Completar protocolos de enfermería hasta junio 2011. Evaluación trimestral de los procedimientos de implantación en las reuniones de seguimiento. Distribución de la encuestas de satisfacción y análisis parcial a los 6 meses para corregir desviaciones si las hubiera. Cumplir el proceso de Formación y Formación Continuada a lo largo del año. Ya se han celebrado dos jornadas y existe un programa de Formación Anual ya elaborado.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Elaboración de protocolos y Guías	400 €
· Plan de Formación	400 €
· Auditoria externa	1.500 €
Total	2.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

585

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA DISPENSACION DE TRATAMIENTOS EN PATOLOGIAS AGUDAS DESDE LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE VIRGINIA GOMEZ BARRENA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLER GINER ELISA. FIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- SANCHO GRACIA ELENA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD URGENCIAS PEDIATRIA
- GARCIA DIAZ MARIA ANGELES. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD URGENCIAS PEDIATRIA
- LATORRE IZQUIERDO ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD URGENCIAS PEDIATRIA
- PEREZ DELGADO RAQUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD URGENCIAS PEDIATRIA
- CAMPOS CALLEJA CARMEN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD URGENCIAS PEDIATRIA
- BOSQUE GRACIA CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD URGENCIAS PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2010 se implanta en la Unidad de Pediatría del H. Infantil la Historia clínica informatizada (PCH) y un sistema semi-automatizado de generación de recetas que ha permitido reducir de forma considerable el número de recetas generado en la Unidad. En el análisis de los grupos terapéuticos que suponen un mayor gasto y el porcentaje que representan frente al gasto total comparando 2009 y 2010 mostraron resultados similares lo que nos lleva a proponer una línea de mejora conjunta, con el Servicio de Farmacia, para adecuar la prescripción y el gasto generado en la Unidad.

Se elabora un protocolo de actuación de dispensación de medicación al alta en el Servicio de Urgencias de Pediatría para determinadas patologías con el objetivo de disminuir el gasto en recetas mediante la dispensación del tratamiento en dosis unitarias para las patologías agudas mas frecuentes diagnosticadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disminuir el gasto en recetas asociado a la Unidad de Urgencias de Pediatría.

- Conseguir un uso racional del medicamento y evitar el acopio innecesario de fármacos en los domicilios.
- Realizar un control eficiente, mediante el registro en la Historia Clínica Informatizada de Urgencias (PCH), de la dispensación.
- Realizar un control eficiente del gasto en la Unidad, mediante el registro manual en papel del nº de envases dispensados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reunión con responsables del S. Farmacia y S. Pediatría para exponer línea de mejora.

- Estudio del gasto farmacéutico (nº recetas) de la Unidad por principios activos.
- Definir patologías agudas a las que se va a indicar la dispensación farmacológica.
- Diseño de Hoja de dispensación y del registro en la Historia Informatiza del paciente.
- Elaboración de Protocolo, consensuado, entre los profesionales (Farmacia y Unidad de Urgencias).
- Sesión informativa a la Unidad y al Servicio de Pediatría con presentación del Protocolo.
- Evaluación de indicadores de forma trimestral.
- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados.
- Sesión informativa al Servicio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº recetas en pacientes con patologías agudas definidas/ Nº pacientes con diagnóstico de patologías agudas definidas

- Nº pacientes que se anota la medicación administrada en PCH/ Nº pacientes que se suministra la medicación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

585

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA DISPENSACION DE TRATAMIENTOS EN PATOLOGIAS AGUDAS DESDE LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA

-Nº registros de Hoja de dispensación

Obtención con datos obtenidos del PCH y mediante revisión de registro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero-Marzo 2011

-Reunión con responsables del S. Farmacia y S. Pediatría para exponer proyecto de mejora.

-Estudio del gasto farmacéutico (nº recetas) de la Unidad por principios activos.

-Diseño de Hoja de dispensación y del registro en la Historia Informatiza del paciente

-Elaboración del Protocolo, consensuado, entre los profesionales (Farmacia y Unidad de Urgencias).

-Sesiones informativa a la Unidad y al Servicio

Marzo-Diciembre 2011

-Desarrollo del proyecto

-Evaluación de indicadores de forma trimestral

-Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados

-Sesión informativa al Servicio

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 167

GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA NORMA ISO 9001:2008

2. RESPONSABLE NAROA GOMEZ TIJERO
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IDOIBE TOMAS ANGELA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- ABAD SAZATORNIL MARIA REYES. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- VELA MARQUINA MARIA LUISA. TECNICO FUNCION ADMINISTRATIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD
- CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- NAVARRO AZNAREZ HERMINIA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- SANCHEZ LOPEZ ROSA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Farmacia es un servicio general clínico, integrado funcional y jerárquicamente en la estructura hospitalaria. Forma parte de los denominados servicios "Centrales" y tiene como objetivo garantizar el uso racional del medicamento en el ámbito de la atención especializada.

Establecer un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos más importantes realizados en nuestro servicio estén perfectamente descritos y documentados, y establecer una serie de indicadores de calidad nos permite medir periódicamente el estado de nuestro trabajo, lo que es básico para garantizar la calidad del mismo y para entrar en un proceso de mejora continua.

La ausencia de un sistema de gestión de calidad puede conducir a una gran variabilidad y por el contrario la implantación de la Normas ISO nos permite asegurar la sistematización de los procesos, y que en cada etapa las actividades se realicen siempre de la misma manera, independientemente de que persona las llevara a cabo.

A raíz del proyecto de mejora de la calidad llevado a cabo durante el año 2010 "Avanzando hacia la implantación de las normas ISO en el Servicio de Farmacia", la calidad del Servicio se ha empezado a gestionar en base a esta norma, lo que ha dado como resultado la detección de oportunidades de mejora que se pondrán en marcha durante el año 2011.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Elaboración de la documentación del sistema de gestión de calidad requerida según la norma ISO 9001:2008

- Elaboración del manual de acogida del Servicio de Farmacia y difusión a todo el personal.
- Elaboración y puesta en marcha de un Registro de incidencias/no conformidades para cada uno de los diferentes procesos del Servicio de Farmacia
- Realización de una auditoría interna
- Realización de una revisión por la dirección del sistema de gestión de calidad
- Inicio de la auditoría externa que se encuentra actualmente en proceso

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Consolidar la gestión de la calidad del Servicio de Farmacia mediante la obtención de la certificación ISO 9001:2008

Objetivos específicos:

- Adaptar la documentación del sistema de gestión de calidad al nuevo programa informático recién puesto en marcha
- Diseñar y medir sistemáticamente indicadores de calidad que nos permitan medir el estado de nuestro trabajo y nuestros avances en la mejora continua.
- Evaluar las incidencias y no conformidades registradas durante los diferentes procesos que integran el mapa de procesos del servicio de Farmacia para su posterior análisis y establecimiento de acciones de mejora
- Realizar el control y registro automatizado de las temperaturas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

167

GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA NORMA ISO 9001:2008

- Puesta en marcha de las acciones de mejora surgidas durante todo el proceso de certificación:
 - o Fomentar la correcta cumplimentación de las órdenes médicas (identificación del paciente, letra legible...)
 - o Disminuir el número de devoluciones de mezclas endovenosas preparadas en el laboratorio de farmacia
 - o Mejorar la trazabilidad en la entrega y recogida de preparaciones del laboratorio de farmacia
 - o Mejorar la informatización en el área de ensayos clínicos
 - o Planificar una formación interna del personal auxiliar y de enfermería de Farmacia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El responsable del proyecto será Naroa Gómez responsable de la implantación de la norma ISO en el Servicio de Farmacia, pero cada actividad tendrá un responsable que figura entre paréntesis

- Adaptar la documentación del sistema de gestión de calidad al nuevo programa informático (Naroa Gómez)
- Diseño y medición de los indicadores de calidad establecidos para cada proceso clave (farmacéuticos de cada una de las distintas áreas)
- Evaluación de las incidencias y no conformidades registradas durante los diferentes procesos y posterior análisis y establecimiento de acciones de mejora (Naroa Gómez y M^a Reyes Abad)
- Control y registro automatizado de las temperaturas (farmacéuticos de cada una de las distintas áreas)
- Puesta en marcha de las acciones de mejora surgidas durante el proceso de certificación (farmacéuticos del servicio con la ayuda de la Unidad de Calidad):
 - o Fomentar la correcta cumplimentación de las órdenes médicas en el hospital mediante la difusión a las Unidades Clínicas de unas "Normas básicas de cumplimentación de ordenes de tratamiento"
 - o Controlar las devoluciones de mezclas endovenosas preparadas en el laboratorio de farmacia mediante la difusión de un formato que acompañará a cada devolución.
 - o Mejorar la trazabilidad en la entrega y recogida de preparaciones del laboratorio de farmacia
 - o Mejorar la gestión de ensayos clínicos mediante el registro de EC en el nuevo programa informático
 - o Planificar sesiones internas sobre temas de interés en Farmacia para el personal auxiliar y de enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Obtención y mantenimiento de la certificación ISO 9001:2008

- N° de No Conformidades desarrolladas y cerradas a raíz de la incidencias registradas
- Cumplimentación del registro de las temperaturas
- Normas de correcta cumplimentación de órdenes de tratamiento" diseñadas y difundidas (objetivo: difusión a < 95 % de los servicios médicos)
- Formato de devolución de preparados al laboratorio de farmacia diseñado y difundido (objetivo: difusión a < 95% de las Unidades de Enfermería)
- Registro adecuado de las entradas y salidas de las preparaciones del laboratorio de farmacia
- % de ensayos clínicos nuevos incluidos en la Base de Datos
- N° sesiones impartidas al personal de farmacia
- Indicadores de calidad establecidos durante el proceso de certificación: se realizarán medidas sistemáticas (mensuales, trimestrales o semestrales), así como el seguimiento anual de todos los indicadores de calidad establecidos para cada proceso clave del servicio de farmacia.

La información se obtendrá de las distintas bases de datos del Servicio de Farmacia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Obtención de la certificación ISO 9001:2008 (Abril de 2011)

- Adaptación de la documentación al nuevo programa informático (Abril a Junio de 2011)
- Evaluación de las incidencias registradas (Enero a Diciembre de 2011)
- Diseño y difusión de las "Normas de correcta cumplimentación de órdenes de tratamiento" (Enero a Junio de 2011)
- Diseño y difusión de un formato de devolución de preparados al laboratorio de farmacia (Enero a Junio de 2011)
- Medida de indicadores de calidad (Enero a Diciembre de 2011)
- Inclusión de ensayos clínicos en la Base de Datos (Enero a Diciembre de 2011)
- Revisión de la adecuación del registro de entradas y salidas de las preparaciones del laboratorio de farmacia (Junio 2011 y Diciembre 2011)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

167

GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA NORMA ISO 9001:2008

- Planificación de sesiones internas para el personal del Servicio (Abril de 2011)
- Realización de las sesiones internas (Enero a Diciembre de 2011)
- Análisis de resultados de los indicadores de calidad y de las acciones de mejora establecidas (Diciembre de 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dos grapadoras eléctricas	458 €
· Un dispositivo captador de temperaturas (Data Logger).	169 €
Total	627 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 359

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA VALORACION PREANESTESICA DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UN IMPLANTE DE MARCAPASOS O A UNA CARDIOVERSION

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL GUERRERO PARDOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ GONZALEZ CESAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- DE JUAN MONTIEL JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- GARAFULLA GARCIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
- COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
- ABAD SANZ MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
- HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
- CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo de esta línea de mejora estriba en la aplicación de una consulta preanestésica de alta resolución a los pacientes que van a ser intervenidos para la colocación de un implante de marcapasos o para una cardioversión.

En estos momentos en el Hospital Miguel Servet se realizan al año aproximadamente unos setecientos implantes de marcapasos ya sea de nuevo o bien recambios de generador. Los implantes que se colocan por primera vez (unos quinientos ochenta) en su gran mayoría provienen de Urgencias hospitalarias y el resto de su cardiólogo de referencia. Los recambios de generador son controlados por la Unidad de Marcapasos y se derivan a Cirugía Cardíaca cuando se precise su recambio. A su vez, un grupo en crecimiento son los marcapasos tricamerales desfibriladores que provienen de la Unidad de Electrofisiología. El año pasado se colocaron unos treinta implantes. Por otra parte, las cardioversiones que se realizaron el año pasado fueron unas ciento veinte.

En estos momentos los pacientes que son sometidos a la colocación de un implante de marcapasos no son vistos por ningún anestesiólogo y no reciben ningún consentimiento informado. Por lo tanto la actuación del anestesiólogo durante el proceso de la colocación del implante es solamente en el caso de urgencia.

Con la reciente creación en el Servicio de Anestesiología de la Unidad de Anestesia Cardiorácica hemos considerado que tenemos que dar una solución a este volumen de pacientes.

Todos los enfermos que van a ser sometidos a un proceso intervencionista que requiere la presencia de un anestesiólogo tienen que ser valorados previamente en una consulta preanestésica donde se analiza al paciente y se le da el consentimiento informado de lo que se le va a realizar desde el punto de vista anestésico.

Esta actividad que acabo de describir supone al año unas ochocientas cincuenta consultas preanestésicas. Además de los recursos humanos que se emplean, otra visita más al Hospital supone una molestia en unos pacientes cuya calidad de vida está mermada por su patología y que a veces se tienen que desplazar desde fuera de la ciudad.

El planteamiento de la consulta de alta resolución consiste en que en el ingreso en planta, al paciente se le entregue, por un miembro del servicio de cirugía cardíaca, un cuestionario preoperatorio avalado por la sociedad profesional con unas preguntas básicas junto con el consentimiento informado. El mismo día de la intervención cuando se llame al paciente para quirófano, éste bajará con su cuestionario y será valorado por su anestesiólogo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 359

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA VALORACION PREANESTESICA DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UN IMPLANTE DE MARCAPASOS O A UNA CARDIOVERSION

De esta manera, con el paciente valorado e informado de lo que se va a realizar se pueden aplicar técnicas de sedación anestésica (que ahora no se realizan) que por un lado mejorara muy sensiblemente el confort del paciente y a su vez el cirujano podrá trabajar más cómodamente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la calidad de asistencia anestésica a los pacientes que se les va a colocar un implante de marcapasos o recibir una cardioversión.

- Dar una asistencia preanestésica y anestésica a dichos pacientes, que hasta ahora no se estaba realizando.
- Establecer un modelo de consulta de alta resolución en la valoración preoperatoria de estos pacientes disminuyendo la saturación de la consulta de anestesia en unas ochocientos cincuenta consultas al año.
- Realización de métodos de sedación anestésica y tratamiento del dolor en los pacientes a los que se coloca un implante de marcapasos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la realización de este proyecto de mejora se van utilizar inicialmente unos cuestionarios de valoración preoperatoria propuestos por la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación que el paciente con un familiar puede rellenar, en el que se debe detallar antecedentes patológicos, alergias, tratamientos médicos, incidencias en anteriores anestésias, etc. Este cuestionario será entregado por un miembro del Servicio de Cirugía Cardíaca. Se incluirá en la historia clínica y cuando el paciente vaya a quirófano, en la acogida, será valorado por un anestesiólogo. El facultativo que lo valorará pertenece a la Unidad de Anestesiología Cardiotorácica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Trimestralmente se cotejaran todos los pacientes que hayan sido sometidos a la colocación de un implante de marcapasos o bien a la aplicación de una cardioversión y se valorará qué porcentaje del pacientes ha pasado por la consulta anestésica tradicional y qué porcentaje por la consulta anestésica de alta resolución.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La puesta en marcha del proyecto dependerá de la financiación del mismo. Los formularios ya están realizados y ya se ha hablado con el servicio de Cirugía Cardíaca. Por nuestra parte, es un tema prioritario porque creemos que debemos enfocar el manejo de estos pacientes mejor que lo que se está haciendo. Nuestra intención es poder iniciar el proyecto de mejora en el mes de Mayo 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material de imprenta para la realización de los cuestionarios.	350 €
Total	350 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 157

1. TÍTULO

APLICACION DE HELIO EN PACIENTES CON PATOLOGIA RESPIRATORIA AGUDA Y OPTIMIZACION DE LA HISTORIA CLINICA A TRAVES DE LA HOJA LISTA DE PROBLEMAS

2. RESPONSABLE CARMEN GUTIERREZ LIZARRAGA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UCI-P
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROYO PASCUAL LUIS ANGEL. MEDICO. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. UCI-P
- GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO. MEDICO. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. UCI-P
- VIÑADO COCA CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. UCI-P
- GASTON MOLINA ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. UCI-P
- BRUNA MARIA MAR. SUPERVISORA ENFERMERIA. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. UCI-P
- MURILLO PERUGA OLGA. MEDICO. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. UCI-P
- MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO. HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET. UCI-P

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. • Realización de protocolo para la utilización de Helio
2. • Cumplimentación de hoja con Lista de Problemas de todos los pacientes ingresados en la unidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Inicio y correcta aplicación de terapia con Helio en pacientes con patología respiratoria aguda que lo precisen.
2. Optimización de la sistematización de la Historia Clínica de los pacientes ingresados en nuestra Unidad, a través de la correcta cumplimentación de la hoja Lista de Problemas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realización y aplicación del protocolo.
2. Cumplimentación de la hoja Lista de Problemas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Revisión de la historia de los pacientes en los que se utilice el Helio. Comprobar que se ha cumplido los indicadores de calidad incluidos en el protocolo.
2. Comprobar al alta de los pacientes que se ha cumplimentado de manera correcta la hoja Lista de Problemas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero 2011 a Diciembre 2011.

1. Realización del protocolo: Febrero de 2011. Inicio aplicación del Helio: Cuando se reciba el Helio y los pacientes lo requieran.
2. Cumplimentación de la hoja en todos los pacientes: Desde Enero 2011. Revisión diaria de su cumplimentación: Desde Enero 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

079

HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN EL SINDROME POSPARADA CARDIACA

2. RESPONSABLE JOSE LUIS IBAÑEZ LANGA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UCI CORONARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORENO PASCUAL JOSE MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- LORENTE CORTES JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI CORONARIA
- SANZ GONZALO TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI CORONARIA
- MUÑOZ MARCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI CORONARIA
- NEBRA PUERTAS AGUSTIN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI CORONARIA
- RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI CORONARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La inducción de hipotermia moderada 32-34°C durante 12-24 h en pacientes adultos inconscientes tras recuperación de la circulación espontánea, después de una parada cardiaca extrahospitalaria cuando el ritmo inicial sea fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, aumenta la supervivencia y la probabilidad de recuperación neurológica.

En base a los estudios realizados, las guías de práctica clínica del European Resuscitation Council y la AHA del año 2005 y 2010 recomiendan la aplicación de este tratamiento en las primeras 4-6 h (NIVEL DE EVIDENCIA IA).

Actualmente es una técnica no disponible en nuestro Hospital, que es centro de referencia de toda la comunidad para atender a pacientes con parada cardiaca con alta probabilidad de cardiopatía isquémica.

A la vista del alto nivel de evidencia (IA), y de las recomendaciones de las sociedades científicas, consideramos que se podría introducir la hipotermia controlada como parte del tratamiento del síndrome posparada cardiaca a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Cumplir los indicadores de calidad del síndrome posparada cardiaca como parte del tratamiento del síndrome coronario agudo.

El índice sería:

nº enfer con pcr por fv o tvsp a los que se realiza hipoter

-----x 100

nº pacientes con pcr por fv o tvsp

El estándar marcado por las sociedades científicas es del 90%. Nuestro objetivo inicial sería durante este año cumplir el 50%.

Esperamos aumentar la supervivencia y la probabilidad de recuperación neurológica de este tipo de pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizaría la inducción de hipotermia controlada mediante el sistema de Artic Sun. Son parches que se pegan al tórax y extremidades del paciente y están conectados a una máquina que controla la temperatura del agua que circula a través de los parches. Con este método se controla la velocidad de enfriamiento y de recalentamiento. Para implantar este línea de mejora se realizarían varias actividades:

1-Realización de un protocolo. Responsable: Jose Miguel Moreno

2- Impartir cursos de formación a médicos y enfermeras: Javier Muñoz.

3- Priorizar el ingreso en UCI Coronaria a pacientes con PCR de causa probable o claramente isquémica: Jesús Lorente.

4- En las PCR de causa probable cardiaca isquémica realización precoz de coronariografía: Teresa Sanz

5- Realización precoz de ecocardiografía: Alejandra Morón

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 079

HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN EL SINDROME POSPARADA CARDIACA

6-Coordinar con el 061 un proceso asistencial precoz en el inicio de la hipotermia, iniciando la primera parte del protocolo a los candidatos:Agustin Nebra
7-Recogida de datos tras la atención o el aviso de una PCR:
Antonio Luis Ruiz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N°enfer con pcr por FV o TVSP a los que se les realiza hipotermia.
-----x 100
N° pacientes con pcr por FV o TVSP .

El estándar es 90%. Ind actual: 0%. Objetivo en 2011 : 50%

N° de avisos de PCR registrados
----- x 100 (modelo Utstein)
N° de avisos de PCR

El índice estándar es 100% .índice actual:0%. Índice objetivo 2011: 50

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-Realización de un protocolo sobre inducción de hipotermia:marzo-abril .
2-Impartir cursos de formación a médicos y enfermeras:Abril-mayo.
3-Priorizar el ingreso en uci coronaria a pacientes con estas características:enero-diciembre.
4-Realización precoz de coronariografía:enero-diciembre.
5-Realización precoz de ecocardiografía:enero-diciembre.
6- coordinar con el servicio médico de asistencia extrahospitalaria urgente:mayo-julio.
7- Recogida de datos tras la ate

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Parches ARTIC SUN 1.290 €
Total 1.290 €

11. OBSERVACIONES. El número de pacientes que podrían ingresar en la uci coronaria y que reuniesen el perfil para la inducción de la hipotermia controlada se estiman entre 10-16 pacientes/año.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISTRIBUCION EN DOSIS UNITARIA: UN PASO MAS EN SEGURIDAD

2. RESPONSABLE ANGELA IDOIBE TOMAS
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
 - PERRINO GOMEZ MARIA JESUS. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
 - CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
 - CASAJUS LAGRANJA PILAR. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
 - VILLAR FERNANDEZ ISABEL. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
 - GOMEZ BARAZA CRISTINA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
 - ALONSO TRIANA YARA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La dispensación de medicamentos es el acto farmacéutico asociado a la entrega y distribución de medicamentos, teniendo entre sus objetivos: racionalizar la distribución de medicamentos y la terapéutica farmacológica, disminuir los errores de medicación, procurar la correcta administración de los medicamentos al paciente e integrar al farmacéutico al equipo asistencial en la atención al paciente. De todos los sistemas de distribución de medicamentos, el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria es el más seguro para el paciente, el más eficiente desde el punto de vista económico, y a la vez es el método que utiliza más efectivamente los recursos profesionales.

Este proyecto incluye una serie de herramientas para mejorar la calidad de este proceso: los Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT), la prescripción por principio activo y la Prescripción Electrónica (PE).

El Intercambio Terapéutico de fármacos es un procedimiento mediante el cual un medicamento es sustituido por otro de diferente composición, pero del que se espera el mismo o superior efecto terapéutico. En el hospital se realiza una selección de los medicamentos en base al perfil de eficacia/seguridad y de coste/efectividad; dicha selección se realiza a través de la Comisión de Evaluación del Medicamento de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Aragón y queda plasmada en la Guía Farmacoterapéutica (GFT). Pero toda política positiva de medicamentos debe incluir, además, los criterios de actuación ante la prescripción de medicamentos no incluidos en la GFT. El intercambio terapéutico considera la existencia de medicamentos clínicamente equivalentes e intercambiables entre sí, y define cual es el más adecuado para la prescripción según el paciente y en base a la política de medicamentos del hospital. Mediante el Programa de Intercambio Terapéutico se asegura también el uso de la mejor alternativa terapéutica dentro de los fármacos incluidos en la GFT, con la finalidad de favorecer el uso eficiente de los mismos, garantizar su disponibilidad en el lugar y momento oportuno, facilitar el control y uso racional de los mismos y asegurar la mejor alternativa terapéutica.

Por otro lado, la prescripción por principio activo aporta un mayor conocimiento de los fármacos y mejora tanto la seguridad, al minimizar el riesgo de duplicidades y errores de prescripción, como la eficiencia.

Por último, la prescripción electrónica es una tecnología que permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático que dispone de una serie de ayudas, orientado hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, Es una herramienta segura y eficaz para la prescripción electrónica de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando la trascripción de las mismas tanto por el farmacéutico para su validación y dispensación de los medicamentos, como la de enfermería para el control y registro de la administración.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

235

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISTRIBUCION EN DOSIS UNITARIA: UN PASO MAS EN SEGURIDAD

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Incrementar la adhesión a la Guía Farmacoterapéutica
- Implantación de un Programa de Intercambio Terapéutico de medicamentos
 - Desarrollo de ayudas a la prescripción electrónica: Selección de las interacciones farmacológicas más importantes.
 - Implantación de la prescripción por principio activo
 - Implantación de la prescripción electrónica (condicionado al funcionamiento de nuevo programa de gestión Dominiom).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los responsables de las actividades serán los farmacéuticos del área de unidosis con la colaboración del resto de farmacéuticos del servicio
- Elaboración y difusión de los Protocolos de Intercambio Terapéutico
 - Elaboración de un impreso de comunicación del intercambio para el personal facultativo y de enfermería
 - Selección de las interacciones farmacológicas más relevantes de los fármacos incluidos en GFT
 - Actualizar la base de datos del nuevo programa de gestión Dominiom para trabajar con genéricos
 - Difusión de la prescripción por principio activo
 - Actualizar el sistema de dispensación pyxis y kardex para adaptarlo a la prescripción por principio activo
 - Validación del nuevo programa Dominiom
 - Formación de médicos prescriptores
 - Inicio de la prescripción electrónica en una planta piloto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de IECAs adquiridos no incluidos en guía (fuera del PIT)
% de ARA II adquiridos no incluidos en guía (fuera del PIT)
% de AINES adquiridos no incluidos en guía (fuera del PIT)
Elaboración de PIT para antieméticos, laxantes y estatinas
Elaboración listado interacciones de mayor trascendencia clínica para inclusión en nuevo programa informático
% peticiones de medicamentos en Principio activo
Nº unidades con prescripción electrónica

La información se obtendrá de los registros del Servicio de Farmacia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión de los responsables de las distintas áreas de la unidosis para conseguir el objetivo deseado y selección de los indicadores a medir (Enero 2011)
- Elaboración y difusión de los PIT (Enero a Marzo de 2011)
 - Elaboración de un impreso de comunicación del intercambio para enfermería (Enero a Marzo de 2011)
 - Aplicación de PIT (Enero a Diciembre de 2011)
 - Selección de las interacciones farmacológicas más importantes (Enero a Febrero de 2011)
 - Implementación de las Interacciones en el programa dominiom (Marzo a Abril de 2011)
 - Difusión de la prescripción por principio activo (Enero a Marzo de 2011)
 - Actualizar sistema de dispensación pyxis y kardex (Febrero a Marzo de 2011)
 - Actualizar la base de datos del nuevo programa de gestión Dominio (Febrero a Marzo de 2011)
 - Validación del nuevo programa Dominio (Marzo a octubre de 2011)
 - Formación de médicos prescriptores (Octubre a Noviembre de 2011)
 - Inicio de la prescripción electrónica en una planta piloto (7ª HG)(Noviembre a Diciembre de 2011).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Dos grapadoras eléctricas 458 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 235

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISTRIBUCION EN DOSIS UNITARIA: UN PASO MAS EN SEGURIDAD

Total 458 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 208

1. TÍTULO

INFORMATIZACION Y UNIFICACION DE LA HISTORIA ANESTESICA EN LA UNIDAD DE CARDIOTORACICA

2. RESPONSABLE MARIA BLANCA IZQUIERDO VILLARROYA
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA CARDIOTORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA
· BAILO PABLO. INFORMatico. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE INFORMATICA
· BRAU SANZ BELEN. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONSULTA DE ANESTESIA
· ESPINOSA CASTELLS RUT. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA CARDIOTORACICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente el 85% de los pacientes que son intervenidos, de forma programada, en la Unidad de cardiotorácica presentan al menos 2 historias anestésicas: protocolo preoperatorio y el protocolo de anestesia (que registra nuevamente los datos del preoperatorio). Si además se hace seguimiento y control del dolor agudo postoperatorio del paciente, en planta hospitalaria, el anestesiólogo debe rellenar un tercer protocolo de analgesia postoperatoria o escribir en la hoja de evolución y/o tratamiento ordinario del paciente.
La vía de acceso de los pacientes al circuito de valoración preoperatoria es muy diversa:
-Aproximadamente el 40% son citados en la consulta de anestesia, tras ser remitidos por el servicio de cirugía torácica.
-Un 40% son vistos, en planta, previa solicitud de hoja de consulta por parte del servicio de cirugía cardiaca.
-Aproximadamente 5% son vistos en plantas, previa solicitud de hoja de consulta por parte del servicio de cardiología.
-Un 15 % de los pacientes, fundamentalmente marcapasos y cardioversiones, llegan a la acogida del quirófano sin ser valorados por el servicio de anestesia y sin los consentimientos para la sedación que precisarían; porque no han sido introducidos en el circuito de valoración preoperatoria, por diferentes motivos (no son remitidos a la consulta de anestesia, no se cursa hoja de consulta a anestesiología, ingresos en plantas diferentes a las habituales, ingresos desde urgencias, etc.).
LAS CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA:
-Para el paciente:
o Aumento de la incertidumbre, puesto que siente que no hay una continuidad de su historia anestésica, pues se vuelven a repetir las mismas preguntas, varias veces por diferente personal.
-Para el personal:
o Al no estar informatizada la historia, supone una pérdida de efectividad en su trabajo, pues debe copiar de nuevo en el protocolo de anestesia, los datos que su compañero o él mismo registró en el protocolo de preoperatorio; además debe buscar historias anestésicas previas, etc.
o En caso de pacientes multioperados, a veces con poco intervalo de tiempo, debe repetirse todo el proceso tantas veces como el paciente sea anestesiado, lo que repercute la eficiencia y en los costes que supone el tiempo de consulta.
o Al no estar informatizada la historia, ni tener accesible el ordenador en la mesa de la consulta en la que el anestesiólogo está, se pierde la oportunidad de disponer de las herramientas que actualmente podríamos tener a nuestra disposición (acceso a guías clínicas, medimecum, protocolos, etc.) con el detrimento que esto supone en la calidad que ofrecemos a nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS DE LA MEJORA
-GENERALES
o Aumentar la eficiencia y la efectividad de la historia anestésica y de la medicina peroperatoria realizada por los anestesiólogos de la Unidad de Cardiotorácica.
-ESPECÍFICO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 208

INFORMATIZACION Y UNIFICACION DE LA HISTORIA ANESTESICA EN LA UNIDAD DE CARDIOTORACICA

- oDiseñar un formato de historia anestésica, unificada, para la Unidad de Cardiotorácica.
- oElaboración de un formulario que recoja datos de todo el proceso (pre, intra y postoperatorio) y que permita la generación de un informe de la Unidad.
- oIntroducción de la historia anestésica, unificada e informatizada, en la consulta de anestesia cardiotorácica.
- oValoración del proyecto y mejorar los puntos que se consideren necesarios tras la evaluación del mismo; para su futura aplicación en los pacientes que están ingresados y cuya vía de acceso, a la visita preoperatoria, es a través de hojas de consulta (50%).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Elaborar un formulario que recoja la valoración anestésica pre, intra y postoperatoria de los pacientes anestesiados en la Unidad de Cardiotorácica.
- i.Para ello, se realizará una revisión bibliográfica de la medicina preoperatoria en anestesia cardiotorácica.
- ii.Los responsables de esta medida serán los anestesiólogos de la Unidad Cardiotorácica.
- Mediante el Gestor de Informes del Hospital, HP-Doctor elaboración de un formulario que recoja datos de todo el proceso pre, intra y postoperatorio y que permita la generación de un informe de la Unidad y su correspondiente explotación estadística y que se adapte a los requerimientos de los pacientes y profesionales de la Unidad de anestesia cardiotorácica.
- i.El responsable de esta medida será el D. Pablo Bailo del Servicio de Informática.
- Unificación de la hoja anestésica (pre, intra y postoperatorio) de la Unidad cardiotorácica.
- i.El responsable de esta medida será el Dr. Miguel Moreno (Servicio de Documentación clínica)
- Aplicación de la historia anestésica unificada e informatizada en la consulta de anestesia cardiotorácica
- i.Para ello es necesario disponer de ordenador en la consulta, para el anestesiólogo, de forma que no se interfiera con la labor que actualmente desempeña la enfermería/auxiliares: solicitud de fármacos, consulta de la programación, etc.
- ii.Los responsables de esta medida serían tanto el Servicio de informática (D. Pablo Bailo) como los anestesiólogos de la Unidad.

- #### 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- 90 % de pacientes intervenidos, en la Unidad de Cardiotorácica, cuya vía de acceso a la visita preoperatoria fue la consulta de anestesia; presentan una historia anestésica unificada.
 - 90 % de las historias unificadas, realizadas por los anestesiólogos de la Unidad de Cardiotorácica, recogen los siguientes ítems: alergias, edad, ASA, patología concomitante, medicación habitual.
 - 80 % de anestesiólogos de la Unidad de Cardiotorácica expresan satisfacción con la informatización y unificación de la historia anestésica, que se realizará mediante encuesta.

- #### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio el 1 de abril de 2011 y evaluación del proyecto el 1 de abril de 2012.

Cronograma:

- Desde el 1 de abril al 15 de mayo 2011: Revisión bibliográfica de la medicina peroperatoria en anestesia cardiotorácica.
- Desde el 1 de mayo al 1 de junio 2011. Realización del formulario de la valoración peroperatoria:
- Desde el 1 de junio al 30 de agosto 2011. Realización del programa informático
- Desde el 1 al 15 de Septiembre: periodo de prueba de la hoja informatizada de anestesia.
- Del 15 al 30 de septiembre 2011: Evaluar los resultados e introducir las mejoras que se consideren adecuadas.
- Desde el 1 de Octubre aplicación de la hoja anestésica unificada.
- Del 25 al 30 de Marzo del 2012: encuesta de evaluación de los anestesiólogos de la Unidad.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *10 memorias KINGSTON DATATRAVELER	26 €
• *Medimecum para PC: Página de referencia: http://	35 €
• *1 equipo informático para la consulta, sincronizado	800 €
• *1 impresora que permita sacar los informes necesarios	100 €
Total	961 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 208

INFORMATIZACION Y UNIFICACION DE LA HISTORIA ANESTESICA EN LA UNIDAD DE CARDIOTORACICA

11. OBSERVACIONES. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

-La informatización y la unificación de la historia anestésica, en la Unidad de Cardiotorácica, es uno de los objetivos estratégicos de la misma para su desarrollo como unidad moderna eficiente y efectiva.
-Además el desarrollo de este proyecto, en una Unidad pequeña como es la de Cardiotorácica, podría servir de experiencia piloto para valorar su extrapolación futura, tras modificar los puntos débiles y reforzar los fuertes que se objetiven en el desarrollo del mismo, al resto del Servicio de Anestesia si así se considerase oportuno.

*10 memorias KINGSTON DATATRAVELER ... 16GB DT101G2 USB. Página de referencia:

[Http://www.appinformatica.com/otras-memorias-kingston-datatraveler-16gb-dt101g2-usb2.0-negro.php](http://www.appinformatica.com/otras-memorias-kingston-datatraveler-16gb-dt101g2-usb2.0-negro.php)

*Medimecum para PC: Página de referencia: <http://www.medimecum.com/iphone/soporte>

*1 equipo informático para la consulta, sincronizado a la impresora que hay en la misma

*1 impresora que permita sacar los informes necesarios desde los ordenadores de los quirófanos 20, 21,23 y 24

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 592

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CATALOGACION, PROMOCION Y CONTROL DE PRESTAMOS DEL MATERIAL DE SIMULACION DE LA UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES JAVIERRE LORIS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS/FORMACION CONTINUADA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ANESTESIA
- GARCES SAN JOSE CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA. ADMINISTRATIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAM
- GIMENEZ LAMBAN PILAR. ADMINISTRATIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL
- OCA AGUSTIN JESUS. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL

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

En la Unidad de Formación y Desarrollo profesional del Sector II, se dispone de una zona destinada para simulación, con materiales para el entrenamiento de diferentes habilidades clínicas y quirúrgicas

Dichos materiales, están a disposición de todos los profesionales del Sector interesados en organizar sesiones de aprendizaje basadas en la simulación.

Importancia y Utilidad del proyecto:

Desde la Unidad, es importante la gestión eficiente de estos recursos para garantizar que el uso de los mismos sea adecuado, el mantenimiento constante y el conocimiento de su existencia universal dentro del Sector.

Hemos detectado que muchos de los profesionales desconocen el material de simulación presente en la Unidad y aquellos que lo conocen, no realizan una petición adecuada del mismo.

Con la catalogación, actualización y presentación del material disponible a todos los posibles usuarios del Sector, buscamos potenciar las sesiones de aprendizaje por simulación tanto en el aula destinada para ello dentro de la Unidad, como dentro de cada Servicio Unidad o Centro de Salud, favoreciendo la formación continuada y especializada dentro de la formación postgrado.

Método de detección y priorización empleados:

La propuesta de este proyecto de mejora, nace tras detectar que diferentes profesionales que han asistido a cursos organizados desde la Unidad, desconocían el material a su disposición, manifestando las oportunidades formativas que se pueden desarrollar tras la presentación del mismo. También de las entrevistas a informadores clave que lideran actividades formativas para médicos residentes, hemos detectado el desconocimiento tanto de los recursos a su disposición como del procedimiento de solicitud y reserva de los mismos.

Situación de Partida:

En este momento, existe un directorio enumerando el material existente que permite controlar la necesidad de reposición del mismo pero detectamos una gran oportunidad de mejora en dicho registro.

Disponemos de diferentes materiales para simulación:

- Material para entrenamiento de RCP básica instrumentalizada
- Material para entrenamiento de RCP avanzada con simuladores de última generación
- Material de simulación de asistencia al paciente politraumatizado
- Material de simulación para manejo de Arritmias
- Material de adquisición de habilidades en traumatología-Rehabilitación: simuladores de infiltraciones
- Material de apoyo al aprendizaje de habilidades clínicas: simulador de vías centrales con y sin posibilidad de guiar mediante ecografía.
- Material de simulación para laparoscopia
- Material de simulación para entrenamiento en ginecología y obstetricia
- Simuladores anatomía y patología oftalmológica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

592

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CATALOGACION, PROMOCION Y CONTROL DE PRESTAMOS DEL MATERIAL DE SIMULACION DE LA UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

-Simulación exploración y patología ORL
-Simulación de vía aérea avanzada

Se están haciendo entre 60-80 reservas de material a lo largo del año. Estas reservas en este momento, se controlan con la recogida de datos del solicitante pero la falta de control del mismo está generando desconocimiento del uso y necesidades de nuestros solicitantes, pérdida de material y deterioro del mismo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

Con la catalogación, promoción y control de préstamos del material de simulación pretendemos como resultado principal:
Fomentar el aprendizaje basado en adquisición de habilidades mediante simulación.

Otros resultados:

- 1- Elaborar un registro de préstamos que permita mantener el material localizado y con responsable asignado a cada solicitud
- 2- Conocer las solicitudes y utilización de material que permita contemplar necesidades con la finalidad de actualizar e incrementar el equipo de simulación disponible
- 3- Mantener reposición adecuada de materiales y garantizar la calidad del material con revisiones periódicas del mismo para detectar y solucionar el deterioro del mismo.
- 4- Mejorar el sistema de devolución del material para evitar retrasos y pérdidas del mismo

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

Medidas previstas:

- 1- En primer lugar se realizará una revisión de todo el material, catalogación y registro por escrito del mismo por unidades.
- 2- Realizar catálogo fotográfico del material para facilitar la localización del mismo asociada a la solicitud
- 3- Diseñar un documento de presentación con los recursos disponibles para difundir por todo nuestro Sector.
- 4- Diseñar un documento de solicitud y préstamo para control de salida y uso del material
- 5- Elaborar un sistema de registro que permita analizar los datos de utilización y costes de mantenimiento del material
- 6- Diseñar una encuesta asociada al documento de solicitud de préstamos donde se puedan recoger
 - 6.1 Las necesidades sentidas de los profesionales que accederán a los materiales de simulación del Sector, con la finalidad de incrementar los recursos disponibles.
 - 6.2 Las deficiencias encontradas por los profesionales en el momento de utilización del material
- 7- Diseñar una política de difusión selectiva del catálogo, dirigida a una población diana susceptible de utilizar el material de simulación en la formación y entrenamiento de habilidades de sus profesionales.

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

Inicialmente con el diseño e implantación del proyecto, este primer año utilizaremos 3 indicadores para monitorizar el proyecto:

- 1- Cumplimentación del documento de Solicitud y Préstamo: Estableciendo el estándar de cumplimiento en el 100 % del material utilizado
- 2- Recogida de encuestas a los profesionales sobre necesidad de material (Numerador: Número de encuestas recogidas, Denominador :Total de solicitudes de material), Estableciendo el estándar de cumplimiento en el 50% de encuestas entregadas
- 3- Recogida de encuestas a los profesionales sobre deficiencias detectadas de material (Numerador: Número de deficiencias encontradas, Denominador: Total de solicitudes de material). Estableciendo el estándar de cumplimiento < 25

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración y Calendario previstos

El proyecto tendrá una duración inicial de un año con revisiones posteriores de las áreas de mejora detectadas durante su ejecución.
Cronograma:

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 592

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CATALOGACION, PROMOCION Y CONTROL DE PRESTAMOS DEL MATERIAL DE SIMULACION DE LA UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

- 1- (Del 15 Abril al 15 de Mayo del 2011)
CATALOGACION DE MATERIAL DISPONIBLE, REVISION DE DAÑOS Y ADQUISICION DE REPUESTOS
- 2- (Del 15 de Mayo al 15 de Septiembre del 2011)
 - (15 de Mayo al 15 de Junio)
REGISTRO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL
 - (Del 15 de Junio al 15 de Julio)
DISEÑO DE DOCUMENTO PARA SOLICITUD-PRESTAMO DEL MISMO
 - (Del 15 de Julio al 15 de Agosto)
DISEÑO DE DOCUMENTO DE PRESENTACION SOBRE RECURSOS DISPONIBLES Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITARLO
 - (Del 15 de Agosto al 01 de Septiembre)
DISEÑO DE ENCUESTA PARA ADJUNTAR AL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE MATERIAL y ELABORACION DE SISTEMA DE REGISTRO DE DATOS
- 3- Septiembre 2011: Puesta en marcha del nuevo sistema de préstamo y registro de utilización
- 4- Desde Septiembre 2011 hasta Abril 2011:
Recogida y análisis de los datos de utilización de todos los epígrafes descritos y medición de los indicadores de los primeros 6 meses de utilización desde la implantación del mismo (Octubre 2011-Marzo 2012)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Adquisición de una cámara fotográfica para la realización del catálogo	300 €
· Material de imprenta para la publicación del catálogo y difusión	200 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 449

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCION DE LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA MEDIANTE EL INGRESO EL MISMO DIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE YASMINA JOSE GUTIERREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- CATALAN SESMA TOMAS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- ALEGRE VILLARIZ ALFONSO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- DEL TIEMPO MARQUES PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad de los servicios prestados justifica la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y la posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización. Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria y la mejora de la calidad es evitar estancias inadecuadas. Para una correcta valoración de este hecho, se han desarrollado distintos métodos de medida de la adecuación de las estancias hospitalarias entre las cuales el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), es el más conocido. El conocimiento de los motivos de la estancia hospitalaria permite identificar las causas inapropiadas de la misma, controlar su variabilidad y en definitiva mejorar la eficiencia en la gestión de los servicios con pacientes quirúrgicas. La identificación de las causas que determinan las estancias innecesarias son instrumentos que posibilitan la optimización de los recursos existentes.

Entre las causas más frecuentes de ingreso inadecuado se encuentran: la realización de procedimientos diagnósticos o tratamientos en el hospital pudiéndose realizar como paciente externo, la espera de resultados de pruebas diagnosticas o interconsultas necesarias para la toma de decisiones terapéuticas o diagnósticas, la no existencia de un plan diagnóstico y/o tratamiento en la historia clínica, el ingreso prematuro y la permanencia de las pacientes en el centro cuando ya no reciben o requieren los servicios de un centro hospitalario de agudos.

Una de las causas de los ingresos prematuros es la de garantizar la ubicación de las pacientes dentro del calendario quirúrgico y la realización de preparativos para la cirugía que pueden realizarse fuera del hospital. Mediante una coordinación y planificación adecuada la mayor parte de los ingresos prematuros prequirúrgicos puede reducirse sin consecuencias negativas para la asistencia de las pacientes.

En España las estancias inadecuadas se sitúan entre el 15 y el 44% de todas las estancias hospitalarias. La disminución de la estancia media hospitalaria lleva asociada ventajas tanto para las pacientes como para los centros sanitarios ya que implica una disminución tanto de las complicaciones asociadas al ingreso como de las infecciones que se adquieren dentro de un centro hospitalario.

Estos datos nos han llevado a plantearnos una búsqueda de estrategias para disminuir las estancias medias hospitalarias no de forma indiscriminada sino de una manera en la que no se vea afectada la accesibilidad y la asistencia de forma negativa.

Nuestra estrategia inicial para evitar estancias hospitalarias innecesarias consistirá en ingresar a las pacientes quirúrgicas el mismo día de la intervención, en todos los casos en los que sea posible, y no los días previos como suele realizarse en la actualidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Reducir la estancia media hospitalaria de las pacientes quirúrgicas.

- Reducir los costes económicos asociados a este tipo de ingresos.
- Mejorar la asistencia global y la calidad asistencial a las pacientes con patología ginecológica subsidiarias de la realización del tratamiento quirúrgico.
- Mejora de la eficiencia hospitalaria evitando estancias hospitalarias inadecuadas.
- Mejorar la comodidad de nuestras pacientes y sus familiares que pueden permanecer en su domicilio hasta el mismo día de la cirugía.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

449

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCION DE LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA MEDIANTE EL INGRESO EL MISMO DIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Potenciar, en los casos susceptibles de ello, la cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- Incrementar la rotación de pacientes por cama hospitalaria, gracias a las mejoras en la estancia media.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La mayor parte de nuestras pacientes que van a ser intervenidas, ingresan en planta de hospitalización la tarde anterior a la cirugía, fundamentalmente por tres motivos: asegurar que se dispone de cama de hospitalización, realizar la preparación intestinal pertinente y comenzar la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en los casos en que esté indicada. En las pacientes en las que se precisa ajustes en el tratamiento anticoagulante el ingreso puede producirse incluso varios días previos a la cirugía para valoración por parte del Servicio de Hematología.

Las actividades mediante las cuales pretendemos mejorar estos aspectos son:

- 1- Valoración de todas las pacientes que van a ser intervenidas en una consulta específica de ginecología y anestesia el jueves anterior a la semana de la cirugía, para confirmar el ingreso y detectar potenciales incidencias.
- 2- Asegurarnos que la paciente sea valorada en las consultas externas del Servicio de Anestesia para evitar ingresos precoces únicamente con esta finalidad, ya que es un procedimiento que puede realizarse vía ambulatoria en la mayoría de las ocasiones.
- 3- En los casos en los que sea preciso realizar preparación intestinal, desde la consulta, se proporcionará a las pacientes la receta del preparado a utilizar y se le explicará el modo de hacerlo para que la lleven a cabo en su domicilio la tarde anterior a la intervención.
- 4- En los casos en los que sea necesario realizar ajustes en el tratamiento anticoagulante, se remitirá a la paciente a una consulta externa hospitalaria específica de hematología, para poder efectuar el ajuste del tratamiento de la manera pautada ambulatoriamente.
- 5- Se proporcionará a la paciente por escrito el día, hora y lugar donde debe acudir para realizar el ingreso, para evitar confusiones.
- 6- Se informará de estos cambios en nuestro protocolo a la enfermería de planta de hospitalización.
- 7- Se ingresará a las pacientes que van a ser intervenidas en horario de mañana el mismo día de la cirugía, a las 8,00 de la mañana en la planta de hospitalización de Ginecología (2º planta del bloque materno-infantil).
- 8- Se ingresará a las pacientes que van a ser intervenidas en horario de tarde a las 13,00 horas del día de la cirugía, en la planta de hospitalización de Ginecología (2º planta del bloque materno-infantil).
- 9- Dar instrucciones claras a todas las pacientes y sus familiares de las horas de ayuno que han de respetar previo al ingreso, para que no existan problemas posteriores a nivel anestésico.
- 10- En los casos concretos en los que sea posible, se dará el alta a las pacientes el mismo día de la cirugía, fomentando la CMA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •A partir de los datos recogidos por el Departamento de Admisión, podremos conocer si se reduce nuestra estancia media hospitalaria. Esto nos permitirá valorar la evolución de nuestra iniciativa y la realizar comparaciones con el sistema previo de ingresos.

- Registro de los casos en los que no se realizó el ingreso en el día de la intervención y el motivo, para ver si este podría haber sido evitable.
- Registro de las incidencias surgidas durante la puesta en marcha del proyecto, para poder detectar debilidades susceptibles de ser mejoradas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: abril del 2011.

Fecha de finalización: enero del 2012 (renovable anualmente).

Memoria anual: diciembre del 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portatil	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ).

2. RESPONSABLE DANIEL LAHOZ RODRIGUEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
 - GARCES SANJOSE CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
 - GIMENEZ VALVERDE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
 - MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
 - MUNUERA BARAHONA CONSUELO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
 - JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
 - VELILLA MOLINER JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disminución de la variabilidad de la práctica clínica y la incorporación de la mejor evidencia científica en el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes y/o trascendentes por su impacto clínico o social es uno de los objetivos del plan de calidad del Servicio de Urgencias. Identificada esta necesidad, se vienen priorizando las situaciones clínicas sobre las que actuar en base a las recomendaciones de protocolización establecidas en el Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencias elaborado por el Departamento de Salud en 2006. La elaboración de protocolos asistenciales del Servicio de Urgencias son consensuados con los Servicios implicados en cada caso y adaptados a nuestro medio y realidad asistencial. En la actualidad, el Servicio de Urgencias dispone de distintos protocolos, algunos adaptados al reglamento de protocolos del Sector II

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Realización de los protocolos siguientes:
1. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UNA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (ID. PROTOCOLO Z2-109). Elaborado en 02/09 y aprobado por la Comisión de Tecnología 06/09.
 2. MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE-MODERADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (ID. PROTOCOLO Z2-119). Elaborado en 06/09 y aprobado por la Comisión de Tecnología 11/09.
 3. EVALUACIÓN del SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN (ID. PROTOCOLO Z2-110)
 4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A TRAUMATISMOS NASALES AGUDOS (ID. PROTOCOLO Z2-066). Aprobado por la Comisión de Tecnología 04/2008.
 5. PROTOCOLO DEL DOLOR TORÁCICO NO TRAUMÁTICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS (ID. PROTOCOLO Z2-217). Aprobado por la Comisión de Tecnología 06/2010.
 6. PROTOCOLO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS, EN URGENCIAS (ID. PROTOCOLO Z2-237) Aprobado por la Comisión de infecciones 09/2010.
- Durante el año 2010, los miembros colaboradores con el proyecto se han encargado de las siguientes tareas:
1. Monitorización de los indicadores de los protocolos asistenciales en el Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet. Se trata en concreto de la monitorización de los protocolos formalmente aprobados por la comisión de tecnología una vez consensuado con los servicios intervinientes y colgados en Intranet para su uso. Todos ellos aprobados a partir del año 2007. Estos protocolos son:
- a) Neumonía adquirida en la comunidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ).

- b) Manejo del paciente con Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.
- c) Traumatismo Craneoencefálico.
- d) Dolor torácico no traumático en el área de Urgencias.
- e) Actuación en los traumatismos nasales.

2. Elaboración de nuevos protocolos:

Se realizó durante el año 2010 el Protocolo para la atención de las infecciones urinarias en el área de Urgencias. Aprobado por la comisión de tecnología y colgado en intranet en DIC 2010.

3. Monitorización de fechas de revisión de los distintos protocolos para su revisión de acuerdo con los Servicios correspondientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-Planificar e iniciar la elaboración de nuevos Protocolos asistenciales, en consenso con el resto de Servicios, y en base a las necesidades y realidad asistencial del Servicio de Urgencias, así como, revisar los protocolos existentes (Manejo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad con fecha de revisión 02/2011, y Traumatismos Nasales agudos con fecha de revisión 05/2011).

2.-Actualizar los protocolos existentes en el Servicio y adaptarlos a los requisitos del Reglamento de protocolos del Sector II.

3.-Revisar los indicadores de seguimiento de los protocolos del Servicio de Urgencias.

4.-Establecer un sistema periódico de revisión de dichos indicadores como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Revisión de los protocolos existentes para adaptarlos al reglamento de procesos del sector II.

Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

2.-Revisión y definición de los indicadores de seguimiento de los protocolos. Responsable: Daniel Lahoz, de acuerdo con el coordinador de la Unidad.

3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores.

Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

4.-Para cada protocolo evaluado, se realizará un análisis de los resultados y se discutirán las medidas necesarias para mejorar su seguimiento, cuando sea necesario.

Responsable: Todos los miembros del grupo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:

1.-Protocolos elaborados o actualizados durante 2011: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles a través de la intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2010 y 2011.

2.-Protocolos evaluados en 2011: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados x 100.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.-Revisión de los protocolos existentes y proyecto de los nuevos:

Marzo-Junio 2011.

2.-Revisión de los indicadores de seguimiento: Marzo-Junio 2011.

3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores de aquellos protocolos en periodo de revisión: Septiembre-Noviembre 2011.

4.-Análisis de los resultados y diseño de las medidas necesarias para mejorar su seguimiento: Octubre-Noviembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil notebook	500 €
· Inscripción al Congreso Nacional de Calidad Asistencial	500 €
Total	1.000 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ).

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

CONTRIBUCION DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL CANCER DE OVARIO AVANZADO. MEJORA EN LA EVALUACION DE RESECABILIDAD, COSTES Y RESULTADOS DE LA CIRUGIA DE INTERVALO

2. RESPONSABLE MARTA LAMARCA BALLESTERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- GALVE AGUDO BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de ovario es la primera causa de muerte por cáncer ginecológico, y el cuarto tumor más frecuente tras la mama, endometrio y cérvix.

El diagnóstico de certeza de la enfermedad es siempre anatomopatológico, y en el 65% de los casos se realiza en estadios avanzados (IIB - IV). La exploración quirúrgica tiene un papel diagnóstico primario mediante la evaluación de las características morfológicas macroscópicas de la tumoración, identificando los signos de alta sospecha de malignidad.

En el tratamiento inicial del cáncer de ovario, los únicos factores independientes relacionados con la supervivencia son el tamaño del tumor residual tras la cirugía y la sensibilidad a la quimioterapia. Se considera cirugía citorreductora de máximo esfuerzo a la realizada con el fin de reseca la mayor cantidad de enfermedad con finalidad curativa. Esto requiere una metodología quirúrgica laboriosa y, en ocasiones, la colaboración de cirujanos generales y urólogos cuando para ello se requiere realizar resecciones intestinales o derivaciones urinarias.

La quimioterapia neoadyuvante es la que se administra tras la verificación histológica de cáncer de ovario en aquellas pacientes en que se considera que es poco probable no dejar enfermedad residual con cirugía de inicio. El pronóstico de la paciente dependerá de que la cirugía que se realice posteriormente (cirugía de intervalo) sea óptima (menor a 1cm de enfermedad residual) o subóptima (mayor o igual a 1 cm de enfermedad residual). La ventaja que ofrece la quimioterapia neoadyuvante es la menor morbilidad quirúrgica de estas pacientes en la cirugía posterior, la mayor probabilidad de realizar una cirugía óptima y, en ocasiones, evita la realización de resecciones intestinales. Se administran 3 - 4 ciclos de quimioterapia y se realiza una reevaluación con examen clínico, radiológico (TAC) y con marcadores antes de proceder a la cirugía de intervalo. Posteriormente a esta cirugía se completan los ciclos restantes de quimioterapia.

La laparoscopia es una vía de abordaje quirúrgico que comparada con la laparotomía presenta un mejor curso postoperatorio, menor dolor, menos complicaciones y menor estancia hospitalaria. Ante una tumoración pélvica, la laparoscopia es útil para descartar posibles falsos positivos de la evaluación prequirúrgica (tumoraciones benignas con comportamiento clínico o radiológico sospechoso de malignidad), evitando abordajes laparotómicos de mayor agresividad, y disminuyendo por tanto la estancia hospitalaria en estos casos y la morbilidad para las pacientes. En el caso de cáncer de ovario en estadio avanzado, la laparoscopia permite evaluar la resecabilidad y la posibilidad de realizar una cirugía óptima primaria. En caso de tumores irresecales o en los que se prevea una cirugía subóptima, la laparoscopia sirve para la toma de biopsias y confirmación histológica con mejor recuperación que la laparotomía, y por consiguiente un inicio precoz de la quimioterapia neoadyuvante.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizaba hasta el año 2010 cirugía citorreductora de máximo esfuerzo en todos los

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

440

CONTRIBUCION DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL CANCER DE OVARIO AVANZADO. MEJORA EN LA EVALUACION DE RESECABILIDAD, COSTES Y RESULTADOS DE LA CIRUGIA DE INTERVALO

casos de cáncer de ovario en estadio avanzado en la evaluación prequirúrgica. La realización de una laparoscopia diagnóstica a estas pacientes supondría una mejora en cuanto a la correcta evaluación de resecabilidad y la posibilidad de toma de biopsias para la confirmación histológica del cáncer de ovario. También existe posibilidad de mejora en cuanto a una menor estancia hospitalaria, menor morbilidad y mejores resultados quirúrgicos tras la quimioterapia neoadyuvante, que podría iniciarse precozmente. Esto derivaría en una reducción de costes en el tratamiento de estas pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejor evaluación de resecabilidad con la vía laparoscópica comparada con la evaluación prequirúrgica en caso de sospecha de estadio avanzado.
- Menor estancia media hospitalaria.
- Menores complicaciones postquirúrgicas.
- Menor tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el inicio de la quimioterapia neoadyuvante.
- Mejores resultados de la cirugía de intervalo.
- Reducción de los costes económicos asociados al tratamiento de estas pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A las pacientes con tumoración pélvica sospechosa se les realiza una evaluación prequirúrgica con exploración física, técnicas de imagen (Ecografía, TAC) y marcadores tumorales. Estas historias clínicas se comentan en la Sesión de Ginecología Oncológica para valorar la mejor opción diagnóstica (paracentesis, cirugía...) y terapéutica (cirugía de citorreducción de máximo esfuerzo de inicio o quimioterapia neoadyuvante). La cirugía de citorreducción de inicio en caso de estadios avanzados es, en muchas ocasiones, una cirugía agresiva, con resultados subóptimos y gran morbilidad asociada, que supone un retraso en el inicio de la quimioterapia adyuvante y un aumento de costes.

Actividades mediante las que se pretende mejorar estos aspectos:

1. Seleccionar a las pacientes con evaluación prequirúrgica sugestiva de cáncer de ovario en estadios avanzados o irresecables, que no dispongan de estudio anatomopatológico previo.
2. Programación de laparoscopia diagnóstica con toma de biopsias y evaluación intraoperatoria de resecabilidad.
3. Alta precoz de las pacientes con curso postoperatorio favorable, a las 24 - 48 horas de la cirugía.
4. Comentar el resultado anatomopatológico en la Sesión de Ginecología Oncológica el miércoles siguiente a la intervención, con establecimiento de fecha de inicio de la quimioterapia neoadyuvante.
5. Derivación de la paciente a la Consulta de Oncología Médica.
6. Reevaluación de la paciente tras 3 - 4 ciclos de quimioterapia en Sesión de Cirugía Oncológica. Programación de la cirugía de intervalo.
7. Cirugía de intervalo y finalización del tratamiento quimioterápico.
8. Control de la paciente en Consulta de Ginecología Oncológica tras la finalización de la quimioterapia.
9. Registro en una base de datos de las estancias medias, complicaciones postquirúrgicas y resultados de la laparoscopia diagnóstica y la posterior cirugía de intervalo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

1. Registro de las pacientes con cáncer de ovario avanzado a las que se realiza laparoscopia diagnóstica.
2. A partir de los Informes de Alta del Servicio de Ginecología, determinar la duración de la estancia media tras la laparoscopia diagnóstica y tras la cirugía de intervalo.
3. A partir de la historia clínica de las pacientes:
 - Determinar la duración del intervalo de tiempo desde la primera intervención hasta el inicio de la quimioterapia neoadyuvante.
 - Evaluar la aparición de complicaciones postoperatorias tras la laparoscopia diagnóstica y tras la cirugía de intervalo.
 - Evaluar el grado de citorreducción (completa, óptima o subóptima) tras la cirugía de intervalo.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 440

CONTRIBUCION DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL CANCER DE OVARIO AVANZADO. MEJORA EN LA EVALUACION DE RESECABILIDAD, COSTES Y RESULTADOS DE LA CIRUGIA DE INTERVALO

- Evaluar la necesidad de colaboración de otros Servicios (Cirugía General, Urología...) en la cirugía de intervalo.

Evaluación: Mediante el estudio de los indicadores.

Seguimiento: En la consulta de Ginecología Oncológica tras completar la quimioterapia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril de 2011.

Fecha de finalización: Febrero de 2012.

Presentación de memoria: Febrero de 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR PORTÁTIL 10-12 PULGADAS	250 €
Total	250 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

415

INFORMATIZACION DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION DE GRUPOS DE RIESGO DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HUMS

2. RESPONSABLE CARLOS LAPRESTA MOROS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- BAILO MASTRAL PABLO. TECNICO INFORMATICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- HANCCO SAAVEDRA JORGE. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- PEREZ PEREZ SANDRA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- GALICIA FLORES TANIA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- ORTIZ ABRIL DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- GIRAL BALAGUERO ROSA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública viene realizando desde hace muchos años tareas de vacunaciones en grupos de riesgo. Dicha actividad se lleva a cabo a través de una consulta que funciona todos los días laborables. La consulta es atendida por los facultativos especialistas del servicio y cuenta con una enfermera y una auxiliar de enfermería con dedicación de media jornada en exclusiva a la misma.

En los últimos cinco años se ha dado un importante impulso a la calidad de dicha actividad a través de las siguientes iniciativas:

1. Normalización (con formato ISO) y protocolización de las actividades (Protocolo Z2-021).
2. Asignación de un nuevo espacio físico (Consulta nº 26 primera planta RG).
3. Captación de nuevos clientes a través del contacto con diferentes servicios del hospital como Reumatología, Dermatología o Digestivo.
4. Sistema de mejora continua a través de la evaluación de indicadores de proceso (cumplimientos de diferentes partes del protocolo) y resultado

(satisfacción de los pacientes a través de encuesta de diseño propio).

Además en dicho lustro se ha llevado a cabo una renovación de la plantilla e infraestructuras del Servicio de Medicina Preventiva, que ha conllevado una cada vez mayor implantación de sistemas informáticos y en general de nuevas tecnologías en las actividades del Servicio.

Por todo ello el grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Medicina Preventiva ha planteado como un objetivo prioritario para los años 2011 y 2012 la informatización de la consulta de vacunas. Se pretende dar una atención más eficiente a un número de pacientes atendidos cada vez mayor a través de la automatización de diversas tareas como la elaboración de calendarios vacunales o la gestión de citas. Además se pretende reducir la producción de documentación en formato papel que en la actualidad es excesiva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende equipar con un terminal informático la consulta de vacunaciones a grupos de riesgo del Servicio de Medicina Preventiva. Además se diseñará una base de datos en formato Microsoft Access que deberá permitir:

1. Gestionar las citas de la consulta.
2. Gestionar los datos de filiación de los pacientes de la consulta.
3. Gestionar los calendarios vacunales de los pacientes de la consulta.

Por último se incorporará la base de datos al funcionamiento diario de la consulta, esperándose a medio-largo plazo:

1. Mejora de la eficiencia de la consulta, reduciendo el tiempo invertido en la cumplimentación de la numerosa documentación actualmente existente.
2. Disminución de errores derivados del uso de excesiva documentación.
3. Mejora del cumplimiento del protocolo de "vacunaciones a grupos de riesgo" gracias a la automatización de los calendarios vacunales.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 415

INFORMATIZACION DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION DE GRUPOS DE RIESGO DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HUMS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Actividad: Discusión y decisión de los contenidos y capacidades de la nueva base de datos. Metodología: Reuniones del grupo de mejora de la calidad. Lluvia de ideas. Responsable: Carlos Lapresta Moros.
2. Actividad: Realización de la base de datos. Metodología: Herramienta informática Microsoft Access. Responsable: Carlos Lapresta Moros.
3. Actividad: Incorporación de la base de datos a la consulta: estudio piloto. Metodología: Día a día de la consulta. Responsable: M^a Jesús Romance Roche.
4. Actividad: Evaluación de los resultados del estudio piloto. Metodología: Estadística descriptiva. Responsable: Tania Galicia Flores.
5. Actividad: Modificaciones de la base de datos en función de los resultados de la fase anterior. Metodología: Herramienta informática Microsoft Access. Responsable: Carlos Lapresta Moros.
6. Actividad: Incorporación de la base de datos definitiva. Metodología: Día a día de la consulta. Responsable: M^a Jesús Romance Roche.
7. Actividad: Actualización de la documentación normalizada del funcionamiento de la consulta. Metodología: Normalización de procedimientos. Responsable: M^a Jesús Hernández Navarrete.
8. Actividad: Evaluación tras un año de funcionamiento de la incorporación de la base de datos definitiva. Metodología: Estadística descriptiva. Responsable: Tania Galicia Flores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elaboración de la base de datos informática.
Indicador: Base de datos informática elaborada.
Estándar: sí.
2. Incorporación de la base de datos informática en el periodo de prueba (estudio piloto).
Indicador: Número de pacientes atendidos en la consulta mediante la herramienta informática/número de pacientes atendidos en la consulta.
Estándar: > ó = 95%.
Método de cálculo: se cogerá una muestra de 30 pacientes a través de la agenda en papel de la consulta (durante el periodo de prueba se simultanearán las agendas electrónicas y en papel).
3. Funcionamiento de la base de datos informática en el periodo de prueba (estudio piloto).
Indicador: Número de pacientes a los que la herramienta informática no ha gestionado correctamente/número de pacientes atendidos en la consulta mediante la herramienta informática.
Estándar: < ó = 5%.
Método de cálculo: Durante el periodo de prueba existirá un registro de incidencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión Grupo de mejora de la calidad para decisión de contenidos de la base de datos: marzo-abril 2011
- Diseño y elaboración de la base de datos: mayo-agosto 2011
- Incorporación de la base de datos: Agosto-Diciembre 2011
- Evaluación de los resultados del estudio piloto: Noviembre 2011
- Modificaciones de la base de datos: Diciembre 2011
- Incorporación de la base de datos definitiva: 2012
- Actualización de la documentación: Primer trimestre 2012
- Evaluación tras un año de funcionamiento: Diciembre 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Ordenador de sobremesa con monitor de pantalla plana de 17 pulgadas 900 €
Total 900 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

DEPRESION POSTPARTO: PROTOCOLO IDENTIFICACION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO BASADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL DEL SNS. DERIVACION PRECOZ A SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE ANA BELEN LAVIÑA CASTAN
· Profesión MATRONA
· Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. PARITORIO-UNIDAD MEDICINA MATERNO-FETAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ PEREZ JAVIER. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS-UNIDAD MEDICINA MATERNO-FETAL
- GARCIA MARTINEZ MIGUEL. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO-UNIDAD MEDICINA MATERNA-FETAL
- ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PUERPERIO
- AMAYAS LORAO REBECA. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO-UNIDAD MEDICINA MATERNO-FETAL
- GOTOR COLAS SOFIA. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SUPERVISION PARITORIOS
- GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SUPERVISION PARITORIOS
- SANCHEZ MENA MARTA. MIR PSIQUIATRIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. AREA PSIQUIATRIA HOSPITAL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La OMS reconoce el importante papel que tiene la propia mujer en la toma de decisiones y actualmente hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejorar el parto en aspectos de calidad, participación y protagonismo de la mujer. En 2007 surge la Estrategia de atención al parto normal del SNS que realiza una revisión de buenas prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible y estableciendo unas líneas estratégicas a seguir. Basándonos en esta estrategia consideramos que es importante recoger datos de las prácticas en el parto para establecer una posible relación entre el trabajo del parto y su funcionamiento psicológico. Son numerosos los estudios que evidencian el riesgo aumentado de desarrollar trastornos del estado de ánimo en el puerperio; por ello en la valoración de la recuperación postparto no sólo hay que tener en cuenta factores físicos, sino también emocionales. La depresión puerperal se define según DSM IV "trastorno depresivo de inicio en el postparto". Se presenta en un 10-20 % de las mujeres entre la 2 y 4 semana tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas. Sino se trata puede durar hasta un año. La depresión postparto interfiere de manera negativa en el desarrollo social, emocional e intelectual de los hijos, en la relación de pareja y en la salud mental de la mujer a largo plazo, mermando la capacidad de la mujer para experimentar el gozo de la maternidad así como consecuencias económicas debido a las bajas laborales. Existen numerosos factores relacionados con los trastornos del estado del ánimo en el puerperio: sociodemográficos, morbilidad, escaso apoyo socioafectivo, escasa ayuda doméstica, acontecimientos vitales estresantes... Entre ellos el más importante es la experiencia emocional del parto, a pesar de que no se evalúa como factor de riesgo. Sin embargo hemos observado que cuando no se cumple la expectativa de la mujer respecto a su parto se incrementa la posibilidad de aparición de trastornos psiquiátricos y de problemas precoces de vinculación madre-hijo. Por todo ello vemos la necesidad de elaborar un protocolo con el objetivo de detectar factores de riesgo de depresión postparto antes de ser la puerpera dada de alta en el hospital. Realizaremos un cuestionario de las prácticas clínicas del parto basándonos en la estrategia de atención del parto normal del SNS y valoraremos el estado psicológico de la mujer mediante el test de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) para diagnosticar adecuadamente la depresión y no equivocarnos con signos y síntomas relacionados con cambios hormonales, del sueño, malestar afectivo, cognitivo o físico. Las mujeres que obtengan en dicho test una puntuación superior o igual a 13 serán derivadas precozmente a psiquiatría para una valoración más precisa, seguimiento del problema y tratamiento si es preciso. El protocolo es dinámico en todo su proceso, realizando simultáneamente cuestionarios, test de Edimburgo y derivación a psiquiatría. Precizando de la colaboración de un psiquiatra del hospital. Realizado el estudio se valorará la utilidad de protocolizar el seguimiento de las puerperas incorporando al informe de alta de la matrona hospitalaria algunos de los ítems que hemos considerado factores de riesgo de una depresión puerperal, lo que aportará información a la matrona de atención primaria para un posterior seguimiento en la consulta.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

143

1. TÍTULO

DEPRESION POSTPARTO: PROTOCOLO IDENTIFICACION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO BASADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL DEL SNS. DERIVACION PRECOZ A SALUD MENTAL

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Elaborar un protocolo que permita detectar entre las semanas 6-8 tras el nacimiento la depresión puerperal para su derivación a psiquiatría precozmente.

-Suscitar el interés entre puérperas y profesionales por conocer las líneas estratégicas de atención al parto normal del SNS

-Reflexionar sobre la importancia del momento del parto en relación con la salud emocional de la madre, dando importancia al protagonismo de la mujer en su parto.

-Identificar antes del alta hospitalaria factores de riesgo de una depresión postparto, estando estos factores de riesgo recogidos en las líneas estratégicas de la Estrategia del parto normal del SNS: satisfacción con su parto, ingreso bebé tras el parto, episiotomía, manejo del dolor, percepción por la mujer de tener un apoyo continuo por la matrona, acompañamiento, parto instrumental, cesárea, contacto precoz piel con piel en los 70 minutos tras el parto, primera toma lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto.

-Detectar precozmente entre las puérperas la depresión postparto, entre la 6ª y 8ª semana tras el nacimiento mediante el test de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) derivando a psiquiatría las pacientes con puntuación mayor o igual a 13 para una valoración o tratamiento adecuado.

-Seguimiento de las puérperas desde el alta hasta la 6-8 semana postparto para valorar sus necesidades emocionales y mejorar la atención recibida.

-Proporcionar un instrumento de acercamiento entre puérpera-matrona y psiquiatra

-favorecer la comunicación entre matrona de hospital y A:P en el seguimiento de las puérperas, planteando la posible necesidad de ampliar información en el informe de alta de la matrona hospitalaria.

-Coordinación entre las unidades de obstetricia y psiquiatría.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisión de buenas prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible recogidas en las líneas estadísticas de atención al parto normal del SNS. (Ana Laviña)

-Revisión bibliográfica depresión postparto. (Ana Laviña)

-realización del cuestionario que recoja las prácticas clínicas del parto que se consideran FR de depresión puerperal (todo el equipo)

-entrega de cuestionarios (matronas/enfermeros puerperio)

-realización de llamadas telefónicas (matronas)

-Comunicación con psiquiatría y realización de sesiones periódicas entre matrona y psiquiatra para evaluar los cuestionarios, los resultados del test (EPDS) y posterior derivación a psiquiatría. (todo el equipo)

-Preguntar a las puérperas la opinión sobre el cuestionario realizado y sobre el test EPDS para introducir posibles mejoras.(matrona de puerperio).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Sesión conjunta con todos los miembros del equipo de mejora con periodicidad, al menos mensual, para poner en común datos sobre la evolución del proyecto.

-Puesta en marcha de la entrega del cuestionario a las puérperas hospitalizadas

-Recogida de los cuestionarios y Realización Test EPDS

-Conocer la opinión de las puérperas sobre el cuestionario entregado durante su ingreso y el test EPDS para introducir posibles mejoras

-Indicador1: Número de puérperas que reciben el cuestionario por la matrona o DUE en las plantas 5º y 6º de hospitalización antes del alta(Objetivo:90% de las puérperas)

-Indicador 2: Número de cuestionarios recogidos entre todos los entregados a las puérperas antes del alta(Objetivo: 80%)

-indicador 3: Número de test EPDS realizados mediante llamada telefónica(Objetivo:60)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL-MAYO 2011

- Puesta en común del material recogido y de las búsquedas bibliográficas.

-Diseño protocolo: encuesta y test EPDS

-Diseños preliminares

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

143

DEPRESION POSTPARTO: PROTOCOLO IDENTIFICACION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO BASADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL DEL SNS.
DERIVACION PRECOZ A SALUD MENTAL

MAYO-DICIEMBRE 2011

- Entrega y recogida de encuestas, simultáneamente realizar test de Edimburgo (EPDS) e ir derivando a salud mental.
- Reunión del equipo para valorar el proceso de entrega y recogida de encuestas y la realización del test (EPDS)

-

ENERO-FEBRERO 2012

- Reunión del equipo para conocer la opinión de satisfacción de las madres con el proyecto, valorar el proceso de derivación a salud mental.
- Evaluación de resultados e incidencias para introducir posibles mejoras.
- Estudiar la posibilidad de introducir el protocolo en colaboración con Atención Primaria.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material fungible	100 €
· ordenador portátil	400 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. Las llamadas telefónicas se realizarán con soporte hospitalario.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 505

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTORIA DE REUMATOLOGIA EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR II DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PECONDON ESPAÑOL ANGELA. MEDICO REUMATOLOGO Y RESPONSABLE DE CALIDAD. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- MARZO GRACIA JESUS. MEDICO REUMATOLOGO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- GIMENEZ UBEDA EUGENIO. MEDICO REUMATOLOGO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- BELTRAN AUDERA CHESUS. MEDICO REUMATOLOGO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- BARUQUER GILETE JAVIER. MEDICO ATENCION PRIMARIA - RESPONSABLE DOCENCIA. CS ALMOZARA.
- PEIRO MURILLO BEATRIZ. MEDICO ATENCION PRIMARIA Y COORDINADOR CENTRO DE S. CS SAGASTA.
- CAÑADAS MILLAN JOSE LUIS. MEDICO ATENCION PRIMARIA Y COORDINADOR CENTRO DE S. CS CANAL IMPERIAL-SAN JOSE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto va dirigido a mejorar la relación y coordinación entre el Servicio de Reumatología de HUMS y los Centros de Atención Primaria del sector II, aunque dado que nuestro sector tiene un importante número de centros de salud, el desarrollo del proyecto para este año 2011 se llevaría a cabo en 3 centros de salud: CS Almozara, CS Sagasta y CS Canal imperial.

Se trata de una oportunidad de mejora detectada en la evaluación del contrato de gestión y en el análisis de las interconsultas recibidas, muchas de las cuales podrían ser resueltas en el propio ámbito asistencial de primaria con la colaboración in situ de un reumatólogo consultor. Este proyecto quiere aportar así una mayor eficiencia al proceso asistencial facilitando la evaluación y manejo en atención primaria de pacientes con procesos reumatológicos muy prevalentes (reumatismos de partes blandas, fibromialgia, artrosis, osteoporosis) pero no severos así como la resolución de dudas o cuestiones de otro tipo de patología que pudieran surgir.

Por último consideramos que es la vía de acercamiento idónea para dar a conocer nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Asistencia eficiente a pacientes con patologías más prevalentes del aparato locomotor.

- Elaboración conjunta de protocolos asistenciales para el manejo-derivación de estas patologías.
- Contribuir a la actualización continuada en el ámbito de atención primaria de nuestro sector en temas reumatológicos prevalentes.
- Mejora en la continuidad asistencial de nuestros pacientes reumáticos
- Mejora de la satisfacción de los MAP con el servicio de reumatología del sector II.
- Mejor conocimiento por los MAP de nuestra cartera de servicios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Informar por correo del proyecto a todos los facultativos de los CAP implicados. Responsables: Dr FJ Manero (Jefe de servicio) y Dra A Pecondón (Responsable de calidad).

2. Confeccionar un calendario de sesiones/reuniones en cada centro, cuya frecuencia y horarios será consensuada con el coordinador y/o responsable de formación del centro. Responsable: Dr FJ Manero (Jefe de sección) y Facultativo reumatólogo del CME al que pertenezca el CAP.

3. Confeccionar una plantilla para recoger información sobre los procesos más frecuentemente consultados. Dra A Pecondón (Responsable de calidad).

4. Realización de sesiones en los CAP, cuyo contenido incluirá alguna/s de las siguientes actividades: Presentación y discusión de casos clínicos, revisión de guías/recomendaciones clínicas, confección de protocolos Responsables: Facultativo especialista reumatólogo y coordinador/responsable de formación, MAP correspondientes.

5. Confección de encuesta para valorar grado de satisfacción de los MAP . Responsable: Dra A Pecondón (Reumatólogo y Responsable de calidad del servicio)

6. Distribución de la encuesta de satisfacción al menos una vez en el periodo correspondiente. Responsable: Dra A Pecondón (Reumatólogo y Responsable de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 505

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTORIA DE REUMATOLOGIA EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR II DE ZARAGOZA

calidad del servicio).

7. Recogida y análisis de dicha encuesta : Responsable: Dra A Pecondón (Reumatólogo y Responsable de calidad).

8. Informar de los resultados de encuesta de satisfacción a los componentes del servicio de reumatología: Responsable: Dra A Pecondón (Reumatólogo y Responsable de calidad).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° de sesiones/reuniones llevadas a cabo en el periodo correspondiente por cada CS

2. N° Total de sesiones/reuniones llevadas a cabo en el periodo correspondiente en todos los CS

3. N° de casos clínicos presentados en cada CS

4. N° Total de casos total de casos presentados entre los tres centros

5. Frecuencia de la patología consultada

6. (N° de MAP asistentes / N° total de MAP) en cada CS

7. N° total de MAP asistentes / N° total de MAP (de los 3 o centros)

8. N° de protocolos conjuntos de manejo clínico/derivación realizados

9. N° de Guías/Recomendaciones clínicas revisadas/CAP

10. Grado de satisfacción de los MAP

La evaluación de estos indicadores se llevará a cabo al final del periodo correspondiente a este proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Informar sobre el proyecto y su desarrollo en una jornada de sesión clínica al conjunto del servicio de Reumatología antes de su presentación al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora del Salud .

2. Remitir por correo a todos los MAP de los centros implicados información sobre el proyecto una vez que haya sido seleccionado y en un periodo no superior a las 4 semanas.

3. Organizar una reunión en cada centro con los coordinadores/ responsables de formación para confeccionar el calendario de sesiones en un periodo no superior a las 6 semanas una vez que haya sido seleccionado el proyecto.

4. Comienzo de las sesiones/reuniones a partir del 15 de mayo 2011.

5. Valoración de la evolución del proyecto en septiembre-octubre 2010

6. Distribución de la encuesta de satisfacción noviembre-diciembre 2011.

7. Análisis de resultados en enero-febrero 2012.

8. Informar de los resultados al servicio en febrero 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PENDRIVES	150 €
· M	50 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 389

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRIA

2. RESPONSABLE BEATRIZ MARCHADOR PINILLOS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ONCOPEDIATRÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTERO BAJO SOLEDAD. ENFERMERA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HUMS). ONCOPEDIATRIA
- UNZUETA SALVADOR BEGOÑA. ENFERMERA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HUMS). ONCOPEDIATRIA
- MENA GALLIZO ELENA. ENFERMERA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HUMS). ONCOPEDIATRIA
- GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HUMS). ONCOPEDIATRIA
- LOPEZ HERAS MONTSERRAT. ENFERMERA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HUMS). ONCOPEDIATRIA
- BARAZA ROMEO PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HUMS). ONCOPEDIATRIA
- MARTIN PEÑA TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HUMS). ONCOPEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la unidad de oncopediatría se realizan múltiples cuidados de enfermería en el trabajo diario de la planta. Aunque lo deseable sería que todo el personal de enfermería trabajase en la misma línea de actuación esto a veces se ve dificultado por distintas circunstancias que influyen en la calidad del trabajo. Los objetivos que se persiguen con la implantación de este proyecto de calidad es reducir la variabilidad interprofesional en la atención a los niños ingresados y mejorar la calidad de nuestra asistencia avalando nuestras actuaciones con bibliografía relevante. Todo ello revertirá en beneficio del personal de la planta, del personal de nueva incorporación al servicio, y fundamentalmente en nuestro objetivo final que es el paciente de oncopediatría.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Resultado General: iniciar protocolización de cuidados de enfermería más frecuentes en la unidad de oncopediatría
- Resultados específicos: Protocolización de:
 - Administración de nutrición enteral en pediatría
 - Heparinización y cuidados del reservorio subcutáneo implantado
 - Heparinización de catéter Hickman
 - Cuidados de enjuagues bucales
 - Protocolo de administración de NPT
 - Protocolo de medidas de aislamiento en pacientes ingresados por neutropenia
 - Protocolo de medidas de aislamiento en pacientes ingresados por Trasplante autólogo de células madre progenitoras (TASPE)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Elaboración de los protocolos de:
- Administración de NE
 - Heparinización y cuidados del reservorio subcutáneo implantado
 - Exposición al resto del equipo asistencial
 - Incorporación de los protocolos al trabajo de la unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Difusión de los dos protocolos a todos los profesionales implicados:
1-Indicador: Nº de profesionales implicados conocedores del protocolo/ Nº total de profesionales
Se excluirá el personal de nueva incorporación que lleve trabajando en la unidad menos de 20 días.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

389

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRIA

- Cumplimiento de los indicadores de evaluación de cada uno de los protocolos:

Indicadores:

1- N° de indicadores que se han cumplido del protocolo de NE/ N° total de indicadores definidos en protocolo de NE

2-N° de indicadores que se han cumplido del protocolo de heparinización y cuidados de reservorio/ N° total de indicadores definidos en protocolo de heparinización y cuidados del reservorio

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • En Mayo - Junio de 2011 se crearan los grupos de trabajo.
- A partir de Septiembre de 2011 se elaboraran los protocolos y consensuarán con todos los miembros del equipo de mejora.
- En Diciembre de 2011-Enero 2012 se incorporaran al trabajo de la planta

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 362

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LAS MUJERES VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

2. RESPONSABLE RAFAEL MARRON TUNDIDOR
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ANDRES PARICIO FELISA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.
 - LOU MARIA LUZ. ENFERMERA. DEPARTAMENTO SALUD. DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION
 - TELLO MARIA REYES. MEDICA. DIRECCION GERENCIA SALUD. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
 - CARRASCO JOSE MIGUEL. SOCIOLOGO. DEPARTAMENTO SALUD. DIRECCION GENERAL DE ATENCION AL USUARIO
 - AMORIN CALZADA MARIA JOSE. MEDICA. DEPARTAMENTO SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS
 - ALLOZA PEREZ ESTHER. ADMINISTRATIVA. DIRECCION GERENCIA SALUD. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
 - LAHOZ GALLO MARIA EUGENIA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La violencia contra la mujer es, en primer término, una violación de los Derechos Humanos. En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 se proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; y todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Las mujeres que sufren violencia de género acuden con frecuencia a los servicios de urgencias hospitalarias. Es frecuente que las mujeres atendidas en estos servicios presenten lesiones y síntomas graves y no siempre reconocen que son víctimas de maltrato lo que dificulta la atención integral de estas mujeres.

El presente proyecto tiene por finalidad la conceptualización de una atención integral e integradora a la mujer víctima de violencia de género en el ámbito de los servicios de urgencia hospitalarios. Se trata de ofrecer a las mujeres una atención sanitaria integral, con base científica y de calidad y homogénea para todos los servicios de urgencia del Sistema de Salud de Aragón, que permita a la vez garantizar su seguridad una vez abandone el centro sanitario en el que es atendida.

Una de las actuaciones claves de este proyecto es la formación del personal médico y de enfermería de los servicios de urgencia. La formación facilita la sensibilización y capacitación de los profesionales, lo que les ayuda a replantear otras formas de organización de la atención a la mujer y del flujo que sigue en el propio servicio de urgencias.

Este proyecto está vinculado e integrado en el conjunto de actuaciones que el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón realiza en la atención a las mujeres víctimas de malos tratos en las distintas variantes que lo componen: el funcional o teórico, el organizativo, el operativo y el de formación.

Identificar deficiencias técnicas y organizativas y áreas de mejora.

Actualmente, en los servicios de urgencias podemos diferenciar una serie de actuaciones que se siguen con la mujer víctima de violencia de género.

1. Detección de violencia

Los profesionales sanitarios de los servicios de urgencia -médicos/as y enfermeros/as- mantienen una actitud de alerta y prestan atención a los signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente sufre malos tratos. En los casos en que se sospeche que es así, se realiza una entrevista clínica específica para detectar los mismos. Sin embargo, no siempre se puede atender a la mujer en un clima de confianza adecuado.

2. Actuación asistencial

En primer lugar, se atiende el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados. La atención a la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LAS MUJERES VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

paciente estará en función de las lesiones y síntomas presentados y, en el caso de que no precise ingreso en planta, se valora la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social.

3. Actuación legal

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la sospecha fundada de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la historia clínica .

Esta actuación no es completa, pues falta de incluir aspectos como la seguridad y valoración del riesgo, derivación a otros organismos e instituciones, etc. que hasta la fecha no ha sido posible debido a la carencia de una herramienta de soporte y de una formación específica, unido a la carencia de información para valorar la idoneidad, pertinencia y calidad de las actuaciones realizadas.

Por otro lado, no se dispone de información para poder identificar las características de las mujeres maltratadas que acudían a los servicios de urgencia, ni de sus necesidades biopsicosociales. Es difícil ofrecer una atención adecuada si no se identifican previamente las necesidades de estas mujeres y sus condicionantes.

El puesto clínico hospitalario (PCH) está implementado en prácticamente todos los servicios de urgencias de los hospitales del Sistema de Salud de Aragón, e incorpora un protocolo para la detección y atención de mujeres víctimas de violencia de género. Pero esta herramienta es insuficiente por sí misma para mejorar la calidad de la atención, es preciso incidir en algunos conocimientos relacionados con la violencia de género pero, sobre todo, en habilidades y actitudes de los/las profesionales para afrontar estas situaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El programa va destinado a todas las mujeres atendidas en los servicios de urgencias de los hospitales del Sistema de Salud de Aragón independientemente de que residan o no en la comunidad autónoma e independientemente del tipo de cobertura sanitaria que tenga la mujer.

En relación con la mujer víctima de violencia

- Proporcionar una atención integral a la mujer víctima de violencia.
- Asesorar a la mujer sobre otros dispositivos e instituciones que pueden ofrecerle apoyo.

En relación con los profesionales

- Facilitar una herramienta sencilla y operativa para realizar una atención sanitaria de calidad a la mujer víctima de violencia de género.
- Establecer una red de formadores con personal de todos los servicios de urgencia para impulsar iniciativas nuevas desde esta área de trabajo, formación al resto de los profesionales sanitarios de estos servicios y ser el vínculo necesario entre la gestión clínica y la planificación.
- Formar a todos los profesionales sanitarios de los servicios de urgencia hospitalaria en la atención y registro de los casos de violencia de género.
- Facilitar información de los casos atendidos en cada servicio de urgencias.

En relación con el Departamento de Salud y Consumo

- Mejorar la atención que se presta a las mujeres víctimas de violencia de género en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Obtener información cuantitativa y cualitativa de la atención realizada a las mujeres víctimas de malos tratos en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Proporcionar a las distintas instituciones implicadas en la atención a dicha mujeres, datos actualizados y sólidos que permitan un análisis de la realidad.

En relación con la sociedad

- Aportar información que ayude en el proceso de sensibilización y concienciación social sobre este problema, ante el que como profesionales de la salud no debemos permanecer impasibles.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LAS MUJERES VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

- Contribuir a la difusión de materiales elaborados por el Departamento de Salud y Consumo para prevenir la violencia de género y para la atención a las mujeres víctimas de la misma, así como ofrecer información sobre recursos disponibles y cualquier otra información que se considere oportuna a través del portal web SaludInforma (www.saludinforma.es).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El desarrollo de una nueva herramienta y de nuevas funcionalidades para los profesionales sanitarios debe conllevar inseparablemente la capacitación correspondiente. Ésta se ha conceptualizado en un plan de formación que integra formación conceptual, práctica y de evaluación, y cuya implementación se realizará en dos fases.

En la conceptualización de la formación se ha tenido presente el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género (2006) que propone, entre sus objetivos prioritarios en el ámbito de la salud, formar a los profesionales sanitarios en materia de violencia de género con criterios comunes de calidad e indicadores de evaluación de la formación que son:

- ? Se formará a todo el personal sanitario implicado directamente en la prestación de servicios de salud a las mujeres.
- ? Los contenidos de la formación serán los adecuados a las competencias laborales que requiera el puesto de trabajo para proporcionar a la mujer una atención de calidad. Se realizara en lugar cercano y accesible facilitándose la asistencia a las sesiones formativas.
- ? Existirá una figura de referencia en los servicios de salud.
- ? Se acreditarán las horas de docencia recibidas.

Fases del plan de formación:

1. Curso de formación de formadores (1ª fase):

Dirigido a personal de Medicina y Diplomados Universitarios en Enfermería que trabajan en los servicios de urgencias de los diferentes centros públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón donde se está realizando la implantación de la historia clínica digital PCH-Urgencias. Estas personas deben haber recibido formación previa en violencia de género y en el manejo de PCH.

- Objetivo general: Formar a dos personas por centro hospitalario en la atención y registro de los casos de violencia de género para que puedan formar en sesiones clínicas de su hospital a médicos-as y diplomados-as universitarios-as en enfermería que trabajan en los servicios de urgencias en el manejo del programa de historia clínica informatizada PCH-Urgencias-registro de violencia de género.

- Objetivos docentes:

- ? Reconocer las diferentes manifestaciones de la violencia de género
- ? Conocer qué situaciones se pueden presentar en urgencias, incluidas agresiones sexuales
- ? Capacitar en el manejo de la aplicación del programa PCH-registro de violencia de género
- ? Conseguir la destreza necesaria para registrar los casos de violencia de género a través de escenarios clínicos.
- ? Evaluación

2. Sesiones clínicas (2ª fase):

- Objetivo general. Las personas formadas en la primera fase deben impartir la formación recibida al resto de los profesionales de los servicios de urgencia mediante sesiones clínicas de sus respectivos hospitales. El objetivo es la formación del 100% de personal que trabaja en dichos servicios.

- Objetivos docentes:

- ? Reconocer las diferentes manifestaciones de la violencia de género
- ? Conocer qué situaciones se pueden presentar en urgencias, incluidas agresiones sexuales
- ? Capacitar en el manejo de la aplicación del programa PCH-registro de violencia de género
- ? Conseguir la destreza necesaria para registrar los casos de violencia de género a través de escenarios clínicos.
- ? Evaluación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 362

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LAS MUJERES VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

La formación está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Aragón.

Metodología y materiales para la formación

El contenido de la sesión es eminentemente práctico y por ello se trabaja directamente sobre el aplicativo. El contenido del programa sigue el flujo de entrada de las pacientes en el sistema sanitario y permite trabajar en simulación de casos clínicos reales con la historia clínica informatizada PCH.

La formación práctica se engrana con una formación teórica inicial y a lo largo de todos los casos prácticos. Los contenidos docentes básicos son los determinados por el Consejo Interterritorial.

Los materiales facilitados son documentos sobre los aspectos conceptuales de la violencia, el impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres, la actitud del personal sanitario en la valoración y actuación en atención de urgencias, aspectos éticos y legales, así como los recursos disponibles en la comunidad autónoma de Aragón y las derivaciones.

Todos los materiales están disponibles en la URL de la página web del Departamento de Salud y Consumo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación de la formación

A todos los profesionales se les realiza una encuesta de satisfacción basada en el modelo estándar que tiene definido el Servicio Aragonés de Salud para todas las actividades de formación.

No obstante, se conceptualiza en este nuevo programa una nueva experiencia de evaluación orientada a valorar la capacitación y sensibilización adquirida por los profesionales y, por otro lado, a conocer el impacto del programa en la práctica clínica. Para ello, se siguen procesos independientes en contenido, forma y momento.

Se adjunta modelo de evaluación para valorar la sensibilización y capacitación de los profesionales formados en las sesiones clínicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración del programa de atención integral a las mujeres víctima de violencia de género en los servicios de urgencia hospitalarios. Realizado en junio y julio 2010.
2. Curso Formación Formadores. Realizado en septiembre 2010.
3. Sesiones Clínicas .Febrero-abril 2011.
4. Evaluación Programa: primera fase en junio de 2011 (evaluación de la capacitación y sensibilización de los/las profesionales) y segunda fase (evaluación del impacto en la práctica clínica) en octubre de 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· asistencia congreso dos personas	800 €
· elaborar documento final reprografía	1.200 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MARTIN CARPI

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARIN TRIGO JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- CHACON VALLES ENRIQUE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- GARCIA BARDAJI BEATRIZ. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- RUBIO RUBIO MARIA JOSE. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) se define por un cuadro de excesiva somnolencia, trastornos cognitivos conductuales, respiratorios, cardíacos e inflamatorios secundarios a episodios repetidos de la vía aérea superior durante el sueño. Estos se miden por el índice apnea-hipopnea (IAH). Un IAH >5/hora asociados a síntomas no explicados por otra causa confirma el diagnóstico. Es una enfermedad muy prevalente. En España, el 3-6% de la población padece un SAHS sintomático, y el 24-26% un IAH >5. El SAHS se asocia con deterioro de la calidad de vida, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico y aumento de la mortalidad. La tríada clínica más frecuente de la enfermedad la componen: roncopatía, apneas presenciadas y excesiva somnolencia diurna. El registro de las variables respiratorias (Poligrafía Respiratoria) tanto en el hospital como en el domicilio ha sido avalado por diferentes Sociedades Científicas. El tratamiento consiste, además de mejorar los factores etiológicos concomitantes, en la aplicación de presión positiva en la vía aérea por medio de un aparato llamado CPAP (Continuos Positive Airway Pressure). La presión adecuada para resolver los fenómenos patológicos se titula durante el proceso diagnóstico (poligrafía vigilada), o por medio de CPAP automáticas de ajuste de presión (AutoCPAP). Los Estudios de Sueño vigilados de los eventos respiratorios, Poligrafía Respiratoria, con profesionales cualificados que aplican las presiones necesarias de CPAP para corregir dichos trastornos han significado durante estos años una práctica clínica de primer nivel en el Hospital Universitario Miguel Servet. La necesidad de un consumo elevado de recursos humanos y materiales así como el mayor conocimiento de la enfermedad, su repercusión en la calidad de vida y sus efectos cardio y cerebrovasculares han ocasionado una demanda difícilmente asumible por todos los Sistemas Sanitarios del mundo. La utilización de dispositivos más sencillos en el manejo, pero igual de complejos en su tecnología, ha permitido la realización de los estudios en el domicilio de los pacientes favoreciendo el aumento del número de los mismos para un consumo de recursos similar. Los estudios realizados por la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño hasta fecha reciente han sido: Poligrafías Respiratorias vigiladas con titulación de CPAP, 40 mensuales, y Pulsioximetrías nocturnas en domicilio, 30 mensuales. En total unas 70 mensuales, 840 anuales. La media de solicitudes para estos estudios es de 80 al mes.

A día 31/01/2011 existía una lista de espera de 1432 pacientes, con un tiempo de demora para el diagnóstico de:

- 13 meses para realización de Pulsooximetría nocturna, método de diagnóstico en caso de sospecha clínica baja con un alto valor predictivo negativo. También como método de control de efectividad del tratamiento con CPAP.
- 24 meses para la realización de Poligrafía Respiratoria vigilada con ensayo CPAP solicitada con carácter normal, método diagnóstico y terapéutico del SAHS. Para las solicitudes con carácter preferente 22 meses y 12 meses con carácter urgente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El día 1 de marzo de 2011 se puso en marcha en el Servicio de Neumología un nuevo proyecto de trabajo, con realización de Poligrafías Respiratorias Domiciliarias y titulación con AutoCPAP además de los estudios ya existentes. El objeto del presente programa de mejora es:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 135

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Aumento del número de estudios del sueño, Poligrafía Respiratoria domiciliaria y hospitalaria vigilada, titulación con CPAP o AutoCPAP y pulsioximetría nocturna.
- Disminución del tiempo de demora para dichos estudios.
- Diseño y aplicación de un sistema de Priorización de pacientes que requieren estos estudios con el objeto de alcanzar un tiempo de espera aceptable para casos con patología importante.
- Asignación de los diferentes procedimientos diagnósticos a cada paciente atendiendo a criterios clínicos, sociolaborales y comorbilidades.
- Recitación, si es el caso, para la realización de titulación de presiones una vez evaluado el registro nocturno.
- Adiestramiento de los pacientes, por parte del personal, en la colocación de los dispositivos durante el período nocturno.
- Elaboración de un informe definitivo sobre el diagnóstico y pautas de tratamiento con el objeto de ser recibido por su médico prescriptor.
- Generar un sistema de Citación en la Unidad del Sueño en caso de premura terapéutica, existencia de otros trastornos añadidos, mala tolerancia o adherencia al tratamiento.
- Desarrollo de estudios de investigación con el objeto de compartir experiencias con la comunidad médica.
- Formación continuada para enfermería, pregrado y postgrado de medicina.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Aumento del número de estudios del sueño, Poligrafía Respiratoria, pulsioximetría y/o tratamiento con CPAP, realizados. Método: La implementación de los diferentes procedimientos diagnósticos hospitalarios y domiciliarios permitirá la realización en una semana de 8 Poligrafías domiciliarias, 8 Pulsioximetrías, 8 titulaciones con AutoCPAP y 6 Poligrafías vigiladas hospitalarias (cuando nos traslademos a la nueva ubicación, una vez concluidas las obras, se realizarán 9 Poligrafías vigiladas). En total unos 100-120 estudios al mes (teniendo en cuenta la corrección debido a festivos del personal). El tratamiento con titulación significa que una misma persona puede necesitar dos estudios por lo que se estudiarán entre 80 y 100 pacientes al mes. Responsables: Todo el equipo de mejora.

2. Disminución del tiempo de demora para dichos estudios.

Método: Con el sistema descrito se pueden llegar a realizar entre 900 y 1200 estudios al año reduciendo considerablemente la demora diagnóstica.

Responsables: Todo el equipo de mejora.

3. Diseño y aplicación de un método de priorización de pacientes con el objeto de alcanzar unos tiempos de demora aceptables.

Método: Criterios clínicos, laborales y comorbilidades recogidos en un sistema de puntuación que determinen el carácter de la solicitud en urgente, preferente o normal.

Responsables: Dr. Marín Trigo, Dra. Martín Carpi.

4. Asignación de los diferentes procedimientos diagnósticos atendiendo a criterios clínicos, sociolaborales y comorbilidades.

Método: La historia clínica destacando en ella el grado de somnolencia diurna, calidad del sueño nocturno, actividad laboral de riesgo, criterios personales y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

135

DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

sociales así como comorbilidades que requieran un tipo diferente de terapia.

Responsables: Dr. Marín Trigo, Dra. Martín Carpi.

5. Recitación para titulación de presiones, si es el caso, una vez evaluado el registro.

Método: Una vez devueltos los dispositivos y evaluado el registro nocturno se cita a los pacientes que precisen titulación de presiones de CPAP en el plazo de dos semanas. Responsables: Todo el equipo de mejora.

6. Adiestramiento de los pacientes, por parte del personal, en la colocación de los dispositivos durante el período nocturno.

Método: Los pacientes vienen personalmente a la Unidad del Sueño para recoger los dispositivos, en ese momento se les adiestra para su colocación.

Responsables: DUE B. García Bardají, DUE M^a José Rubio Rubio.

7. Elaboración de un informe definitivo sobre el diagnóstico y pautas de tratamiento con el objeto de ser recibido por su médico prescriptor.

Método: Una vez descargado y evaluado el registro nocturno se elabora el informe sobre el diagnóstico y tratamiento.

Responsables: Dr. Marín Trigo y Dra. Martín Carpi.

8. Elaboración de un Sistema de Citación en la Unidad del Sueño en caso de premura terapéutica, existencia de otros trastornos añadidos, mala tolerancia o adherencia al tratamiento.

Método: El contacto con el paciente durante el proceso diagnóstico-terapéutico y los cuestionarios sobre la tolerancia y sintomatología permiten seleccionar aquellos con más dificultad terapéutica.

Responsables: Dr. Marín Trigo y Dra. Martín Carpi.

9. Elaboración de estudios de investigación con el objeto de compartir experiencias con la comunidad médica.

Método: Comunicación de nuestra experiencia en el manejo de esta enfermedad.

Responsables: Dr. Marín Trigo y Dra. Martín Carpi.

10. Formación continuada para enfermería, pregrado y postgrado de medicina.

Método: Rotación del personal de las diferentes categorías por nuestra Unidad.

Responsables: El equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Aumento del número de estudios del sueño, poligrafía Respiratoria, pulsioximetría y/o tratamiento con CPAP, realizados.

Indicadores: Estadística de los mismos.

Estándar: = 80 pacientes/mes.

2. Disminución del tiempo de demora para los estudios atendiendo a las diferentes categorías de prioridad.

Indicadores: Estadística de los mismos

Estándar: < 6 meses para pacientes con solicitudes con carácter urgente y <12 meses con solicitudes de carácter preferente.

3. Asignación de los diferentes procedimientos diagnósticos atendiendo a criterios clínicos, sociolaborales y comorbilidades.

Indicadores: Número de registros diagnósticos/número total de estudios realizados.

Estándar: >80% registros diagnósticos.

5. Adiestramiento de los pacientes, por parte del personal, en la colocación de los dispositivos durante el período nocturno.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 135

DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Indicadores: funcionamiento correcto de los dispositivos atendiendo a los registros y cuestionarios nocturnos respecto a todos los registros.

Estándar: > 80% funcionamiento correcto

6. Elaboración de un Sistema de Citación en la Unidad del Sueño en caso de premura terapéutica, existencia de otros trastornos añadidos, mala tolerancia o adherencia al tratamiento.

Indicadores: Citación en Consultas de Unidad de Sueño

Estándar: Sí.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Aumento del número de estudios del sueño, poligrafía Respiratoria, pulsioximetría y/o tratamiento con CPAP, realizados: Marzo 2011- Marzo 2012.

2. Diseño y aplicación de un método de priorización de pacientes con el objeto de alcanzar unos tiempos de demora aceptables: Marzo 2011- Marzo 2012.

3. Asignación de los diferentes procedimientos diagnósticos atendiendo a criterios clínicos, sociolaborales y comorbilidades: Marzo 2011- Marzo 2012.

4. Recitación para titulación de presiones, si es el caso, una vez evaluado el registro: Marzo 2011- Marzo 2012.

6. Adiestramiento de los pacientes, por parte del personal, en la colocación de los dispositivos durante el período nocturno: Marzo 2011- Marzo 2012.

7. Elaboración de un informe definitivo sobre el diagnóstico y pautas de tratamiento con el objeto de ser recibido por su médico prescriptor: Marzo 2011- Marzo 2012.

8. Elaboración de un sistema de Citación en la Unidad del Sueño en caso de premura terapéutica, existencia de otros trastornos añadidos, mala tolerancia o adherencia al tratamiento: Marzo 2011- Marzo 2012.

8. Elaboración de estudios de investigación con el objeto de compartir experiencias con la comunidad médica: Marzo 2011- Marzo 2012.

9. Docencia: Marzo 2011- Marzo 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Renovación de sistema informático	700 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 615

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PACIENTES CON SOSPECHA Y SUS CONTACTOS. INCIDIENDO EN LAS DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN EL TRABAJO DE 2010

2. RESPONSABLE GLORIA MARTIN SACO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LACASA SERRANO ELENA. MEDICO. C.S. SAN PABLO. MEDICINA FAMILIA
- ROC ALFARO LOURDES. MEDICO. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- EDO RAMOS MARIA CARMEN. MATRONA. C.S. SAN PABLO. MATRONA
- RUIZ ALIENDE SONIA. RESIDENTE. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- MAZA INVERNON ANA CRISTINA. MEDICO. C.S. SAN PABLO. MEDICINA DE FAMILIA
- CASTRO PINEDO NATIVIDAD. MEDICO. C.S. SAN PABLO. MEDICINA DE FAMILIA
- SANZ BAGUENA BEATRIZ. TEL. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuar con el proyecto del año anterior.

Por el continuo aumento de las infecciones de transmision sexual y su importancia como causa mayor de enfermedad aguda, infertilidad, incapacidad prolongada e incluso muerte. Con consecuencias médicas y psicológicas severas para millones de hombres, mujeres y niños. Aunque hemos mejorado la sensibilizacion en Atencion Primaria sobre estas infecciones, creemos que tenemos todavía puntos que seguir mejorando, como el estudio de contactos, sobre todo en mujeres donde estas infecciones son asintomáticas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. • Reunión de consenso con asistencia primaria, médico y matrona del C.S. San Pablo

- Se han procesado 364 exudados uretrales (303 en 2009)
- Se han aislado 43 Neisseria gonorrhoeae (36 en 2009). En el 74,5 % de los casos se recogió suero para serologia de ETS. (en 2009 en 55,5 % de los casos)
- Se han procesado 2827 sueros para estudio de Sífilis, siendo positivos el 7,3 %. En 2009, 2711 peticiones con 5,9 % de positivos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * Aumentar el diagnostico de infección en pacientes con sospecha.

- * Mejorar el seguimiento del paciente y sus contactos
- * Promover el protocolo de detección de infecciones por VIH, Hepatitis B y C y Sífilis, en estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. *Petición de estudio en caso de sospecha: responsable de Atención Primaria

- *Toma de muestras: servicio de microbiología y atencion primaria
- *Cultivo e identificación: microbiología
- *Desarrollo de protocolo de detección de otras infecciones y contactos: Microbiología y Atencion Primaria.
- *Recogida de datos: Atencion Primaria y Microbiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Número de pacientes estudiados

- *Porcentaje de contactos
- *Porcentaje de pacientes en los que se investiga Serología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Deteccion de casos durante todo el año

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

615

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PACIENTES CON SOSPECHA Y SUS CONTACTOS. INCIDIENDO EN LAS DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN EL TRABAJO DE 2010

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

324

ESTANDARIZACION DE LA PREPARACION DE LAS INFUSIONES INTRAVENOSAS DE FARMACOS DE ALTO RIESGO USADOS EN LOS SERVICIOS DE ANESTESIA, CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE JAVIER MARTINEZ ANDREU

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
- JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- CLARACO VEGA LUIS MANUEL. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
- REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA
- GARCES SANJOSE CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- TEJADA ARTIGAS ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
- VICENTE DE VERA BELLOSTAS BELEN. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los errores de medicación constituyen un problema de salud pública debido a sus consecuencias humanas, asistenciales y económicas. Se denominan "medicamentos de alto riesgo" a aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

Una forma de prevenir errores es estandarizar la preparación de las disoluciones de los medicamentos de alto riesgo disponibles en los hospitales, unificando las presentaciones de los mismos en dosis y concentraciones.

Dichos medicamentos son usados de forma rutinaria por los Servicios de Anestesia, Cuidados Intensivos y Urgencias de nuestro Hospital, siendo preparadas las perfusiones intravenosas de forma diferente en cada uno de los Servicios al no existir protocolos escritos en común.

Por otro lado la uniformidad en estas presentaciones permite también ahorro de recursos y una mayor continuidad en la asistencia: es práctica habitual que las perfusiones preparadas para un paciente sean desechadas nada más llegar a su nueva ubicación en el quirófano o en la unidad de críticos, con el consiguiente e innecesario aumento del gasto sanitario y sobrecarga asistencial, especialmente para el personal de enfermería .

Desde hace unos meses disponemos en los 3 Servicios de equipos de infusión (marca Hospira, modelo Plum A+) que permiten en su display programar las concentraciones, soluciones y dosis exactas de los fármacos a perfundir.

Con esta línea de mejora, buscamos estandarizar las perfusiones de "los fármacos de alto riesgo" más fr

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Uniformizar la preparación de las diluciones de los fármacos considerados de "alto riesgo"

- Reducir el coste económico derivado de desechar preparaciones de fármacos al trasladar al paciente a otra unidad
- Reducir el "sobreesfuerzo" asistencial derivado de volver a reconstituir estas diluciones con cada cambio de ubicación del paciente
- Reducir tanto la frecuencia como la gravedad de los posibles efectos adversos derivados de la prescripción-preparación-administración de estos fármacos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Mayo y Junio 2011: Reunión del grupo de trabajo y decisión de los fármacos con los que se va a trabajar. Revisión de la literatura científica y mejor evidencia para su manejo. Elaboración de dossier. Consensuar los protocolos con el resto de facultativos implicados.

- Julio 2011: Elaboración de documentación gráfica. Diseño "formato bolsillo" de las dosificaciones de los fármacos. Elaboración de material docente para su difusión: escrito y dispositivos

- Agosto, Septiembre y Octubre 2011: Sesiones en los Servicios, con el personal facultativo y de enfermería, explicando la forma de programar las bombas de perfusión y la preparación de las infusiones acordadas.

- Noviembre, Diciembre y Enero: Encuestas de evaluación entre el personal implicado de los distintos Servicios, con vistas a poder aplicar las

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 324

ESTANDARIZACION DE LA PREPARACION DE LAS INFUSIONES INTRAVENOSAS DE FARMACOS DE ALTO RIESGO USADOS EN LOS SERVICIOS DE ANESTESIA, CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET

correspondientes acciones correctoras.

- Febrero 2012: Análisis de los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicadores de planificación:

1. Etapa de planificación inicial: reuniones programadas del Grupo de Mejora para definir los fármacos y perfusiones. Grado de cumplimiento: 100%.
2. Número de sesiones realizados / número de sesiones planificados: Grado de cumplimiento: 100%.

- Indicadores de desarrollo:

1. % de facultativos de cada Servicio que acuden a las sesiones de presentación. Grado de cumplimiento: 50%.
2. % de enfermeras de cada Servicio que acuden a las sesiones de presentación. Grado de cumplimiento: 50%.
3. % de facultativos que responden a la encuesta. Grado de cumplimiento: 60%.
4. % de enfermeras que responden a la encuesta. Grado de cumplimiento: 60%.
5. % de facultativos que han utilizado la nueva preparación de las infusiones. Grado de cumplimiento: 50%.
6. % de enfermeras que programan los equipos de infusión en dosis exacta. Grado de cumplimiento: 50%.

- Evaluación:

1. Mediante un cuestionario de evaluación a médicos y enfermeras al inicio, durante y al final del proyecto para conocer inicialmente sus hábitos de trabajo y posteriormente si se han modificado o no con las nuevas recomendaciones (programación del equipo de infusión, preparación de la dilución)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión del Grupo de Mejora: Mayo y Junio 2011

- Elaboración del material escrito: Julio 2011
- Implantación del proyecto: Agosto, Septiembre y Octubre 2011
- Encuesta a los participantes: Noviembre y Diciembre 2011, Enero 2012
- Análisis de los resultados: Febrero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fotocopias	100 €
· Material imprenta	200 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

Condicionado a cambios de equi

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 088

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA "GUÍA DE CUIDADOS PARA PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGÍA MAMARIA NEOPLÁSICA" PREVIA A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION MARTINEZ CASAMAYOR

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IBAÑEZ PINA MAITE. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA GENERAL
- GRACIA MATEO MARIA LUISA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA GENERAL
- CUADRA FUSTER MARIA JOSEFA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA GENERAL
- AGUAVIVA MARCELLO BEATRIZ. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA GENERAL
- AMO NADAL CRISTINA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA GENERAL
- VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA GENERAL
- GARCIA BUESA SUSANA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". CIRUGIA GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ingreso en un hospital con el fin de realizar una intervención sobre la mama motiva en cualquier mujer una situación de miedo y ansiedad ante el impacto psicológico que supondrá el tenerse que enfrentar a un diagnóstico de cáncer y a una cirugía que afecta también su imagen corporal.

La observación del estado de las pacientes, sus dudas y preocupaciones así como querer mejorar el proceso asistencial proporcionando una atención de calidad nos lleva, junto al equipo de cirujanos de la Unidad de mama y melanoma a proponer la elaboración de una Guía de cuidados práctica. Con la distribución de ésta Guía se pretende obtener una mejora en cuanto a la orientación en los cuidados y ayuda para comprender mejor el proceso y aumentar la satisfacción del paciente.

La Guía tiene por objeto transmitir de una forma sencilla aquellas situaciones en las que se encontrarán a lo largo de su proceso, acompañándolas desde el ingreso en nuestra Unidad, pasando por la recuperación tras la intervención y hasta el alta hospitalaria y traslado al domicilio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar los conocimientos y afrontamiento de las pacientes ante el cáncer de mama a través de la elaboración de una guía práctica de cuidados.

- Mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes educándoles en las posibles complicaciones que puedan aparecer al alta.

- Diseño de una Guía de cuidados práctica que recopila información sobre el proceso del cáncer de mama y se acerca a las pacientes con el fin de fomentar el cuidado de su imagen

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Diseño del contenido de la Guía de cuidados recogiendo el proceso que la paciente pasará desde su ingreso, desarrollo de actividades y recomendaciones respecto a cuidados. RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito/Componentes del equipo de mejora.

2.- Colaboración con el Servicio de Psiquiatría y Rehabilitación para la confección de la Guía respecto a estas áreas de cuidados. RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito

3.- Diseño e implementación de encuesta de grado de satisfacción respecto a la información de su proceso. RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito/Componentes del equipo de mejora..

4.- Dar a conocer el contenido de la Guía de cuidados entre el personal de enfermería de Cirugía General. RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito

5.- Impresión de la Guía de cuidados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 088

PUESTA EN MARCHA DE UNA "GUÍA DE CUIDADOS PARA PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGÍA MAMARIA NEOPLASICA" PREVIA A LA INTERVENCION QUIRURGICA

6.- Puesta en marcha del proyecto mediante la entrega de la Guía de cuidados en cirugías neoplásicas de mama. RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito/Componentes del equipo de mejora.

7.- Cumplimentación de encuesta de grado de satisfacción respecto a la información aportada con la entrega y comentario de la Guía de cuidados. RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito/Componentes del equipo de mejora.

8.- Valoración de resultados RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito/Componentes del equipo de mejora. respecto a la encuesta a pacientes.

9.- Calcular los indicadores. RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito

10.- Establecer medidas correctoras y de mejora.

RESPONSABLES: M^a Concepción Martínez Casamayor/M^a Pilar Cebollero Benito

EVALUACION Y SEGUIMIENTO:

- Se recogerán las historias de los pacientes dados de alta para valorar el registro de netrega de la Guía de cuidados.
- Se revisará la respuesta a las encuestas de grado de satisfacción respecto al contenido de la Guía

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° pacientes que reciben La Guía al ingreso/N° IQ programadas Cirugía mamaria neoplásica

Índice actual 0%/objetivo 2011 90%

- N° encuestas con valoración positiva de mejora satisfacción/N° encuestasregadas

Índice actual 0% / objetivo 2011 85

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: enero 2011. Fecha de finalización:diciembre 2011

Calendario:

Actividades 2011	E	F	M	A	M	J	Jl	A	S	O	N	D	2012
Diseño del contenido de la		X	X										
Colaboración con el Servicio de Psiquiatría y					X								
Diseño e implementación de encuesta					X								
Dar a conocer contenido de la Guía a personal enfermeía							X	X					
Impresión de la Guía de cuidados						X							
Entrega de la Guía de cuidados en cirugías neoplásicas de mama.				X	X	X	X	X	X				
Cumplimentación de encuesta de grado de satisfacción								X	X	X	X	X	X
Valoración de resultados											X		
Calcular los indicadores											X		
Establecer medidas correctoras y de mejora													X

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Diseño del contenido de la Guía de cuidados recogiendo el proceso	100 €
· Impresión de la Guía de cuidados	600 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 152

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y VALIDACION DE LA TC COLONOSCOPIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MARIA ELENA MARTINEZ MOMBILA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- MARCUELLO PEÑA MARIA TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- VICENTE LIDON RAQUEL. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. DIGESTIVO
- SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- MERIDA MARQUES MARIA JOSE. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- PARADISI CHACON CARLOS. RESIDENTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- GARCIA VALIENTE ANA. RESIDENTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. De todos es conocida la trayectoria del Proceso de atención del paciente con carcinoma colorrectal (CCR), dentro del cual se incluye el Subproceso de Diagnóstico y Estadificación del CCR. Integrado en este proceso y en este año el Grupo de Mejora. de Ap. Digestivo ha puesto en marcha una Consulta de alta resolución para gestionar y obtener las pruebas diagnósticas del paciente via ambulatoria en el menor plazo de tiempo posible.

En el diagnóstico de todos estos pacientes la prueba "gold standard" es la colonoscopia pero hasta en un 10% según las series llega a ser incompleta por estenosis infranqueable, adherencias posquirúrgicas, alteración anatómica o intolerancia . A esto hay que añadir que hasta en un 5-8% se puede dar la posibilidad de un cancer sincrónico lo que modifica la opción terapéutica.

La TC-colonoscopia o colonoscopia virtual (TC-colono) es un procedimiento no invasivo basado en la técnica TC a baja dosis que permite mediante reconstrucciones 2D y 3D (visión de 360°) el estudio intraluminal del colon. Consiste en un estudio TC de baja dosis con distensión de colon, mediante insuflación con aire o CO2, previa preparación con dieta exenta de residuos, sin necesidad de laxantes.

Desde sus inicios en 1996(Rubin y cols) ha experimentado un notable avance como consecuencia de la mejora en los software, hardware y aparición de los TC multicorte. El desarrollo tecnológico unido a la estandarización de la técnica y mayor experiencia lograda ha asignado a la TC-colono un papel relevante en el diagnóstico del CCR, muy superior al del enema con doble contraste. Así lo demuestran numerosos estudios multicéntricos, entre ellos el de Pickhardt y col (2003), prospectivo, 1233 pacientes a los cuales se les sometió a TC-colono y colonoscopia el mismo día. Se obtuvo una sensibilidad para adenomas mayores-iguales de 10mm aproximadamente de 93'8 vs 87'5% y mayores-iguales de 6mm de uno 88'7 vs 92'3% respectivamente. También la especificidad de TC-colono varía con el tamaño del adenoma entre 79,6 % (6mm) y 96% (10mm). Más recientemente el estudio ACRIN con 2600 pacientes asintomáticos y similar diseño encontró una sensibilidad para la TC-colono de 90 % para los adenomas mayores-iguales de 10mm y 78 % para mayores-iguales de 6mm, la especificidad varía entre 86 y 89% .

Reseñar que el riesgo carcinogénico está directamente relacionado con el tamaño del pólipo, sólo de 1% de los adenomas menores de 1cm, en torno a 10% de 1-2cm y más de 40% en mayores de 2 cm.

A todo ello hay que añadir su seguridad, escaso porcentaje de complicaciones graves (perforación entre 0'06-0'08%), buena tolerancia por parte del paciente y despistaje de patología extracolónica. Con los actuales equipos de TC se ha reducido la dosis de radiación que viene a ser de unos 1'8-2'4mSv.

Todos estos argumentos demuestran la seguridad de esta técnica para la detección de pólipos con potencial carcinogénico.

OBJETIVOS INICIALES:

- 1.-Implantar la técnica realizando un control de calidad de la misma.
- 2.-Establecer una vía de comunicación fluida con la Consulta de Alta Resolución para la canalización de estos pacientes. Sin ocasionarles ningún trastorno

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

152

IMPLANTACION Y VALIDACION DE LA TC COLONOSCOPIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

adicional aprovecharemos la preparación ya realizada y con las instrucciones que se les transmitan practicaremos la TC-colono y estadiaje simultáneo en un plazo máximo de 3 días.

3.- En el caso de los ingresados será a través del coordinador del Departamento de Endoscopias.

4.- En una segunda fase podríamos asumir las colonoscopias incompletas por intolerancia o negativa del paciente siguiendo la misma via de actuación que con los ingresados.

OBJETIVOS FINALES:

Obtener un diagnóstico rápido, eficaz y de gran aceptabilidad para el paciente.

Difusión de la técnica y sus indicaciones mediante sesión multidisciplinar a Atención Primaria y especialidades relacionadas con el Proceso del CCR.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-Colaborar en el Programa de Ambulatorización y Gestión por Procesos, desarrollando el Subproceso de Diagnóstico y Estadificación del CCR en el HUMS incluido en el Proceso de Atención Integral del Paciente con CCR.

2.-Adecuar la opción terapéutica a cada paciente.

3.-Optimizar los recursos existentes en el Servicio de Radiodiagnóstico.

4.-Mejorar la Calidad Técnica con implantación de protocolos y seguimiento de los mismos.

5.-Contribuir al ahorro en la sanidad aragonesa, prescindiendo de ingresos o exploraciones innecesarias.

6.-Mejorar el nivel de Calidad Percibida por el Paciente:

-confortabilidad: el paciente permanece en su entorno familiar y social.

-aceptabilidad y buena tolerancia de la técnica.

-accesibilidad, información y resolutiveidad: a través de una consulta se coordina todo el proceso de Diagnóstico-Estadiaje evitando al paciente molestias y demoras innecesarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Planificación de los días disponibles para la realización de los estudios por los miembros del comité del Servicio de Radiodiagnóstico.

2. Elaboración del protocolo de la técnica por estos mismos integrantes que será dado a conocer en el propio servicio y a nivel multidisciplinar.

3. Comunicación y coordinación con la facultativa que asume la Consulta de alta resolución que será la encargada de explicar al paciente el procedimiento a seguir. Deberá continuar 1 ó 2 días más con dieta sin residuos introduciendo gastrografin según las instrucciones dadas por escrito (todo ello facilitado en la consulta).

4. Todos los viernes, desde esta consulta harán llegar las solicitudes correspondientes a cada semana a la sección de Digestivo de Radiodiagnóstico, precisando el día que se practicó la colonoscopia.

5. Desde aquí en función de esta fecha se citarán por teléfono advirtiéndoles que avisen con antelación si van a faltar.

6. En la misma cita se realizarán simultáneamente la colonoscopia virtual y el estadiaje a distancia. Pasaremos una pequeña encuesta a cada paciente para obtener su opinión al respecto.

7. Se registrarán todos los pacientes en una base de datos y posteriormente se realizará control de calidad de la técnica (preparación- limpieza del colon, datos técnicos, postprocesado e informe).

8. Evaluación a los 3 y a los 12 meses.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Número de pacientes incluidos en el programa, registrados en base de datos. Se revisan a los 3 y a los 12 meses.

2.-Porcentaje de pacientes que cumplen el intervalo de tiempo establecido entre colonoscopia óptica y TC-colono.

2.-Porcentaje de exploraciones de calidad técnica aceptable. Incluye valoración del grado de distensión y limpieza del colon. En el grado de distensión mediremos calibre, unos 5cm para colon dcho, transverso e izdo y 3cm para rectosigma. En la limpieza del colon utilizaremos la escala de Boston por segmentos, empleada en la valoración de calidad de la fibrocolonoscopia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 152

IMPLANTACION Y VALIDACION DE LA TC COLONOSCOPIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

3.-Grado de satisfacción de los pacientes obtenida mediante encuesta realizada tras la exploración.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO: 15 de marzo de 2011.
FECHA DE FINALIZACION: 15 de marzo de 2012.

CALENDARIO:

Del 15 de marzo de 2011 hasta 15 de abril de 2011: Periodo de Prueba del Programa.

Del 16 de abril al 30 de abril de 2011: Ajustes del Programa.

A partir del 1 de mayo hasta 15 de marzo de 2012: Desarrollo del Programa con dos revisiones a los 3 y 12 meses.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO ANTE PACIENTES CON ALERGIA AL LATEX

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MARTINEZ MORENO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ ASIN ALICIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". BLOQUE QUIRURGICO
- LOPEZ LACASTA CONCEPCION. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". BLOQUE QUIRURGICO
- MILLA TERUEL ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". BLOQUE QUIRURGICO
- ALVAREZ RUIZ JULIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". BLOQUE QUIRURGICO
- BARA MACHIN GLORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". BLOQUE QUIRURGICO
- CALVO SANZ VANESA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". BLOQUE QUIRURGICO
- MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura, esto debe basarse en un trabajo en equipo bien coordinado, con un diseño adecuado de los procesos asistenciales.

Por lo tanto, ante el aumento en la incidencia de reacciones a productos de látex en los últimos años, un grupo de enfermeras del bloque quirúrgico del Hospital Miguel Servet hemos detectado la necesidad de proporcionar una guía para el manejo seguro del paciente con conocimiento o sospecha de alergia al látex, mediante la elaboración, adecuación e implantación de un protocolo de actuación, que nos ayude a establecer un orden de intervención rápido y eficaz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La actuación que se lleva a cabo en el bloque quirúrgico ante situaciones con pacientes alérgicos al látex es autónoma e independiente siguiendo normas que no están dentro de un plan de actuaciones estandarizadas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Aumentar la seguridad de los pacientes alérgicos al látex en el bloque quirúrgico.
 2. Realizar un protocolo de actuación que garantice una respuesta segura y eficaz del personal del bloque quirúrgico.
 3. Implementar el protocolo en todo el bloque quirúrgico.
 4. Conocimiento de qué material sanitario contiene látex y cual está exento de él.
 5. Conocimiento de las manifestaciones de la reacción alérgica al látex y modo de actuación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Formación del grupo de trabajo que va a realizar el proyecto.
 2. Revisión bibliográfica.
 3. Creación de un calendario de reuniones mensuales del grupo de trabajo.
 4. Asesoramiento por parte de profesionales expertos.
 5. Elaboración del protocolo
 6. Revisión y consenso de las normas y actividades del protocolo.
 7. Presentación y difusión a todos los profesionales del bloque quirúrgico.
 8. Implementación del protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1. N° pacientes alérgicos al látex, intervenidos quirúrgicamente.
 2. N° de intervenciones suspendidas por falta de previsión ante la alergia al látex.
 3. Eficacia del protocolo: N° de pacientes sin complicaciones en el bloque quirúrgico, derivadas de la alergia al látex.
- Los indicadores se monitorizarán semestralmente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

108

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO ANTE PACIENTES CON ALERGIA AL LATEX

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Marzo 2011. Formación del grupo de trabajo.
2. Marzo y Abril 2011. Revisión bibliográfica.
3. Mayo y Junio 2011 Formación y Asesoramiento por parte de expertos.
4. Octubre-Diciembre 2011. Diseño y elaboración del protocolo de actuación.
5. Enero y Febrero 2012. Sesiones de información y formación al personal del bloque quirúrgico.
6. Marzo 2012. Colocación de las actuaciones y normas a seguir en formato papel en las distintas ubicaciones del bloque quirúrgico. Puesta en marcha del protocolo.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|---------|
| · Presentación del trabajo en el Congreso Nacional de Calidad 2012 | 300 € |
| · Ordenador portátil 15" HP | 600 € |
| · Impresora HP color laserJet serie CP1510 | 250 € |
| Total | 1.150 € |
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 402

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION 742/LE1584 Y FECHA DE ENTRADA EN VIGOR 25/09/2009

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LEZCANO MARIA ANTONIA. MEDICO. HUMS. MICROBIOLOGIA
 - GRACIA CONCEPCION. TEL. HUMS. MICROBIOLOGIA
 - ARQUED MARIA JOSE. TEL. HUMS. MICROBIOLOGIA
 - MIRANDA THAIS. TEL. HUMS. MICROBIOLOGIA
 - SALCEDO PATRICIA. TEL. HUMS. MICROBIOLOGIA
 - FERNADEZ JULIO. TEL. HUMS. MICROBIOLOGIA
 - MARIN TERESA. TEL. HUMS. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto se origina en el año 2003 con la la formación de un grupo de mejora de la calidad . Este mismo año se publica la norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia .Esta norma, dirigida a la acreditación de los laboratorios clínicos, contempla tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, e incluye la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales.

El objetivo de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 15189 es llevar a cabo de manera eficaz la gestión de la la actividad de un laboratorio clínico

En el año 2004 se establece la prioridad de la unidad de Virología por ser única en nuestra comunidad autónoma y por tanto servicio de referencia de la misma

Hasta Octubre de 2006 la metodología del proyecto se estructura a través de

- Sesiones de trabajo con el personal de la unidad de Virología.
- Elaboración de los documentos requeridos por Norma.
- Sesiones de comunicación con los facultativos y resto de personal del Servicio.
- Establecimiento de indicadores de calidad: Cumplimento del plazo de entrega de resultados y errores en la preanalítica de la sección de virus.

En octubre de 2006 SALUD solicita a una consultora para abordar la acreditación de los laboratorios clínicos de 9 hospitales de la comunidad cambiando el rumbo de la metodología. El proceso de implantación en el laboratorio se plantea ahora en tres fases de acuerdo con la consultora.

1. Análisis de requisitos: Conocer la actividad que se desarrolla en el laboratorio, obtención de información sobre la estructura jerárquica y funcional, verificación de procedimientos y documentación con el fin de mantener o adecuar estos a los requerimientos de la norma 15189.
2. Implantación: Instrucciones de trabajo y talleres.
3. Evaluación: Auditoría de evaluación, internas y externas.
4. En octubre de 2008 se solicita la auditoria externa a ENAC (entidad Nacional de Acreditación).
5. En Marzo de 2009 se realiza la auditoria externa

La auditoría externa realizada por ENAC en Marzo de 2009 tiene como resultado la acreditación de la Unidad de Virología para las técnicas de antígenemia de citomegalovirus, cultivo del virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios con nº de Acreditación 742/LE1584 y fecha de entrada en vigor 25/09/2009.

La acreditación no es el resultado de un proceso puntual. ENAC evalúa regularmente a las entidades acreditadas, comprobando que mantienen su competencia técnica mediante visitas de seguimiento y auditorías de reevaluación.

La primera visita de seguimiento se realiza en un plazo no superior a un año desde la concesión de la acreditación y los siguientes seguimientos se realizan no más tarde de 18 meses desde la última visita, notificando la fecha a la entidad con antelación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 402

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION 742/LE1584 Y FECHA DE ENTRADA EN VIGOR 25/09/2009

En la auditoría externa realizada por ENAC el 27 de Septiembre y el 26 de Octubre de 2010 se mantiene la acreditación de Virología para las técnicas arriba indicadas y se amplía para
 ??DETERMINACION DE MARCADORES SEROLÓGICOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB)

- HBs Ag = Antígeno de superficie
- Anti Hbc = Ac.de tipo IgG e IgM frente al Ag. core
- HBe Ag = Antígeno "e"
- Anti HBe = Ac. frente al antígeno "e"
- Anti Hbc IgM = Ac. tipo IgM frente al Ag. core

Anti HBs= Ac. frente al Ag. de superficie

??Tinción de Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas
 ??PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS: CARGA VIRAL DE VHC Y VIH

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantenimiento de la acreditación conseguida en el año 2009 en la unidad de virología para las técnicas de antigenemia, cultivo de virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios y de la acreditación conseguida en el año 2010 para las determinaciones arriba especificadas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar los procedimientos de recepción de muestras y actualización de los mismos si es necesario. Impartir talleres de formación al personal adscrito a los Boxes de los distintos alcances Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando los registros técnicos con el responsable técnico de las unidades acreditadas. Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando los registros de calidad de las unidades acreditadas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

1-Formación del personal adscrito	(N° personas formadas/N° personas adscritas a unidades acreditadas)*100	>70%	=>90%
2-Mantener actualizados los registros técnicos	N° de registros actualizados/N° registros totales* 100	=>80%	=>90%
3-Mantener actualizados los registros de calidad	N° de registros actualizados/N° registros totales* 100	=>80%	=>90%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Marzo 2011

Revisar los procedimientos de recepción de muestras y actualización de los mismos si es necesario. Junio 2011
 Impartir talleres de formación al personal adscrito a los Boxes de los distintos alcances Mayo-septiembre 2011
 Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando los registros técnicos con el responsable técnico de las unidades acreditadas. Junio 2011 y Octubre 2011
 Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando los registros de calidad de las unidades acreditadas Junio 2011 y Octubre 2011

Finalizacion: Diciembre 2011 auditoria externa ENAC

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Incripcion congreso calidad	600 €
Total	600 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

402

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION 742/LE1584 Y FECHA DE ENTRADA EN VIGOR 25/09/2009

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

483

EMPLEO DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR EN EL DIAGNOSTICO Y CARACTERIZACION DE LAS FRACTURAS OCULTAS DE CADERA

2. RESPONSABLE ESTEBAN MAYAYO SINUES

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOBO ESCOLAR ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- ANGULO HERVIAS ELENA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- VELILLA CUARTERO JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- BERNAL LAFUENTE CELIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- DINU LAURA ELVIRA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- MARTIN LAMBAS DOLORES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las fracturas de cadera son una de las causas más frecuentes de hospitalización e incapacidad. Se estima que estas fracturas son responsables del 50% de días de hospitalización del total de pacientes con fracturas. Aproximadamente un 2-14% de las fracturas son radiológicamente no concluyentes o negativas (fracturas ocultas), lo que con frecuencia tiene lugar en pacientes ancianos con osteopenia, tras traumatismos menores. Los signos clínicos en muchos casos no permiten distinguir a los pacientes con estas fracturas. En estos casos se requiere de métodos diagnósticos adicionales por imagen para su detección. El retardo en el diagnóstico de estas fracturas implica un tratamiento inadecuado, riesgo de desplazamiento y un incremento de la morbimortalidad y del coste de la asistencia. Por otro lado, el diagnóstico precoz permite un tratamiento temprano mediante carga mecánica y rehabilitación o mediante cirugía. Además, mediante las radiografías simples cabe la posibilidad de establecer falsos positivos de fracturas, con tratamientos innecesarios.

Los protocolos basados en la bibliografía más reciente consideran a la resonancia magnética (RM) la técnica de elección en las fracturas ocultas de cadera. Esta técnica valora la extensión de la fractura (completa vs incompleta), posibles fracturas pelvianas y lesiones en partes blandas alternativas generadoras de dolor. Los diferentes trabajos recomiendan su realización en fase temprana, siendo necesaria la existencia de criterios de alta sospecha clínica para evitar una demanda excesiva e innecesaria de esta prueba. Los protocolos tradicionales previos consideraban la realización de nuevos controles radiológicos convencionales y/o de gammagrafía ósea. Esta última técnica es sensible, pero poco específica y su realización puede retrasarse 24-72h en ancianos.

La TC es la técnica de elección en las fracturas de acetábulo y se considera también una técnica muy útil en las fracturas de fémur proximal si bien algunos autores han señalado algunos falsos negativos en fracturas impactadas y paralelas al plano axial, lo que podría evitarse en la mayor parte de los casos mediante reconstrucciones en los aparatos multidetectores. Los avances técnicos disponibles en el Área de Urgencias de nuestro centro, al disponer de un equipo TC multidetector de 64 coronas, permiten detectar o excluir este tipo de fracturas y su grado de desplazamiento, así como fracturas acetabulares alternativas, todo ello desde la asistencia en una guardia médica de presencia física. En cualquier caso, el mayor problema que plantea la TC no es detectar la fractura sino definir la extensión de la misma, especialmente en las fracturas intertrocantericas. Esto puede solventarse mediante la realización de un estudio RM programado de manera muy preferente. La negatividad de la TC, tanto para pelvis como para fémur proximal, podría ayudar a evitar la realización de tratamientos no adecuados, potenciando la satisfacción del paciente/usuario, así como evitar controles de imagen innecesarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Identificar desde la atención radiológica en el Área de Urgencias los pacientes con fracturas de cadera o del anillo pélvico con radiografía inicial negativa o no concluyente de fractura y tratar de caracterizar la extensión de la misma y su grado de desplazamiento.

-Acelerar el proceso asistencial en los pacientes con TC positivo para fracturas, evitando el diagnóstico en una fase más tardía, con la consiguiente riesgo de desplazamiento y morbimortalidad en el primer año postfractura.

-Tratar de excluir concluyentemente posibles fracturas de cadera o acetabulares desapercibidas en la radiología simple, evitando de esta forma costes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 483

EMPLEO DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR EN EL DIAGNOSTICO Y CARACTERIZACION DE LAS FRACTURAS OCULTAS DE CADERA

adicionales en la secuencia asistencial tanto médica como de pruebas radiológicas de control adicionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentar este proyecto al personal del servicio de Radiodiagnóstico que realiza guardias de presencia física y facilitar su entrenamiento en la detección y caracterización de estas fracturas. Realización de TCMD en los pacientes atendidos en Urgencias con una sospecha clínica de fractura oculta de fémur proximal o acetabular, en el transcurso de una guardia de presencia física por el personal implicado en la misma. Realización de una base de datos con recogida de los datos de los pacientes con esta sospecha clínica, sus estudios de imagen realizados y seguimiento clínico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes con radiografía no concluyente o negativa para fracturas en los que la TCMD demuestra una fractura. Número de pacientes con radiografía no concluyente o negativa para fracturas en los que la TCMD no detecta fractura.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril de 2011: inicio de recogida de datos y de puesta en marcha del protocolo
Diciembre de 2011: evaluación del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

668

PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA INTERNACIONAL UNE-EN ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE AGUSTINA MENDEZ VILLAMON

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. S° DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN. JEFE DE SERVICIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- HERRERA ALONSO ARTURO. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- CUARTERO CONEJERO ESTER. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- AGUAVIVA MORA PAULA. TER. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- SANCHEZ AGUDO BELEN. TER. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- VAZQUEZ SANCHO CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objeto del presente documento es concretar el compromiso del Servicio de Oncología Radioterápica, de contribuir con el plan estratégico del Sector II mediante la acreditación ISO 9001 respaldado por el apoyo de la Dirección del Hospital.

La implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad para el Servicio de Oncología Radioterápica del Sector Zaragoza II de conformidad con los requisitos aplicables de la Norma Internacional UNE-EN ISO 9001:2008.

El alcance del sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Oncología Radioterápica incluye los procesos de prestación de los servicios de citación y ejecución de tratamientos con radiaciones ionizantes en sus distintas modalidades con la finalidad de conseguir una menor variabilidad en todos los procedimientos que se desarrollan y poder mejorar la satisfacción de los usuarios del S° de Oncología Radioterápica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad el Grupo de trabajo se reunió por primera vez el 22-12-2010, desarrollando en esta primera reunión una línea de sensibilización extensible al resto de personal del S° de Oncología Radioterápica. Se establecieron unas pautas de formación desarrollándose el 1º curso "INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2008" durante los días 7 y 8 de Abril de 2011. Hasta la fecha se han elaborado el mapa de procesos, manual de acogida y manual de calidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo a conseguir es la acreditación ISO 9001:2008.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de documentación y registros:

- Elaboración y puesta en marcha de un Registro de incidencias/no conformidades para los diferentes procesos desarrollados en el S° de Oncología Radioterápica.
- Desarrollo y elaboración de los procedimientos operativos
- Creación de instrucciones.
- Establecimiento de indicadores.
- Revisión interna
- Auditoria interna
- Auditoria externa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 668

PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA INTERNACIONAL UNE-EN ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de personal de enfermería , TER Auxiliares de enfermería y administrativos de reciente incorporación al Servicio de Oncología Radioterápica (<1 año) que han recibido el manual de acogida.
- Elaboración del manual de procedimientos operativos.
- Puesta en marcha del registro de no conformidades e incidencias. Estos datos se obtendrán a través de un registro informatizado. La monitorización de las incidencias y no conformidades se realizara mensualmente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración y puesta en marcha de un Registro de incidencias/no conformidades para los diferentes procesos desarrollados en el Sº de Oncología Radioterápica. Junio- Septiembre de 2011
- Desarrollo y elaboración de los procedimientos operativos: Octubre 2011 a Marzo de 2012
- Creación de instrucciones. Octubre- Diciembre de 2011
- Establecimiento de indicadores. Enero- Marzo 2012
- Revisión interna Abril-Junio: de 2012
- Auditoria interna: Julio- Septiembre 2012
- Auditoria externa: En el último trimestre del 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Recursos económicos para poder asistir a cursos de formación. 800 €
Total 800 €

11. OBSERVACIONES. *Facilitar la implicación de los distintos profesionales en actividades vinculadas con la acreditación ISO del Sª de Oncología Radioterápica compatibilizándola con la actividad asistencial

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 661

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO EXPLICATIVO DIRIGIDO A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CANCER COLORRECTAL (CCR) CON INFORMACION SOBRE LOS ASPECTOS MAS RELEVANTES PARA EL MANEJO DE SU ENFERMEDAD

2. RESPONSABLE JUDITH MILLASTRE BOCOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. APARATO DIGESTIVO
- GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. APARATO DIGESTIVO
- DE LA TORRE ARRUES ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. APARATO DIGESTIVO (ENDOSCOPIAS)
- AURED DE LA SERNA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. APARATO DIGESTIVO
- VICENTE LIDON RAQUEL. MEDICO (CONSULTA CCR). HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. APARATO DIGESTIVO
- CORREDOR GARCIA BEATRIZ. ENFERMERA (CONSULTA CCR). HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde hace unos años el Sector II Hospital Universitario Miguel Servet viene implantando la Gestión por Procesos en la atención de los pacientes con Cáncer de Colon y Recto (CCR). Durante este tiempo se han redactado, aprobado y puesto en funcionamiento los Protocolos de Cáncer de Colon y de Cáncer de Recto, se ha sistematizado la atención técnica de los pacientes mediante la reingeniería de cada subproceso, se ha universalizado la evaluación de todos los casos por el Subcomité de CCR para determinar la mejor opción terapéutica de cada uno de ellos, se han creado sistemas de registro de cada subproceso en el HPDoctor y, finalmente, se ha puesto en marcha la nueva consulta de Atención Integral al Paciente con CCR, que permite el diagnóstico y estadificación del paciente en régimen ambulatorio. Todos estos aspectos han mejorado la calidad en la atención al paciente, pero consideramos que todavía podemos mejorar su percepción de calidad facilitando una información mas completa y óptima de todos los aspectos de su atención médica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento actual, el Equipo del Proceso ha llevado a cabo las siguientes actividades, algunas de ellas integradas en anteriores Proyectos de Mejora:

- Redacción, aprobación e implantación de los Protocolos de Cáncer de Colon y de Cáncer de Recto.
- Análisis de subprocesos y actividades que integran al Proceso de CCR.
- Desarrollo del Mapa del Proceso y su optimización.
- Valoración de todos los pacientes por el Subcomité de CCR.
- Vía Clínica de Rectorragia para S. De Urgencias y CARE de Atención Primaria para el acceso prioritario a la colonoscopia para pacientes de riesgo.
- Registro en HPDoctor de los subprocesos.
- Estadificación ambulatoria en Consulta de Atención Integral a CCR, con realización de las exploraciones complementarias con los mínimos contactos, en un plazo máximo de 7 días.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es ofrecer al paciente una información completa, integrada y sistematizada sobre todos los aspectos de su atención clínica. Habitualmente la información es verbal y se realiza en las consultas médicas por el personal sanitario. En el presente proyecto nos proponemos la redacción de un documento informativo que complemente, sistematice y ofrezca recursos al paciente para la mejor comprensión de su enfermedad y de todas las actividades que se deben realizar, tanto diagnósticas como terapéuticas, para lograr su curación. Consideramos que esta información de calidad permitirá una mejor colaboración con los médicos y enfermeras que les atienden y una mejora de la calidad percibida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un documento impreso de unas 20 páginas en el que, de una forma adecuada y siempre desde un punto de vista

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA

2. RESPONSABLE BEATRIZ MOLES CALANDRE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LEZCANO CARRERA MARIA ANTONIA. FEA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - COLMENAREJO SERRANO CRISTINA. RESIDENTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - PEYMAN-FARD NIMA. RESIDENTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - HERRERO LABARGA INES. FEA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
 - MARCO RIVED ANGEL. FEA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA INFANTIL
 - ROJO BARRIOS ANA. RESIDENTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - BAEZ LOPEZ NATALIA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad hereditaria autosómica recesiva más frecuente en la población de origen caucásico y la primera causa de patología pulmonar crónica en la infancia.

Se produce como consecuencia de mutaciones en el gen que codifica para el regulador de la conductancia transmembrana (CFTR). El defecto en el transporte del ión cloro conduce a una deshidratación de las secreciones del tracto respiratorio, pancreáticas, hepáticas, intestinales y genitourinarias, aumentando su viscosidad. Las alteraciones a nivel respiratorio determinan la predisposición de los pacientes con FQ para la colonización broncopulmonar crónica por diversos microorganismos, existiendo una cronología con una secuencia más o menos establecida, en la colonización por los diferentes patógenos.

Esta colonización, especialmente por *Pseudomonas aeruginosa*, se sitúa como la principal causa de la elevada morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad. El 60% de los pacientes está crónicamente colonizado por este microorganismo, llegando al 80% en pacientes mayores de 18 años, y su adquisición en edades tempranas influye negativamente en el pronóstico de la enfermedad.

El cultivo de la muestra respiratoria en estos pacientes es especial y requiere diferentes medios de cultivo diferenciales así como cultivos cuantitativos. El estudio de la sensibilidad antibiótica es laborioso debido a la amplia variedad de fenotipos aislados en el laboratorio.

Estos pacientes tienen mayor riesgo de colonización/infección respiratoria por micobacterias no tuberculosas (MNT), habiendo sido este aspecto, hasta la fecha, menos estudiado en la serie de pacientes controlada en nuestro hospital. Hay que introducir modificaciones en el procesamiento de las muestras para aumentar su rentabilidad en la determinación de las MNT.

En el momento actual no disponemos de una Base de Datos Individualizada para estos pacientes que permita un buen seguimiento de los diferentes microorganismos a lo largo de la evolución de su enfermedad. Disponer del historial microbiológico de los pacientes con FQ fácilmente accesible mejoraría el conocimiento de datos tan importantes como el momento de la primera colonización, los cambios que se producen en las bacterias colonizantes, qué bacterias permanecen como colonizantes crónicos, estudio de exacerbaciones y control de tratamientos antibióticos. Todos estos datos son de gran interés tanto clínico como microbiológico

Recientemente ha sido recomendado el estudio y detección de cepas hipermutadoras como herramienta útil en el manejo clínico de la colonización-infección, ya que estas cepas son capaces de desarrollar resistencia de forma rápida a prácticamente todos los antibióticos antipseudomónicos cuando se utilizan en monoterapia y por tanto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

162

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA

siempre habría que utilizar una terapia combinada para su tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Se celebraron dos reuniones entre facultativos de los Servicios de Neumología, Pediatría (Unidad de Fibrosis Quística) y Microbiología, con el objetivo de acordar los datos clínicos a reflejar en el volante de petición y que serán incorporados en la base de datos junto con los resultados microbiológicos. Se acordó que en cada muestra que se remitiera se informaría si se trataba de un control rutinario, una reagudización o control de tratamiento, indicando el tratamiento antibiótico administrado. Se decidieron los apartados necesarios en la base de datos que ofreciesen información de interés a los tres servicios.

- Se ha realizado una base de datos primaria en la que se reflejan datos demográficos y resultados microbiológicos. Se han registrado todos los aislados obtenidos de bacterias y hongos, distinguiendo los nuevos y los que corresponden a colonización crónica; de tal forma que se consiga una ficha clínico-microbiológica para cada paciente.

- Se ha puesto a punto un método de detección de cepas hipermutadoras de *Pseudomonas aeruginosa*, anteriormente inexistente en el laboratorio, siguiendo el procedimiento de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), elaborando un documento de recogida de los datos de sensibilidad antibiótica de estas cepas.

- Se ha comenzado a realizar tinción de Ziehl Neelsen, además de auramina, en muestras de pacientes con fibrosis quística en las que se solicite estudio de micobacterias.

RESULTADOS:

- Se ha promovido la comunicación y colaboración entre facultativos de diferentes áreas, mejorando así la atención personalizada al paciente.
 - Con las fichas de cada uno de los pacientes se obtiene una visión global y detallada de la cronoinfección de los mismos.
 - Mediante la detección de cepas hipermutadoras se conseguirá dar mayor información, necesaria para orientar el tratamiento antibiótico de estos pacientes, y se obtendrán datos epidemiológicos de los que se carecía anteriormente.
 - Con la búsqueda de MNT, mediante la tinción Ziehl Neelsen, se mejora la posibilidad de diagnóstico de la colonización/infección por estos microorganismos.
- Abril de 2010. Comienzo de los contactos entre miembros de ambos servicios
- Julio de 2010, Aprobación del primer borrador
- Septiembre de 2010 Valoración de la utilidad del primer borrador e implementación de las mejoras
- Noviembre de 2010: Análisis de los resultados, e informe.
- Enero 2011. Se ha modificado la codificación de las muestras de estos pacientes, unificándolas en un grupo relacionado con la fibrosis quística diferente del resto de las muestras respiratorias, con el fin de mejorar su manejo en el Laboratorio de Microbiología.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Promover la gestión por procesos en los pacientes con FQ.

- Mantener la colaboración entre facultativos responsables del cuidado de los pacientes con FQ, con el fin de elaborar una base de datos que sea útil para clínicos y microbiólogos en lo referente al seguimiento y control de la colonización/infección broncopulmonar, reflejando la cronología de la infección respiratoria.

- Completar y hacer accesible a los clínicos la base de datos adaptada a la gestión por procesos.

- Continuar la de detección de cepas hipermutadoras según Protocolo de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

- Mejorar el protocolo de procesamiento de muestras para conseguir mayor rentabilidad en el aislamiento de MNT.

- Realizar rutinariamente visiones directas con tinción de Ziehl-Neelsen, ya que algunas de estas especies no se tiñen con auramina.

- Profundizar en el estudio de los hongos filamentosos aislados en muestras respiratorias de pacientes de fibrosis quística, relacionándolo con la repercusión clínica y el tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como problema a resolver, reflejamos la necesidad de mejora en la cumplimentación de los volantes con la información

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 162

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA

necesaria por parte del Sº de Neumología. Por parte de ambos servicios implicados, es necesario aportar datos del tratamiento antibiótico previo. En la introducción de datos se han encontrado problemas debido a la extensión y complejidad de los históricos de muchos de estos pacientes. Por otra parte, se pretende mejorar la base de datos, haciéndola de uso más sencillo y aplicable. Se está trabajando para conseguir acceder, vía informática, a la información recopilada en la base de datos por parte de los servicios médicos implicados. De momento la información se aporta vía telefónica cuando es requerida.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Rellenado de los volantes de solicitud con información sobre agudización, control rutinario o control de tratamiento. Criterio: En 2011 todos los volantes deberán rellenarse recogiendo la situación concreta.

Indicador: Proporción de volantes (fórmula: Nº de volantes relleno / Nº volantes de conteo rellenos). Excepciones: Pacientes cuya petición no sea rellena por uno de los clínicos implicados en el proceso de mejora.

Estandar: 100%

2. Configuración de la base de datos

Criterio: En el año 2011 se continuarán los contactos desde Microbiología con los clínicos para el completo desarrollo de la base y su uso por parte de los servicios clínicos.

Indicador: Completado el borrador en julio, se pondrá a prueba en septiembre.

Estandar: No existe

3. Proporción de cepas de Pseudomonas aeruginosa que son hipermutadoras.

Criterio: En noviembre de 2011 estarán estudiadas todas las cepas aisladas hasta octubre de 2011

Indicador: Proporción de cepas hipermutadoras/total de cepas aisladas

Estandar: 100%

4. Proporción de pacientes con aislamiento de MNT

Criterio: En noviembre de 2011, se recogerán los datos de todos los aislados.

Indicador: Proporción de aislados de MNT/ total de pacientes estudiados

Estandar: 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril de 2011. Comienzo de los contactos entre miembros de ambos servicios para la revisión de la base de datos y ampliación de las actividades.

Septiembre de 2011 Valoración de la utilidad del primer borrador e implementación de las mejoras

Noviembre de 2011: Análisis de los resultados, e informe

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bibliografía	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

330

PUESTA EN MARCHA DE LA RED INTEGRAL DE ECOGRAFIA 3D DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO DE ARAGON (DENTRO DE LA RED INTEGRAL DE DIAGNOSTICO PRENATAL).

2. RESPONSABLE PAOLA MONTAÑES BELLO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA. SECCION DE ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORBACHO GARZA TANIT. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SECCION DE ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PREN
- TOBAJAS HOMS JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. JEFE DE SERVICIO DE OBSTETRICIA
- BORQUE MODREGO NURIA. INGENIERIA. SERVICIO ARAGONES DE SALUD. CGIPC

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hoy día el ciudadano tiene nuevas necesidades a las que hay que dar una respuesta, para garantizar la equidad en la accesibilidad a la mejor atención sanitaria, independientemente del lugar geográfico donde resida dentro de la Comunidad:

- Accesibilidad como servicio
- Atención moderna y automatizada
- Rapidez de los servicios
- Evitar desplazamientos innecesarios
- Acercamiento de los servicios a sus lugares de residencia
- Ampliación de los horarios de los servicios
- Información clínica accesible y segura independientemente del lugar donde se reciba el servicio.

Red Integrada de Diagnóstico Prenatal aglutina a un conjunto de Unidades Clínicas Perinatológicas, situadas en distintas ubicaciones geográficas en nuestra Comunidad, integradas en C.G.I.P.C. (Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del Servicio Aragonés de Salud), que participan de criterios y objetivos comunes y que tienen como objetivo fundamental, acercar a la ciudadana gestante con factores de patología materno/fetales, la mejor atención posible dentro de la Comunidad.

Pretende la integración del Sector II y Sectores referenciados (H. de Barbastro, H. de Alcañiz, H. Obispo Polanco y H. San Jorge), con el fin de obtener una asistencia integral en los casos de sospecha de malformación, en los niveles de:

- 1.Confirmación Diagnostica.
- 2.Incorporación en red de asistencia especializada:
 - Interconexión con las Unidades Clínicas Especializadas.
 - Información: Pronostico; Posible tratamiento.
 - Egresión si es necesario.

Garantizando en todo momento la continuidad asistencial del paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No existe el intercambio de información ni la colaboración entre centros

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La ecografía 3D/4D es una técnica complementaria a la ecografía bidimensional para la evaluación de la morfología fetal y el diagnóstico y tipificación de anomalías congénitas, especialmente aquellas en Cara, Cabeza, Sistema nervioso central, Esqueleto y extremidades. Además, permite mostrar a los padres y personal menos habituado a las imágenes ecográficas, el alcance de la lesión. También es útil para la obtención con mayor exactitud de medidas volumétricas, evaluar el bienestar fetal, etc.

La ecografía 3D supone un cambio sustancial y una mejora de la práctica ecográfica gracias a la obtención de volúmenes completos de información de un paciente. De este modo permite el trabajo off-line y posibilita el intercambio de información entre centros, para su revisión y virtual reevaluación por expertos o para

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

330

PUESTA EN MARCHA DE LA RED INTEGRAL DE ECOGRAFIA 3D DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO DE ARAGON (DENTRO DE LA RED INTEGRAL DE DIAGNOSTICO PRENATAL).

docencia.

- Validación del procedimiento como herramienta para obtener una segunda opinión en diagnósticos de alta dificultad: cardiopatías congénitas, neuroanatomía fetal, primer trimestre, anomalías fetales poco frecuentes o de placentación.
- Estandarización como instrumento de trabajo habitual en sesiones internas de la unidad (revisión de casos clínicos propios) y externas con expertos nacionales e internacionales (Centro Gutenberg, Fetal Medicine Foundation, Clínica Dexeus, ...).
- Instrumento de formación a través de videoconferencias o cursos interactivos: e-learning.
- Garantizar la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria
- Proporcionar continuidad asistencial en casos de sospecha de patología fetal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Necesidad de un proceso de entrenamiento y una curva de aprendizaje del especialista (asistencia a cursos de formación...).

2.Elaboración de protocolos asistenciales de las principales patologías obstétricas en las que interviene la ecografía prenatal.

3.Análisis de calidad de los resultados de los estudios ecográficos realizados en nuestra unidad, basados en el grado de discrepancia entre los diagnósticos emitidos y el resultado perinatal según su dificultad y significación clínica.

•Mantenimiento de una base de datos actualizada sobre registro de prevalencia de defectos congénitos. Control de calidad anual de los resultados mediante algoritmos individualizados en bases de datos (sensibilidad, especificidad, VPP y VPN).

4.Especialización de facultativos dentro de la RED.

5.Docencia integrada en la RED:

-Reuniones, Protocolos comunes, Intercambio de información, Intercambio de casos clínicos.

6.Fomento de la Investigación

7.Promover la asociación a otros centros:

-Establecer protocolos de remisión.
-Participación como colaboradores.

8. Integración en redes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •Análisis de calidad de los resultados de los estudios ecográficos realizados en nuestra unidad, basados en el grado de discrepancia entre los diagnósticos emitidos y el resultado perinatal según su dificultad y significación clínica.

-Mantenimiento de una base de datos actualizada sobre registro de prevalencia de defectos congénitos. Control de calidad anual de los resultados mediante algoritmos individualizados en bases de datos (sensibilidad, especificidad, VPP y VPN).

•Porcentaje de pacientes remitidas para seguimiento gestacional en Alto Riesgo Obstétrico con evaluación ecográfica previa en la RIDPN

•Realizar encuestas de satisfacción a los pacientes cuyos casos se han valorado conjuntamente en la RIDPN para valorar la calidad de la asistencia recibida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De varios meses a 1 año.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 330

PUESTA EN MARCHA DE LA RED INTEGRAL DE ECOGRAFIA 3D DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO DE ARAGON (DENTRO DE LA RED INTEGRAL DE DIAGNOSTICO PRENATAL).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Formación de 1 facultativo en ECO 3D (Centro Gutenberg, Málaga).	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 409

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE ANCIANO CRONICO DEPENDIENTE HOSPITALIZADO. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CUIDADOR

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MONTOYA OLIVER

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROS SIERRA ASCENSION. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- MARTINEZ HERAS PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- IZQUIERDO BLAZQUEZ AURORA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- MOURE COLOM BLANCA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- ORTEGA GARCIA VANESA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- CANTIN FERNANDEZ MARIA PILAR. AUXILIAR DE CLINICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- GIMENEZ BURILLO ANA MARIA. AUXILIAR DE CLINICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La población anciana está aumentando de forma considerable. es necesario destacar que las personas mayores tienen generalmente una pluripatología crónica que a medida que en el anciano aumenta su nivel de dependencia, crece la necesidad de unos cuidados específicos.

Al alta las familias se convierten en cuidadores informales. Estos son los que se ocupan de las necesidades básicas de autocuidados y atención de aquellas personas que a causa de una enfermedad, tiene un cierto grado de dependencia.

Hemos detectado falta de conocimientos básicos en el cuidado de estos pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Es importante que el cuidador tenga unos conocimientos que van a proporcionar una mejor calidad en el cuidado de la persona dependiente a su cargo

Proporcionar al cuidador de unos conocimientos para prevenir complicaciones en su propia salud

Generalmente el cuidador tiene escasa información sobre como manejar al anciano dependiente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Programas de educación sanitaria para proporcionar recursos y habilidades necesarias en el manejo del paciente cronico dependiente evitando con esto una sobrecarga al familiar y prevenir ingresos hospitalarios por falta de conocimientos en la prevención de ciertas patologías asociadas a su dependencia

Elaboración de una guía con indicaciones precisas y de fácil comprensión para los cuidadores

Reuniones con los familiares o cuidadores para entregar la guía y dar explicaciones sobre esta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta al cuidador una vez sea trasladado al domicilio

nº de ingresos tras la intervencion educativa, por el mismo motivo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el mes de Mayo de 2011 a Diciembre de 2011

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 546

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO INTRAVENOSO EN LA CIRUGIA DEL CANCER COLORRECTAL. EVALUACION DE LA APLICACION DE UN PROTOCOLO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL COLOPROCTOLOGICA

2. RESPONSABLE ANDRES MONZON ABAD

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA ROCHE CARLOS. MIR. H. U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO. MEDICO. H. U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- MARTINEZ GERMAN ANTONIO. MEDICO. H. U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- PONS BOSQUE ALBERTO. MEDICO. H. U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- LIGORRED PADILLA LUIS. MEDICO. H. U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- RIVEROLA ASO PAULA. MIR. H. U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- ESARTE MUNIAIN JESUS MARIA. MEDICO. H. U. MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) frecuentemente presentan un deficit de hierro a consecuencia de:

- Disminución de la ingesta de hierro
- Sangrado lento y continuado, que provoca inicialmente una ferropenia y después descenso de la Hb.

- Sangrado digestivo más acelerado, que condiciona un descenso de Hb antes de haber agotado la reserva hierro.

El hierro tiene un papel fundamental en la producción de Hb. El deficit de hierro y la anemia ferropénica se asocian a un mayor número de complicaciones postoperatorias (infecciones...) y a una hospitalización más prolongada. Además la anemia es el principal factor de riesgo para recibir transfusión sanguínea intra y postoperatorias. El tratamiento de la AF además de corregir la causa es administrar suplementos de hierro. La vía de administración más habitual de hierro es la oral, la vía intravenosa (IV) está indicada cuando la vía oral no es factible o bien se precise un aporte de hierro más rápido del que proporciona el hierro oral.

Los inconvenientes del tratamiento con hierro oral son: Escaso tiempo de tratamiento de la anemia desde el diagnóstico hasta la cirugía; la toxicidad del tratamiento prolongado y la imposibilidad de administrarlo en el postoperatorio hasta el reestablecimiento del tránsito intestinal.

Con el tratamiento con hierro intravenoso se evitan estos inconvenientes, mientras que es posible que la recuperación de la anemia sea más rápida tal como sugieren los resultados de algún estudio, también es un tratamiento más novedoso del que se tiene menos información.

El tratamiento con hierro IV está indicado en pacientes con CCR pendientes de cirugía que presentan anemia ferropénica, ya que hay una necesidad clínica de suministro rápido de hierro a los depósitos, mientras que el hierro oral tarda meses en restablecer el Deficit de hierro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es la corrección de la anemia preoperatoria de los pacientes diagnosticados de neoplasia de colon o recto, fundamentalmente de origen ferropénica secundaria a sangrado digestivo crónico, en aras a obtener una reducción de la tasa y volumen transfusional perioperatorio, reducir o evitar las complicaciones secundarias a dicha anemia y a las TSA y mejorar las condiciones físicas y hematológicas de dichos pacientes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

546

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO INTRAVENOSO EN LA CIRUGIA DEL CANCER COLORRECTAL. EVALUACION DE LA APLICACION DE UN PROTOCOLO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL COLOPROCTOLOGICA

Los objetivos o beneficios secundarios serán: la reducción de las pruebas cruzadas de compatibilidad transfusional (e incluso anulación); reducción o evitación de la suspensión o demora de las intervenciones quirúrgicas por la falta crónica de hemoderivados en nuestro centro hospitalario; la reducción de la tasa de morbilidad a corto plazo asociada a la anemia, al déficit de hierro y a la trasfusión sanguínea; la reducción de las infecciones nosocomiales; la reducción de las estancias hospitalarias; la reducción global de costes; la mejora de las condiciones del paciente al momento de alta, sea para su incorporación a su actividad física, laboral o social diaria, como para el inicio de cualquier terapia adyuvante; la posible reducción de la morbilidad, recidivas locales, metastatización y mortalidad a medio y largo plazo relacionada con la transfusión en este tipo de pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se definirá "anemia" si los niveles de Hb sean inferiores a 14 gr/dL; "déficit de hierro" o "ferropenia", cuando los niveles de ferritina sean inferiores a 30 mcg/L y saturación de transferrina <20%; y "anemia de trastornos crónicos+ferropenia", cuando presente unos niveles elevados de PCR, y los niveles de ferritina sean inferiores a 100 mcg/L y saturación de transferrina <20%.

El día del ingreso previo a la cirugía, independiente que se hubiese solicitado al diagnóstico (deseable), se realizará analítica urgente con la solicitud, además del preoperatorio, del perfil PES009, el cual, bajo el epígrafe de "Estudio de Anemia Pretransfusional" incluye la determinación de: hemograma completo con reticulocitos (HERE), hemostasia, estudio de metabolismo del hierro completo (MFEC), determinación de vit. B12 y ácido fólico (VITA), nivel de creatinina y LDH.

Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, y que no presenten contraindicaciones o negativa expresa, serán tratados según el siguiente esquema:

- Hemoglobina > 14g/dL: No tratamiento.
- Hemoglobina 12-14g/dL: Hierro Sacarosa (Venofer®) 400mg en dos dosis: una inicial el día del ingreso previo a la intervención quirúrgica y otra 48 horas después.
- Hemoglobina 10-12g/dL: Hierro Carboximaltosa (Ferinject®) 500 mg en dosis única el día del ingreso previo a la intervención quirúrgica. Valorar repetir dosis en una semana.
- Hemoglobina <10g/dL: Pacientes > 65Kg Hierro Carboximaltosa (Ferinject®) 1000mg en dosis única el día del ingreso previo a la intervención quirúrgica; Pacientes <65Kg: Hierro Carboximaltosa (Ferinject) 500mg el día del ingreso y 500mg 7 días después. Consulta al servicio de Hematología.

En caso de no estar disponible la presentación hierro carboximaltosa se podrá administrar la cantidad equivalente de hierro sacarosa en las dosis que sea necesario. Se realizarán controles analíticos incluyendo metabolismo del hierro (PES009) a los 2 y a los 7 días de la intervención, administrándose FEV si Ferritina < 30mcg/L y saturación transferrina < 20% con PCR normal o si Ferritina <500mcg/L y saturación de transferrina < 50% con PCR elevada.

En la primera consulta tras el alta del paciente se solicitará una analítica sanguínea con metabolismo del hierro para controlar los depósitos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluarán los siguientes indicadores a través de las historias clínicas, evoluciones e informes de alta de los pacientes diagnosticados e intervenidos por un Cáncer colorrectal:

Uno) la "penetrancia del programa" (porcentaje de pacientes que van a ser intervenidos por CCR a los que se les ha realizado un estudio completo de metabolismo del hierro sobre el total de los mismos)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

546

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO INTRAVENOSO EN LA CIRUGIA DEL CANCER COLORRECTAL. EVALUACION DE LA APLICACION DE UN PROTOCOLO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL COLOPROCTOLOGICA

Dos) el "tratamiento de la anemia" (porcentaje de pacientes afectados de anemia tratados con alguna de las dos presentaciones de FEEV).

Tres) el "tratamiento preoperatorio de la ferropenia" (porcentaje de pacientes afectados de anemia ferropénica o ferropenia tratados que reciben la dosis total de hierro preoperatoriamente sobre el total de los pacientes intervenidos por CCR).

Cuatro) el "éxito terapéutico" o "corrección de la ferropenia" (que los niveles de ferritina sean superiores a 200 mcg/L y saturación de transferrina >20%).

Cinco) que los pacientes que precisen transfusión sanguínea se realice de acuerdo con los criterios clínicos aprobados por la comisión de transfusión hospitalaria (y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Mayo 2011 Fecha Finalización: Mayo 2012

-Diseño de medidas y bases para la aplicación de un protocolo de ferroterapia en el cáncer colorrectal: Mayo 2011

-Aplicación de protocolo de ferroterapia en cáncer colorrectal: Junio 2011 en adelante

-Recogida de los resultados de los pacientes incluidos en el protocolo: Junio 2011-Enero 2012

-Evaluación de los resultados obtenidos de la aplicación del protocolo: Enero-Abril 2012

-Acciones destinadas a la mejora del protocolo: Mayo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Para la realización de este proyecto se emplearán los medios que el hospital pone a nuestro alcance (informática, etc

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 010

ELIMINACION DE LA INFORMACION EN SOPORTE PAPEL QUE ESTA PRESENTE EN LA HISTORIA CLINICA INFORMATICA, POTENCIANDO EL USO DE LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

2. RESPONSABLE MIGUEL MORENO VERNIS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CARRAO LECINA ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- SORO DOMINGO MARIA FELICIDAD. JEFE EQUIPO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- VALLESPIN MESEGUER MERCEDES. JEFE EQUIPO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- SANMIGUEL ARBUES ELENA. JEFE EQUIPO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- AZNAR ASPAS CARMEN. JEFE EQUIPO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- VELAZQUEZ CUENCA PILAR. JEFE EQUIPO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- MARCO ARBUES MARIA MONLORA. JEFE SECCION. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS

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 el momento actual, gran número de documentos que se depositan en la historia clínica, pueden destruirse por el hecho de contar con soporte informático de los mismos (analíticas etc).

El objetivo principal de este proyecto es la regulación por medio de protocolo consensuado de las actuaciones a realizar de cara a la mejora de los documentos que figuran en la Historia en soporte papel y fomentar el uso de la Historia Clínica informatizada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente en la C.M.E. se está revisando el contenido de la Historia en el momento de la devolución en el alto porcentaje.

Nos planteamos, coordinar con los diferentes Servicios del Hospital para ir avanzando en la práctica de no archivar en papel, bien destruyendo o en los casos que proceda entregarlo al paciente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Eliminación de documentos obsoletos para la asistencia al paciente.

- Agilizar la consulta de las Historias Clínica en papel, al contener solo los datos necesarios.
- Potenciar el uso de la Historia Clínica Informatizada

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

- Diseñar unos procedimientos de actuación.
- Reuniones con los trabajadores del Servicio para exponerles el proyecto de calidad.
- Información de estos procedimientos a los diferentes Servicios.

Los responsables del conjunto de acciones a desarrollar son:

- En el Hospital, Rosario Carrato Lecina
- En el C.M.E. San Jose, M^a Fe

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 010

ELIMINACION DE LA INFORMACION EN SOPORTE PAPEL QUE ESTA PRESENTE EN LA HISTORIA CLINICA INFORMATICA, POTENCIANDO EL USO DE LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

En el C.M.E. Ramón y Cajal, Merche Valespin

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Destructoras depapel para cantidades grandes de documentos en	1.200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. *Destructoras depapel para cantidades grandes de documentos en el Hospital y los C.M.E.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

MEDICION DE LA PRESION INTRABDOMINAL EN PACIENTES CON PATOLOGIA ABDOMINAL MEDICA O QUIRURGICA EN UCI-B DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ALEJANDRA MORON GIMENEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UCI-B
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LORENTE CORTES JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI-B
- SANZ GONZALO TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI-B
- MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI-B
- NEBRA PUERTAS AGUSTIN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI B

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las unidades de cuidados intensivos la principal causa de muerte es el fracaso multiorgánico, ya sabemos que en la sepsis de origen abdominal se va a desencadenar un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que altera la homeostasis de todos los órganos provocando su disfunción y la mayor parte de las veces la muerte del paciente.

En los últimos años ha cobrado un interés creciente la medición de la Presión Intrabdominal (PIA) lo que ha motivado la aparición de numerosos artículos en revistas de prestigio. Esto se debe sin duda a la importancia de artículos publicados en revistas de gran impacto relacionándola con alteraciones fisiopatológicas así como la inocuidad de los métodos de medición incruentos en relación con los utilizados anteriormente sin por ello perder eficacia.

El Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) definido por Kron es una disfunción orgánica debido a que la cavidad abdominal se comporta como un compartimento único. De esta forma cualquier aumento de volumen en su interior produce un aumento de presión -presión intrabdominal (PIA)- en todo él.

Desde principios del siglo XIX se han realizado publicaciones relacionando el aumento de la PIA con las alteraciones fisiológicas que comprometen la función de varios órganos (fracaso orgánico). Marey (1863) y Burt (1870) establecieron relación entre el aumento de la PIA y el deterioro de la función respiratoria. En 1890 Henricius descubre en experimentos con animales que la presión por encima de 27 a 46 cm de agua puede ser fatal. Wendt en 1913 asocia hipertensión abdominal con oliguria, y Emerson en 1914 con fallo respiratorio. Después de esto se desarrollaron técnicas quirúrgicas de cierre con bolsa para evitar el aumento de la presión abdominal. En 1931 se describió la primera medición abdominal a través de un catéter. En 1959 Baggot, un anestesiólogo, descubrió que la alta mortalidad asociada a corrección de las evisceraciones no estaba dada por la dehiscencia misma sino por el aumento de la presión después de su corrección. Pasaron muchos años en los que no se volvieron a mencionar trabajos sobre la hipertensión intrabdominal hasta la llegada de la cirugía laparoscópica en 1960 donde nuevamente se observaron los efectos potencialmente peligrosos del SCA en el sistema circulatorio con la disminución del retorno venoso y por tanto de la tensión arterial. Richards y Kron en 1980 demostraron que la oliguria secundaria a los hematomas retroperitoneales mejoran con la descompresión del abdomen. Más recientemente se ha estudiado la repercusión esplácnica y neurológica donde se llega a relacionar incluso con el aumento de presión intracraneal que puede ser deletéreo en pacientes con traumatismo abdominal y craneoencefálico concomitante.

Aunque las consecuencias del Síndrome Compartimental Abdominal afectan a diferentes órganos vitales poniendo en peligro la vida del paciente, no se ha empezado a estudiar de forma sistemática los efectos adversos que se derivan del incremento de la presión intrabdominal hasta hace poco tiempo. Estos estudios han ayudado a clarificar las consecuencias locales y sistemáticas que se pueden derivar de un incremento de la PIA. También potencian la toma de conciencia y la necesidad de realizar un pronóstico precoz.

La Hipertensión Intrabdominal (IAH) está asociada a un incremento significativo de la morbilidad, mortalidad y efectos adversos en todos los órganos vitales. Además la IAH causa un incremento de otros parámetros importantes para el manejo hemodinámico de los pacientes críticos como la presión venosa central,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

MEDICION DE LA PRESION INTRABDOMINAL EN PACIENTES CON PATOLOGIA ABDOMINAL MEDICA O QUIRURGICA EN UCI-B DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

presión de oclusión de la arteria pulmonar y presión intracraneal lo que nos remarca aún mas la importancia de media la Presión intrabdominal. Estudios clínicos recientes han demostrado que la Hipertensión Intrabdominal (definida como PIA mayor de 12 mmHg mantenida o repetida en el tiempo) y el síndrome compartimental abdominal (definido como PIA < 20 mmHg con disfunción o fallo orgánico) son condiciones patológicas comunes en la UCI. De hecho, la hipertensión intrabdominal ocurre en más del 50% de los pacientes, médicos o quirúrgicos, que están en cuidados intensivos.

En la Conferencia Internacional sobre la hipertensión Intrabdominal celebrada en Australia en 2004 se consensuaron las siguientes definiciones:

- La presión intrabdominal es el estado de presión que se encuentra en la cavidad abdominal.
- La presión de perfusión abdominal (PPA) es el promedio de la presión arterial media menos la presión intrabdominal.
- La presión intrabdominal debería expresarse en mm de Hg y se debería medir al final de la espiración en posición supina, después de comprobar que hay contracciones del músculo abdominal y con el transductor de presión en el 0 a nivel medio de la línea axilar.
- La hipertensión intrabdominal se define por PIA > 12 mmHg y se clasifica en 4 grados:
 - I: PIA 12-15 mm Hg.
 - II: PIA 16-20 mmHg
 - III: PIA 21-25 mmHg
 - IV: > 25 mmHg

En un estudio del 2004 se concluyó la utilización de un manómetro para medir la PIA por vía intravesical como goldstandard siendo la elección más coste-efectiva para la obtención de mediciones clínicamente válidas.

Son múltiples las etiologías que nos pueden dar un aumento de la Presión intrabdominal, algunos de los más frecuentes son:

- Cirugía abdominal: laparoscopia, reducción de hernia, cierre a tensión, malla abdominal postquirúrgica...
- Gran aporte de líquidos, definido como más de 5 litros de coloides o cristaloides en un periodo de 24 horas.
- Ileo paralítico, obstrucción mecánica definida como una distensión abdominal o la ausencia de ruidos intestinales, evidenciado por dilatación gástrica o gastroparesis masiva con un residuo gástrico de más de 1000 cc en 24 horas.
- Infección abdominal: pancreatitis, peritonitis, abscesos.
- Neumoperitoneo
- Hemoperitoneo casuado por un sangrado intra o retroperitoneal.

Existen también una serie de condiciones que predisponen a sufrir Hipertensión Intrabdominal y que además son muy frecuentes en los pacientes ingresados en UCI, de ahí la importancia de su detección para evitar todas las alteraciones fisiopatológicas que va a desencadenar y que nos va a aumentar la morbimortalidad de nuestros pacientes. Como principales predisponentes son. Acidosis, hipotermia, politrasfusión, coagulopatía, sepsis, bacteriemia, disfunción hepática, ventilación mecánica y neumonía.

Podemos resumir las alteraciones fisiopatológicas que se van a producir en el Síndrome compartimental abdominal de la siguiente forma:

- Cardiovascular: desciende el gasto cardíaco por descenso del retorno venoso e incremento de la presión intratorácica. El descenso del retorno venoso se debe a compresión de la vena cava inferior y porta con descenso de la precarga y postcarga. También se produce una reducción de la contractilidad miocárdica cuando la PIA es mayor de 30 mm de Hg. El aumento de la presión intratorácica nos va a dar la presión venosa central y presión capilar pulmonar enclavada falsamente elevada por lo que Ridins propone en estos casos calcularla como la diferencia entre la presión pulmonar capilar y la presión pleural. Estas modificaciones todavía se ven aumentadas en pacientes hipovolémicos.
- Respiratorio: El fallo respiratorio en estos casos se caracteriza por un aumento de las presiones pico, hipoxemia e hipercapnia con ascenso del diafragma causando un patrón restrictivo y atelectasias por compresión con alteraciones en la relación ventilación-perfusión cuestión estudiada por Sugrue.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

MEDICION DE LA PRESION INTRABDOMINAL EN PACIENTES CON PATOLOGIA ABDOMINAL MEDICA O QUIRURGICA EN UCI-B DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

-Renal: progresivamente va a existir oliguria si la PIA es de 15-20 mm de Hg pudiendo llegar incluso a la anuria (con PIA de 20 a 30 mm de Hg) sin respuesta a las cargas de volumen que le realicemos al paciente. Los niveles de sodio en orina suelen ser normales al contrario de lo que ocurre en la necrosis tubular aguda. El mecanismo por el que se producen estos efectos son el aumento de presión en la vena renal, el descenso en el flujo sanguíneo renal y en el filtrado glomerular, aumento de la producción de ADH y el aumento de presión en el parénquima renal .

-Gastrointestinal: Hay una disminución de la perfusión de los órganos esplácnicos (40-70% con PIA de 24-40 mm Hg según Diebel) por mecanismos no muy bien conocidos lo que favorece la hipoxia tisular, edema de mucosa intestinal y la traslocación bacteriana.

-Sistema nervioso central: el aumento de la presión venosa central va a provocar un descenso del retorno venoso cerebral alterando los mecanismos autorreguladores del cerebro y por tanto aumentando la Presión Intracraneal (PIC). Esta situación es especialmente grave en pacientes con TCE y abdominal. Ertel describió recientemente dos pacientes con traumatismo en ambas cavidades demostrando una estrecha relación entre la presión intracraneal, la presión de perfusión cerebral y la PIA; en ambos pacientes descendió considerablemente la presión intracraneal después de la descompresión abdominal.

Se ha demostrado además buena respuesta al tratamiento de los pacientes que presentan síndrome compartimental abdominal. Dichas medidas van desde tratamientos médicos fácilmente realizables como paracentesis, succión gástrica, enemas rectales, gastroprocinéticos, colonoprocinéticos, diuréticos, hemofiltración, presión negativa abdominal continuada, sedación... hasta medidas más cruentas como cirugía descompresiva abdominal con distintas técnicas disminuyendo la mortalidad que en estos enfermos se encuentra en el 50%, independientemente de la etiología por la que ingresaron en UCI. Únicamente no se puede medir en pacientes intervenidos de patología vesical o con vejiga neurogénica.

Dada la facilidad de medición del parámetro y tras revisar la bibliografía creo que sería de mucha utilidad su monitorización en UCI ya que así se realizaría diagnóstico precoz del Síndrome compartimental abdominal y tratamiento oportuno según las recomendaciones de las guías internacionales mejorando el pronóstico de los enfermos, disminuyendo la estancia en UCI debida a sus complicaciones y disminuyendo también su mortalidad. La medición de la presión intrabdominal se realizaría mediante el gold estándar, es decir, a través de la sonda vesical en mm de Hg una vez por turno para ver su cifra, las variaciones de la misma y a la respuesta al tratamiento que se realice. Además este método de medición es inocuo para el paciente, no provoca morbilidad y no supone coste económico alguno. Hasta ahora hemos realizado en la UCI coronaria mediciones ocasionales en enfermos con patología abdominal mediante la sonda vesical. Además el servicio de cirugía general del hospital colabora con nosotros en el seguimiento de estos enfermos activamente.

Por todo ello creo que la medición de la Presión Intrabdominal en pacientes ingresados en UCI por patología abdominal tanto médica como quirúrgica es una forma fácil, sin coste económico añadido y que puede disminuir como se ha demostrado en los estudios publicados las complicaciones asociadas, el número de fracasos multiorgánico, la estancia media y la mortalidad con la aplicación de las medidas de tratamiento adecuadas.

Adjunto bibliografía de las principales publicaciones y estudios al respecto.

- Manu LNG Malbrain et al: Incidence and prognosis of intrabdominal hypertension in a mixed population of critically ill patients. A multicentre epidemiological study. CCM 2005 Vol. 33 N° 2 .
- Malbrain et al. Results from the international conference of experts on intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. Intensive Care Med. 2006; s00134-006-0349-5.
- Kimbal E.Mone MC, Hansen HJ, et al. A prospective evaluation of the protocolized management of IAH/ACS. Acta Clinica Belgica 2009; 64:81.
- Manu LNG Malbrain: is it wise not to think intra-abdominal hyperension in the ICU? Curr Opin Crit Care 2004; 10:132-145.
- Cheatman ML et al: Preload assessment in patients with an open abdomen. J Trauma 1999; 46: 16-22.
- Manu LNG Malbrain et al: Prevalence of Intrabdominal Hypertension in critically ill patients. A multicentre epidemiological study. ICM 2004, 30 pg 822-9.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

MEDICION DE LA PRESION INTRABDOMINAL EN PACIENTES CON PATOLOGIA ABDOMINAL MEDICA O QUIRURGICA EN UCI-B DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Kron IL, Harman PK, Nolan SP: The measurement of intra-abdominal pressure as a criterion for abdominal re-exploration. *Ann Surg* 1984,199:28-30.
- Eddy V, Nuun C, Morris J: Abdominal compartment syndrome: the experience. *Surgical clinics of North America* 1999,1:77-81.
- Diebel LN, Dulchavsky SA, Wilson RF: Effect of increased intra-abdominal pressure on mesenteric arterial and intestinal mucosal blood flow. *J Trauma* 1992,33:45-48.
- Bloomfield GL, Dalton JM, Sugerman HJ, et al.: Treatment of increasing intracranial pressure secondary to the acute abdominal compartment syndrome in a patient with combined abdominal and head trauma. *J Trauma* 1995,39:1168-1170.
- Iberti TJ, Kelly KM, Gentili DR, et al.: A simple technique to accurately determine intra-abdominal pressure. *Crit Care Med* 1987,15:1140-1142.
- Richardson JD, Trinckle JK: Hemodynamic and respiratory alterations with increased intra-abdominal pressure. *J Surg Res* 1976,20:401-404.
- Sugrue M, Buist MD, Lee A, et al.: Intra-abdominal pressure measurement using a modified nasogastric tube: description and validation of a new technique. *Intensive Care Med* 1994,20:588-590.
- Iberti TJ, Lieber CE, Benjamin E: Determination of intra-abdominal pressure using a transurethral bladder catheter: clinical validation of the technique. *Anesthesiology* 1989,70:47-50.
- Johns S, Taylor E, Brown C, et al.: Abdominal compartment syndrome: does intra-cystic pressure reflect actual intra-abdominal pressure? A prospective study in surgical patients. *Crit Care* 1999,3:135-138.
- Yol S, Kartal A, Tavli S, Tatkan Y: Is urinary bladder pressure a sensitive indicator of intra-abdominal pressure?. *Endoscopy* 1998,30:778-780.
- Kron JL, Harman PK, Nolan SP: The measurement of intra-abdominal pressure as a criterion for abdominal reexploration. *Ann Surg* 1984,199:28-30.
- Burch JM, Moore EE, Moore FA, et al.: The abdominal compartment syndrome. *Surg Clin North Am* 1996,76:833-842.
- Meldrum DR, Moore FA, Moore EE, et al.: Prospective characterization and selective management of the abdominal compartment syndrome. *Am J Surg* 1997,174:667-672.
- Sugrue M, Hilman KM: Intra-abdominal hypertension and intensive care. In year book of intensive care and emergency medicine. Edited by Vicent JL Berlin: Springer-Verlag, 1998:667-676.
- Sugrue M: Intra-abdominal pressure. *Clin Int Care* 1995,6:76-79.
- Schein M, Wittman DH, Aprahamian CC, Condon RE: The abdominal compartment syndrome: The physiological and clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure. *J Am Coll Surg* 1995, 180:745-753.
- Cheatman ML: Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. *New Horiz* 1999,7:96-115.
- Ridings PC, Bloomfield GL, Blocher CR, et al.: Cardiopulmonary effects of raised intra-abdominal pressure before and after intravascular volumen expansion. *J Trauma* 1995,39:1071-1075.
- Richardson JD, Trinkle JK: Hemodynamic and respiratory alterations with increased intra-abdominal pressure. *J Surg Res* 1976,20:401-404.
- Harman PK, Kron IL, McLachlan HD, et al.: Elevated intra-abdominal pressure and renal function. *Ann Surg* 1982,196:594-597.
- Dolty JM, Saggi BH, Blocher CR, et al.: Effects of increased renal parenchymal pressure on renal function. *J Trauma* 2000,48:874-877.
- Diebel LN, Dulchavsky SA, Silson RF: Effect of increased intra-abdominal pressure on mesenteric arterial and intestinal mucosal blood flow. *J Trauma* 1992, 33:45-48.
- Diebel LN, Dulchavsky SA, Bros WJ : Splanchnic ischemia and bacterial translocation in the abdominal comparten syndrome. *J Trauma* 1997, 43:852-855.
- Ertel W, Oberholzer A, Platz A, et al.: Incidence and clinical pattern of the abdominal compartment syndrome after "damage control" laparotomy in 311 patients with severe abdominal and/or pelvic trauma. *Crit Care Med* 2000,28:1747-1753.
- Maxwell RA, Fabian TC, Croce MA, et al.: Secondary abdominal compartment syndrome: an underappreciated manifestation of severe hemorrhagic shock. *J Trauma* 1999,47:995-999.
- Morken J, West M: Abdominal compartment syndrome in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2001, 7:268-274.
- Bumashny E: The abdominal compartment syndrome. *Curr Opin Crit Care* 1998,4:236-244.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Medición de la Presión Intabdominal en el 100% de los pacientes con patologia abdominal medica o quirurgica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

MEDICION DE LA PRESION INTRABDOMINAL EN PACIENTES CON PATOLOGIA ABDOMINAL MEDICA O QUIRURGICA EN UCI-B DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ingresados en la UCI-B del Hospital Universitario Miguel Servet.

- Dependiendo de las cifras de PIA iniciar las medidas de tratamiento adecuadas para disminuir las alteraciones fisiopatologicas provocadas por el sindrome compartimental abdominal y por lo tanto disminuir la morbilidad y mortalidad de dichos enfermos.
- Monitorizacion de las cifras de P IA cada 8 horas para valorar sus cambios asi como la respuesta al tratamiento .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Se realizaría medición de la Presión intrabdominal mediante sonda vesical en pacientes con patología abdominal (medica y quirúrgica) cada 8 horas.
-Si la Presión intrabdominal está elevada se iniciarán medidas de tratamiento medico recomendadas y si es necesario se avisará a cirugia para valorar la realización de cirugía descompresiva.
-Realizacion de charlas formativas a los médicos de la unidad y a los mir para sentar las bases científicas y la importancia de la medicion.
-Realizacion de sesiones con el servicio de cirugia general para valorar la posibilidad de cirugia en los enfermos en los que pueda estar indicado.
-Se realizarán charlas al personal de enfermeria de la unidad para explicar la forma correcta de medicion de la PIA asi como las implicaciones que tiene en el pronostico del paciente.
-Tras analizar los datos se comparará la morbi-mortalidad según los grados de PIA con escalas pronosticas para valorar la hipertensión intrabdominal como factor pronostico independiente y asi comprobar la eficacia de las medidas de tratamiento instauradas ya que según la literatura científica parece que el aplicar dichas medidas disminuye el numero de fracasos multiorganicos lo que prodria reflejarse en mejorar nuestra calidad de asistencia, disminución de la estancia media y disminución de costes economicos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Evaluación del porcentaje de enfermos con patologia abdominal ingresados en la UCI-B a los que se ha medido la PIA.
-Análisis estadístico mediante programa SPSS de la prevalencia de la Hipertensión intrabdominal, evolucion de las cifras de la PIA a lo largo del ingreso para valorar si el tratamiento ha sido efectivo.
-Análisis estadístico comparativo de la morbilidad y mortalidad de cada grupo según los 4 grados de clasificacion de hipertensión abdominal en relacion con indices y escalas de gravedad como APACHE II y SOFA predectoras de mortalidad. Este dato nos ayudará a cuantificar la medición de la presión intrabdominal como factor pronostico independiente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La recogida de datos se realizará durante siete meses: de mayo a diciembre del 2011, para la evaluacion posterior de los datos obtenidos.
Durante el mes de abril se realizarán sesiones científicas con los medicos de la unidad para explicar los fundamentos científicos, forma de medicion, criterios de inclusión y exclusión de los pacientes.
Tambien durante el mes de abril se formará al personal de enfermeria de la unidad en la forma de medicion de la presión intrabdominal: a través de sonda vesical tipo Foley, con la cama a cero grados, medición en mm de mercurio según está determinado como gold estandar. Las tomas se realizarán cada 8 horas en los pacientes indicados.
Las sesiones explicativas tanto para personal medico como DUE serán impartidas por la medico responsable del proyecto, la Dra Alejandra Moron Gimenez.
Los componentes del proyecto se encargarán de seleccionar los pacientes con patología abdominal descartando unicamente los casos en los que está contraindicada la medicion y anotar en la historia clinica las cifras de la PIA. Ademas valoraran diariamente sus cifras para iniciar las medidas terapeuticas recomendadas por la WSACS y ver la respuesta del paciente a las mismas.
Al terminar el proyecto en el mes de diciembre se procedera al analisis de los datos con los indicadores anteriormente citados para valorar los resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

163

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

2. RESPONSABLE HERMINIA NAVARRO AZNAREZ

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ BARAZA CRISTINA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- CAÑAMARES ORBIS ICIAR. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- ARAZO GARCES PIEDAD. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- PASCUAL CATALAN ASCENSION. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- LLAMA CELIS NATALIA DE LA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los actuales tratamientos antirretrovirales (TAR) son la base del adecuado control virológico e inmunológico de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hasta el punto de que han modificado la historia natural de la enfermedad, aumentado considerablemente la supervivencia y dando paso a una "cronificación" de la infección.

Sin embargo, todavía hoy, la falta de adherencia al TAR es uno de los principales factores de fracaso terapéutico y de selección de resistencias virales¹⁻⁵. Para incrementar esta adherencia han demostrado ser efectivas las estrategias de intervención individualizadas, con asesoramiento personal tratando de adaptar el tratamiento a los hábitos de vida del paciente y proporcionado estrategias de resolución de problemas. Estas estrategias deben implementarse de forma multidisciplinar., siendo el farmacéutico uno de los miembros del equipo que junto con el médico y personal de enfermería contribuirán a resolver las dudas y problemas que el paciente presente al inicio y a lo largo del tratamiento, debiendo entre otros aspectos asegurarse de que el paciente conoce la posología y condiciones correctas de administración(dosis, frecuencia, presencia o ausencia de alimentos, relación con los hábitos de vida, etc)... informar de los efectos adversos más frecuentes de su terapia , como minimizarlos y las interacciones más importantes de esos fármacos.

Si esta clara la relación que existe entre adherencia y conocimiento del paciente de la terapia y de la importancia de un cumplimiento correcto en la eficacia del tratamiento, este hecho adquiere especial importancia en aquellos pacientes que se enfrentan por primera vez a la necesidad de TAR, como sucede con los pacientes naive o bien en los pacientes multitratados, objetos ambos de nuestro plan.

Existe un programa informático INFOWIN, orientado a la información del paciente al alta o en consultas externas, que proporciona un cronograma horario de la medicación que el paciente debe tomar, incluye también la imagen del envase del medicamento, instrucciones de administración e información general sobre el fármaco: modo de prescripción, mecanismo acción, efectos adversos, etc. Pero parte de esta información se considera innecesaria y por otro lado existen algunos aspectos que se consideran poco abordados, por eso se propone a partir de la información suministrada por INFOWIN, realizar modificaciones para adaptarlo a lo que el equipo multidisciplinar: médicos de la unidad de enfermedades infecciosas y farmacéuticos de la unidad de pacientes externos consideran nivel y contenido optimo de información en cada medicamento. En pacientes VIH la probabilidad de que los resultados clínicos alcanzados con la TAR se vean afectados por las interacciones medicamentosas es elevada. Algunos trabajos muestran que un 96% de los pacientes recibiendo TAR presentan como mínimo una situación clínica y/o utiliza un medicamento adicional que podría generar la aparición de problemas de inseguridad o ineffectividad de la terapia antirretroviral. Por tanto, la identificación, prevención y manejo de las interacciones medicamentosas clínicamente relevantes se considera un aspecto de gran trascendencia en la consecución de los objetivos terapéuticos en la farmacoterapia en este grupo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto se inició en 2007 durante el cual se realizó una encuesta para valorar por la calidad percibida por los pacientes que acuden a la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE).

En el 2008 se inició el proyecto de mejora de atención farmacéutica al paciente VIH, centrando la actuación en la información al paciente naive y para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Selección de los fármacos antirretrovirales de utilización en pacientes naive.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

163

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

2. Consensuar la información escrita a proporcionar en la primera dispensación de un fármaco a un paciente naive que inicia tratamiento.
3. Entrevista del farmacéutico a los pacientes naive que inician TAR, con entrega de información escrita además de la información verbal sobre los fármacos prescritos y consulta en las sucesivas visitas para valorar la existencia de algún problema relacionado con la medicación (PRM).
4. El porcentaje de pacientes naive informados ha sido del 89%.

Durante 2009 se ha continuado el proyecto, se ha dispensado tratamiento antirretroviral a 129 pacientes nuevos para el hospital, se ha informado oralmente al 100% de los pacientes y por escrito al 97 % de los pacientes VIH naive cuyo tratamiento sigue recomendaciones de Gesida. Se ha estimado la adherencia al TAR (>95%) en una muestra de 252 pacientes de un total de 987 pacientes, que se ha medido a través de dos métodos indirectos: registro de dispensaciones y el cuestionario validado SMAQ. La adherencia según el cuestionario es de un 56% y del registro de dispensación se considera que un 77,6% de los pacientes (dispensado como mínimo el 95% de las dosis necesarias para su TAR en los últimos cuatro meses) son adherentes al TAR.

Respecto a la valoración de las interacciones, se realizó una entrevista a 252 pacientes y se registro tanto el TAR como el tratamiento concomitante, hasta la fecha se han procesado 100 encuestas, los resultados obtenidos son: El 80% de los pacientes tomaba otros medicamentos (media fármacos no AR/paciente 3,7 (1-11)) y el 25% algún producto de herboristería.

Del 86% que tomaban AR con otros medicamentos y/o producto de herboristería, un 58% presentaron interacciones (media interacciones/paciente 2,7 (1-8)); registrándose 144 interacciones, 20 (14%) contraindicadas y 86% potenciales

En el año 2010 se dispensó tratamiento antirretroviral (TAR) por primera vez a un total de 87 pacientes VIH, de ellos iniciaron el tratamiento como pacientes externos (se excluyen pacientes trasladados de otro hospital, pacientes que inician TAR ingresados, pacientes a los que se dispensan AR para profilaxis) 33 pacientes, se informa a 32 pacientes tanto oral como por escrito, indicador 97%. Se inicia la información por escrito para aquellos pacientes que en el cambio de TAR, la nueva terapia es una de las opciones incluida en los TAR recomendados para pacientes naive. Se modifica el TAR en 2010 a un total de 231, se informa a 74, Indicador 32%.

Se valora el recuento de CD4 al inicio del tratamiento, en los pacientes que inician TAR en 2008 y 2009 (análisis incluido en el desarrollo del diploma de estudios avanzados (DEA) de una residente del Servicio Farmacia). Se analizan 37 y 68 pacientes, en el 2008 y 2009 respectivamente. La media de CD4 basal en 2008 fue de 191.9 células/ml (153.8-229.9) y en 2009 de 253,4 células/ml (201,2-269.7). Intervalos de CD4, en 2008: = 350, un 94.6%; entre 350-500, un 2.7% y > 500, un 2,7%. Intervalos de CD4, en 2009: = 350, un 80.8%; entre 350-500, un 13.2% y > 500, un 4.4%. Se aprecia una tendencia de inicio con CD4 más altos. Indicador 100%.

Se realizó una sesión a la Unidad de Enfermedades Infecciosas de las interacciones informando de los resultados de la encuesta realizada. Se ha elaborado un díptico informativo dirigido al paciente resaltando importancia de las interacciones de TAR con la fitoterapia, el díptico se está entregado a los pacientes a los que se dispensa AR.

Se realizó una encuesta de satisfacción a 240 pacientes externos, de ellos procedía de la consulta de infecciosas 57, un 24% del estudio, analizando este subgrupo, encontramos que: El 58% de los pacientes considera que el lugar es regular, malo o muy malo. El 74% califica la comodidad y/o confortabilidad de la sala con una puntuación = a regular, respecto al tiempo y horario de dispensaciones lo califican de = a regular en un 84% y 49% respectivamente. Respecto a las preguntas sobre la información recibida, la utilidad de la misma, el trato y la satisfacción general, la valoración es muy positiva, calificando estas preguntas como de buena o muy buena en: 82%, 67%, 91% y 82.5% respectivamente. El 74% recomendaría nuestro servicio y 49% continuaría en la Farmacia de nuestro Hospital.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Favorecer la adherencia del paciente VIH naive al TAR (tratamiento antirretroviral).
- Favorecer la adherencia del paciente VIH multitratado al TAR
 - Valoración del estado inmunológico del paciente al inicio del TAR
 - Valoración del motivo de cambio del TAR
 - Conocer las expectativas del paciente en el área de pacientes externos mediante la realización de una encuesta
 - Conocer la utilidad del díptico informativo sobre fitoterapia-TAR para el paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actualizar la información escrita dirigida al paciente sobre los fármacos antirretrovirales seleccionados. (iniciada

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 163

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

- en 2008).
- Consensuar la información escrita dirigida al paciente con el servicio de enfermedades infecciosas. (iniciada en 2008).
 - Entrega de información escrita además de la información verbal sobre los fármacos prescritos y consulta en las sucesivas visitas para valorar la existencia de algún problema relacionado con la medicación (PRM).
 - Extensión del proyecto informando por escrito del cambio del tratamiento al paciente VIH multitratado.
 - Valorar del estado inmunológico del paciente al inicio del tratamiento.
 - Consensuar un procedimiento con el Servicio de Infecciosas, que facilite el conocimiento de los motivos que ha llevado a una modificación del TAR.
 - Valorar de las modificaciones del TAR y de los motivos del cambio.
 - Realizar de una encuesta dirigida a pacientes externos para conocer su percepción y sus expectativas sobre la atención prestada en esta área del Servicio de Farmacia.
 - Realizar y analizar de la encuesta a pacientes externos. Análisis del subgrupo de pacientes VIH.
 - Conocer la percepción del paciente sobre la utilidad del díptico informativo TAR-Fitoterapia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % Pacientes VIH+ naive que reciben información escrita y oral. Objetivo >95%
- % Pacientes VIH+ multitratados que reciben información escrita y oral. Objetivo: >40%
 - % pacientes naive con valoración del estado inmunológico al inicio de la TAR. Objetivo >90%
 - % pacientes que modifican el TAR con valoración del motivo del mismo. Objetivo: >40%
 - Realización de una encuesta para evaluar la percepción del paciente
 - % pacientes satisfechos con la atención recibida. Objetivo: >82

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaborar información fármacos antirretrovirales objeto de la actuación (Marzo a Octubre de 2011)
- Consensuar información (Marzo a Octubre de 2011)
 - Entrega información escrita paciente naive (Enero a Diciembre de 2011)
 - Entrega de Información escrita paciente multitratado con cambio de tratamiento (Abril a Diciembre de 2011)
 - Valoración estado inmunológico (Enero a Diciembre de 2011)
 - Procedimiento para conocer motivo cambio TAR (Marzo a Junio de 2011)
 - Valoración motivos del cambio (Junio a Diciembre de 2011)
 - Realización encuesta (Mayo-Junio y Noviembre-Diciembre de 2011)
 - Análisis encuesta (Junio y Diciembre de 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|-------|
| · Bolsas o sacas para dispensar medicamentos | 200 € |
| Total | 200 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

366

CONFIGURACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MODULO DE ALMACEN EN EL SISTEMA DE GESTION DE LABORATORIO SIGLO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MANUEL OMEÑACA TERES

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- EGIDO LIZAN PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- REVILLO PINILLA MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- SABATE AINETO MARIA DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- YAGÜE LARRIBA MARIA DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- RUIZ ALIENDE SONIA. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- PEREIRA BOAN JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA
- LAFUENTE HERAS MERCEDES. AUXILIAR DE CLINICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aplicación de la Norma UNE-EN ISO 15189 permite llevar a cabo de manera eficaz la implantación de un sistema de calidad en los laboratorios clínicos. La norma abarca tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, incluyendo la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales.

Desde octubre de 2006, el proyecto de acreditación se convierte en objetivo del Salud para todos los laboratorios de Aragón. Este mismo año el laboratorio de Microbiología inicia un proyecto de implantación de mejora de calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 15189 siguiendo las líneas de trabajo dictadas por la consultora del salud y el grupo de mejora del Servicio de Microbiología.

La auditoría externa realizada por ENAC el 24 de Marzo de 2009 tiene como resultado la acreditación de la Unidad de Virología para las técnicas de antigenemia de Citomegalovirus, cultivo del virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios, Acreditación nº 742/LE1584 y fecha de entrada en vigor 25/ 9/2009.

La oportunidad de mejora consiste en la ampliación de algunos requisitos requeridos por la Norma y que sean aplicables a todo el laboratorio aunque no estén bajo alcance de acreditación. Se ha seleccionado la configuración y puesta en marcha del módulo de almacén del sistema informático de gestión del laboratorio para todo el Servicio de Microbiología, con el fin de establecer un mejor control sobre los materiales y reactivos empleados así como facilitar la generación de pedidos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento solo se han configurado aquellos materiales y reactivos sujetos a los alcances acreditados por ENAC en el Servicio de Microbiología. El sistema de gestión de la calidad se valora como una herramienta útil de trabajo, por lo que se demanda su continuidad y extensión en el resto del laboratorio desde la unidad de Virología. Entendemos que la gestión del almacén afecta a todas las unidades del Servicio por lo que consideramos que este es el momento para su desarrollo y generalización.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Optimizar el control de existencias.

- Racionalizar la salida prioritaria de los productos con menor fecha de caducidad.
- Facilitar la realización de pedidos al generarse estos de manera automática.
- Mejorar el control de gastos al quedar registrado quien saca un producto del almacén.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Requisitos necesarios para la configuración del módulo de almacén:

- Establecer un listado completo de ubicaciones del Servicio de Microbiología
- Listado de Proveedores
- Listado de productos con código SERPA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 366

CONFIGURACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MODULO DE ALMACEN EN EL SISTEMA DE GESTION DE LABORATORIO SIGLO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

•Configuración de productos, estableciendo los ítems abajo detallados:

- o Código de fabricante.
- o Código interno = código SERPA.
- o Nivel de aviso.
- o Nivel de alarma.
- o Existencias mínimas.

•Configuración de los pedidos.

- Solicitud de incorporación del código "EAN" a los proveedores, lo cual facilita en gran medida el registro de entradas y salidas.
- Elaboración de una instrucción para la gestión del Almacén.
- Formación de todo el personal del laboratorio en el nuevo manejo del Almacén.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Configuración del sistema informático

- Evaluación: Junio de 2011
- Indicador: (Material y reactivos configurados/ M. y R. totales) x100 =70%
- Realizar Procedimiento de Control de Almacén
- Evaluación: Junio de 2011
- Indicador: Realizado =SI
- Formación del personal
- Evaluación: Julio de 2011
- Indicador: (Nº personas formadas/Nº personas adscritas al Servicio)*100=70%
- Inventario (coincidencia real vs SIGLO)
- Evaluación: Diciembre de 2011
- Indicador: (Nº productos coincidentes/Nº productos en SIGLO)* 100=70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Configuración

- o Comienzo: 01-04-2011
- o Finalización: 31-07-2011
- Formación
- o Comienzo: 01-06-2011
- o Finalización: 31-07-2011
- Pruebas
- o Comienzo: 01-07-2011
- o Finalización: 31-08-2011
- Puesta en marcha
- o Comienzo: 01-09-2011
- o Finalización: 31-12-2011
- Inventario: Diciembre de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Ordenador portátil	600 €
Total	600 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

366

CONFIGURACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MODULO DE ALMACEN EN EL SISTEMA DE GESTION DE LABORATORIO SIGLO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 540

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS COMPETENCIAS EN COMUNICACION ASISTENCIAL Y LA RELACION MEDICO-PACIENTE MEDIANTE LA GRABACION DE LA ENTREVISTA CLINICA EN CONSULTA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE PABLO CEREZUELA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONREAL HIJAR ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- LIZAGA CASTILLON INES. PSICOLOGA. HOSPITAL UNIVERISTARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERISTARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- PARRILA HERRANZ PEDRO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERISTARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- GARCES SAN JOSE CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERISTARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Misión del Plan Estratégico del Sector Zaragoza II es abordar todos los niveles asistenciales entre los que se encuentra la labor docente. Más concretamente la Línea 3 de éste plan estratégico: "El Personal como activo básico", tiene entre sus objetivos estratégicos potenciar la oferta docente del Sector y promover experiencias de innovación en la práctica profesional. Bajo esta premisa queremos abordar una de las Áreas de Competencias incluida en la Guía de Portafolio de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria que hasta ahora estaba relegada a un plano más teórico. Se trata del Área de Comunicación Asistencial y Relación Médico-Paciente. En ella se les pide a los residentes que vayan adquiriendo una serie de competencias que deben ir superando conforme avanza su proceso formativo. Esta guía propone como tareas para evaluar este progreso las videograbaciones de la Entrevista Clínica en la consulta de Atención Primaria. Esta línea de trabajo también mejora de forma directa las habilidades comunicativas básicas del MIR que le servirán de base para crear una relación clínica gratificante entre el médico, el paciente y sus familiares.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Al finalizar el primer período de formación, los residentes habrán realizado la grabación en vídeo de 3 entrevistas clínicas en el la consulta de Demanda en el Centro de Salud que les corresponde. Estas grabaciones se harán SIN la compañía de su tutor y serán posteriormente evaluadas en función de las competencias exigidas para cada periodo de residencia. Para esta evaluación se utilizan fundamentalmente dos escalas internacionales específicas: GATHA-RES y CICCA.

Tras la evaluación, este plan formativo se complementa con feedback resultante de la visualización de las grabaciones por parte del Tutor, el Residente y una Psicóloga. En dicho intercambio se fomenta la autorreflexión y se proponen áreas de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La actividad a desarrollar será la siguiente:

1. Taller explicativo de la línea de trabajo a seguir, objetivos e instrucción en el uso del la videocámara (6 horas)
2. Grabación en la consulta de demanda del centro de salud de 3 entrevistas a cada uno de los R1
3. Tras la grabación de todos los residentes, una psicóloga será la encargada de evaluar cada una de las entrevistas utilizando como guía las escalas antes indicadas (GATHA-RES y CICCA). De esta evaluación surgirán los aspectos a mejorar y los puntos fuertes de las habilidades comunicativas de cada uno de ellos.
4. Se reunirán el tutor responsable, el residente y la psicóloga para llevar a cabo el feedback y la visualización del vídeo. Muy importante resaltar que se hará desde un punto de vista en el que se fomenta la autorreflexión del residente. En ese feedback se entregará al residente el material grabado para que pueda utilizarlo en su proceso de autoaprendizaje cuantas veces crea necesario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Numero de Residentes grabados / numero de residentes totales.
- Nivel de cumplimiento: > 80%

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 540

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS COMPETENCIAS EN COMUNICACION ASISTENCIAL Y LA RELACION MEDICO-PACIENTE MEDIANTE LA GRABACION DE LA ENTREVISTA CLINICA EN CONSULTA

2. Número de Entrevistas clínicas Grabadas con Feedback realizado / numero total de entrevistas clínicas grabadas.
• Nivel de cumplimiento: > 70
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Mayo-Junio de 2011: Taller formativo de la línea de trabajo a seguir e instrucciones en el manejo de la videocámara.
• Junio a Septiembre de 2011: Grabación en los Centros de Salud Docentes del Sector Zaragoza II a cada uno de los residentes
• Octubre 2011 - Febrero 2012: Evaluación de las entrevistas clínicas y feedback tutor-residente-psicóloga.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|-----------------------------------|-------|
| • VIDEOCAMARA DIGITAL | 550 € |
| • MOCHILA PORTA VIDEOCAMARA | 100 € |
| Total | 650 € |
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 136

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA PACIENTE. ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIAL INFORMATIVO

2. RESPONSABLE MARTA PALACIOS LAZARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTAÑES BELLO PAOLA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA-SECCION ECOGRAFIA OBSTETRI
- CORBACHO GARZA TANIT. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO OBSTETRICIA-SECCION ECOGRAFIA OBSTETRICA
- DEL POZO FERRERON ALICIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA
- CARROBLES MEDINA CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA
- HERRANZ MARTINEZ MARIA ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA
- EREZA ABEJER YOLANDA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. •La paciente actualmente dispone de poca información en relación con el control del embarazo y más concretamente con el control ecográfico y las técnicas disponibles actualmente para el cribado prenatal de anomalías cromosómicas y morfológicas. Frecuentemente recurren a fuentes no fidedignas (Internet,foros...) de donde asimilan información, "mitos" y miedos muchas veces incorrectos y alarmistas que son objeto de pregunta en nuestras consultas.

•El tiempo asignado a cada paciente impide dedicar más tiempo de información.

•La paciente únicamente visualiza la ecografía durante 1-2 minutos al finalizar la exploración girando el monitor del ecógrafo.

•Barrera idiomática existente con un porcentaje no despreciable de pacientes. Actualmente se estima que el porcentaje de pacientes de habla extranjera atendido en nuestras consultas se sitúa en torno al 25-30%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. •Se entrega hoja informativa sobre preparación a la exploración ecográfica para facilitar la calidad de imagen.

•Disponemos de consentimientos informados en diferentes idiomas para amniocentesis y ecografía de la semana 20.

•Ordenadores en cada sala de trabajo para abreviar el tiempo para cálculo de screening de primer trimestre.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LA PACIENTE

•Mejora de la calidad asistencial y del grado de satisfacción de los pacientes.

•Visualización de toda la ecografía en tiempo real simultáneamente mediante monitor colocado delante de la paciente.

•Acceso a la información a las pacientes de habla extranjera.

•Optimizar los recursos para ajustar asistencia médica-información a la paciente en el tiempo asignado a cada ecografía.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Entregar normas escritas de preparación para la realización de la ecografía en condiciones óptimas (no aplicación de crema abdominal los días previos...). Actualmente ya se entrega (Carmen Carrobles,Alicia del Pozo,Isabel Herranz, Yolanda Ereza).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

136

MEJORA DE LA INFORMACION A LA PACIENTE. ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIAL INFORMATIVO

- Información escrita del screening de primer trimestre (consentimiento informado) y del protocolo de diagnóstico prenatal de cromosopatías y defectos congénitos. Actualmente ya se realiza.

- Documentos de consentimiento informado traducidos en diferentes idiomas de todas las pruebas de ecografía y diagnóstico prenatal.
- Trípticos informativos ilustrados con fotografías de las ecografías realizadas durante la gestación y su finalidad (Dra. Marta Palacios).
- Colocación de pósters informativos en las salas de ecografías (Dra. Paola Montañés).
- Recogida de datos de las encuestas de satisfacción e inclusión en una base de datos (Dra. Tanit Corbacho).
- Entrega a todas las pacientes de una fotografía de cortesía una vez finalizada la ecografía.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Encuesta de satisfacción realizadas a 100 pacientes en la ecografía de tercer trimestre.

- o Indicador 1: Número de gestantes en tercer trimestre que reciben el material informativo en la primera consulta de ecografía. Objetivo: 100%
- o Indicador 2: Número de encuestas recogidas, rellenas correctamente y cuyos datos se han introducido en la base de datos. Objetivo: 90%
- o Indicador 3: grado de satisfacción de las pacientes. Objetivo: 80% satisfechas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Marzo-Junio 2011:

- o Revisión bibliografía actualizada y elaboración de trípticos informativos.
- o Actualización de normas escritas de preparación a la ecografía.
- o Elaboración de pósters informativos para consultas.
- o Diseño de encuestas de satisfacción.
- o Imprenta del material.

• Segundo semestre 2011:

- o Traducción a los idiomas más demandados los consentimientos informados de las pruebas de diagnóstico prenatal.

• Segundo de semestre 2011-primer semestre 2012:

- o Difusión de trípticos informativos, normas de preparación y encuestas.
- o Instalación de monitores para visualización simultánea de la ecografía por parte de la paciente.
- o Evaluación de los resultados de las encuestas e introducción de posibles mejoras.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- 3 Monitores de 19 pulgadas 450 €
- 3 cables de conexión ecógrafo-monitor 75 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

465

DISEÑO Y ELABORACION DEL FORMATO Y CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION ENFERMERA NECESARIA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE DOLORES PAMPLONA NERI

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABADIA ABIOL CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. CONSULTAS EXTERNAS
- DEL CAMPO FIDALGO JULIA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. CONSULTAS EXTERNAS
- MONTORI LASILLA ROSA. ENFERMERIA. CME INOCENCIO JIMENEZ. CONSULTAS EXTERNAS
- OTAL MINGUEZ ROSA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
- PEREZ MARTINEZ CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. CONSULTAS EXTERNAS
- PUYUELO BLECUA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
- ALONSO MARTINEZ VEGA. TECNICO DE AREA. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. ACREDITACION DE COMPETENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el desarrollo de las sesiones para diseñar el mapa de competencias de enfermería de consulta especializada hemos detectado la ausencia de documento específico y la necesidad, manifestada por todos los participantes, de elaborar y consensuar la documentación que recoja los registros, juicios clínicos, intervenciones... de la enfermera en consulta que garantice la continuidad de cuidados y seguimiento de la asistencia a los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Uniformizar la recogida de información necesaria para una buena praxis enfermera en consulta especializada.
2.- Maximizar la continuidad de cuidados a los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Formación del grupo de trabajo.

- 2.- Búsqueda bibliográfica y recogida de la información que existe en la actualidad.
- 3.- Trabajo individual y reuniones periódicas para llegar al consenso en la definición de los contenidos.
- 4.- Trabajo en red.
- 5.- Validación del producto generado por parte de revisores externos.
- 6.- Elevarlo a instancias superiores para su aprobación e implementación a nivel autonómico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Asistencia del 80% de los miembros a las reuniones periódicas.

- 2.- Elaboración de la documentación.
- 3.- Informe de valoración positiva de, al menos, el 80% de los revisores externos.
- 4.- Presentación del documento validado al asesor de enfermería del SALUD.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1 de abril Fin: 31 de marzo

Caleendario:

- 1ª reunión: 7 de abril de 2011
- 2ª reunión: 1ª quincena de junio de 2011 con revisión bibliográfica realizada
- 3ª reunión: 2ª quincena de septiembre de 2011
- 4ª reunión: 2ª quincena de octubre de 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 465

DISEÑO Y ELABORACION DEL FORMATO Y CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION E INFORMACION ENFERMERA NECESARIA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA

5ª reunión: 2ª quincena de noviembre de 2011

6ª reunión: 2ª quincena de enero de 2012. Finalizar documentación

Febrero y marzo de 2012 :Revisión del producto por parte de los evaluadores externos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático (memorias externas, pen drives...	800 €
· Viajes y dietas	1.500 €
Total	2.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 206

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO SISTEMA ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA H.ELECTRONICA (PCH).
INSTAURACION PROTOCOLO DESDE TRIAJE DE DETECCION DE PACIENTES CON PERFIL DE RIESGO DE PORTADOR SARM (INSTITUCIONALIZADOS).

2. RESPONSABLE PEDRO PARRILLA HERRANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RICARTE URBANO ELENA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA
· JIMENEZ VALVERDE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CLARACO VEGA LUIS MANUEL. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.
· MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El establecimiento de sistemas de alertas epidemiológicas que permita avisar e informar a los profesionales que trabajan en un servicio de urgencias hospitalario (SUH), ya desde el área de triaje, de que hay que seguir un determinado protocolo de actuación con un paciente debido a una circunstancia epidemiológica, es extremadamente útil y es fundamental para establecer sistemas de seguridad clínica eficientes. Con la implantación de la historia clínica informatizada en el servicio de urgencias: Puesto Clínico Hospitalario de Urgencias (PCH), surge la oportunidad de implementar este tipo de protocolos, que sin ayuda de las Tecnologías de la Información (TIC) serían imposibles de poner en marcha. A través de PCH es posible establecer alarmas epidemiológicas y generar correos electrónicos de manera automatizada que avisen a los servicios de medicina preventiva, jefe de urgencias...

Pero para ello es preciso establecer las fuentes de información que van a nutrir el sistema de alarmas, que fundamentalmente debe proceder del servicio de microbiología del hospital. A su vez se deben establecer los circuitos para que esta información se mantenga actualizada y esta utilidad sea efectiva. Así como elaborar los protocolos a seguir en caso de que se produzca un aviso epidemiológico.

Además el sistema debe ser flexible, ya que debe ser capaz de introducir mejoras si se detectan fallos en cualquiera de las etapas del proceso, así como ser capaz de poder introducir nuevas alarmas y protocolos ante nuevas situaciones epidémicas detectadas.

Identificar a pacientes posiblemente por su perfil clínico como posibles portadores de infección por SARM que acuden a un servicio de urgencias y una vez conocido su destino derivar dicha información al servicio hospitalario, centro de residencia y/o médico de cabecera para su control y manejo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Establecer como alerta epidemiológica los pacientes positivos a SARM
Actualización de registro de las tablas que contienen los pacientes que actualmente son positivos a SARM. Depuración, revisión y corrección de errores de recogida de datos (duplicados, datos erróneos, etc.)
Introducción de los datos de las tablas en la aplicación informática PCH.
Modificaciones en la herramienta informática PCH que permita visualmente detectar las alertas.
Elaboración de documentos de cuidados y manejo de pacientes con alerta SARM.
Establecimiento de sistemas de higiene, cuidado y manejo en pacientes en urgencias con esta alerta.
Implantación del programa piloto con todas las modificaciones informáticas en un ordenador para la formación del personal asistencial.
Programa de formación del personal asistencial.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer un circuito de información estable entre el servicio de urgencias, microbiología y medicina preventiva

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 206

1. TÍTULO

**ESTABLECIMIENTO SISTEMA ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA H.ELECTRONICA (PCH).
INSTAURACION PROTOCOLO DESDE TRIAJE DE DETECCION DE PACIENTES CON PERFIL DE RIESGO DE PORTADOR SARM (INSTITUCIONALIZADOS).**

que mantenga una información activa y actualizada de las BBDD que mantienen las diferentes alertas establecidas

- Establecer los protocolos a seguir en caso de la detección de una alerta epidemiológica.
- Que todos los profesionales de urgencias sepan actuar ante una situación de alerta epidemiológica en el SUH.
- Establecer unos flujos de información útiles y eficientes.
- Con la ampliación del proyecto se pretende detectar a un grupo de pacientes que no figuran como alerta SARM por no estar detectados pero que por su perfil de riesgo podrían ser portadores además de transmisores a otros pacientes que estén institucionalizados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para establecer los circuitos es preciso identificar un responsable del SU que sea el interlocutor con el servicio de microbiología y preventiva.

Los pacientes con algún tipo de las alerta epidemiológica (TBC, SARM, Gripe A...) deben ser introducidos en las bases de datos (BBDD) de la aplicación informática y es necesario mantenerlas actualizadas en cuanto a la negatividad y positividad de los pacientes.

Para conseguir los objetivos planteados es preciso identificar a los responsables de cada servicio que van a formar parte del grupo encargado de mantener actualizadas estas BBDD. Así como crear un grupo de trabajo estable que se encargue de proponer las alertas epidemiológicas que se crean oportunas.

A su vez establecer las medidas preventivas adecuadas a cada una de las situaciones a través de protocolos es imprescindible para conseguir resultados en salud.

Establecer un protocolo que permita al personal de enfermería de triaje detectar pacientes que reúnan perfil clínico de riesgo de posible portador SARM e iniciar las medidas de cuidados de pacientes positivos en la alerta epidemiológica.

Establecer un circuito de retorno de información de cuidados de estos pacientes bien al centro hospitalario si ingresa, a la institución donde reside o al médico de atención primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes con alerta epidemiológica establecida que son identificados desde el área de triaje por este sistema

- Porcentaje de respuestas a los correos electrónicos generados por las alarmas epidemiológicas
- Pacientes identificados a los cuales se les ha aplicado el protocolo correspondiente
- Porcentaje de falsos positivos/falsos negativos en el sistema (mide el correcto mantenimiento de la BBDD)
- Encuesta de satisfacción de usuarios (profesionales) del sistema de alertas.
- Número de pacientes que reúnen perfil de riesgo de portador SARM detectados en Triaje.
- Número de pacientes que reuniendo el perfil han dado positivo a SARM.
- Destino de los pacientes con perfil de riesgo detectados como + a SARM

Al encontrarse el sistema de información de urgencias (PCH) totalmente informatizado se puede obtener indicadores fiables y automatizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. El programa se inició con la creación del grupo de trabajo: MES DE ABRIL-2010

2. Identificación de los responsables del mantenimiento de las BBDD. Por el servicio de urgencias, por el servicio de microbiología y por el servicio de medicina preventiva del hospital (ABRIL-2010)
3. Consenso de las alertas epidemiológicas a implementar en esta primera fase (MAYO-2010)
4. Elaboración de los protocolos a seguir cuando se activa una determinada alerta (TBC, SARM...)
5. Establecimiento del circuito de información (Servicio de urgencias-microbiología-Medicina Preventiva)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 462

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS Y SALIDAS DE U.C.E. POR LAS TARDES Y MANEJO DEL CONSUMO DE TABACO EN U.C.E.

2. RESPONSABLE YOLANDA PEREZ CARABANTES

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO-LEJ TORRES JORGE. PSIQUIATRA. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
- ALVAREZ MARRODAN IGNACIO. MIR. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
- ESCUDERO GONZALEZ ALMUDENA. PIR. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
- EL-KHATIB VAZQUEZ MARIAM. PSIQUIATRA. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
- PEREZ POZA ALFONSO. PSIQUIATRA. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
- CORBERA ALMAJANO MANUEL. PSIQUIATRA. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro del Grupo de Calidad del Servicio de Psiquiatría del H. U. Miguel Servet llevamos a cabo una detección de problemas mediante grupo nominal. A través de una matriz decisional de criterios múltiples establecimos como una de las Líneas de Mejora de Calidad factible y prioritaria (dado el número y gravedad de los pacientes afectados) el establecimiento de una estructura organizada de actividades terapéuticas durante el horario de tardes para los pacientes ingresados en la UCE (planta de hospitalización) de Psiquiatría, así como de salidas terapéuticas y de consumo de tabaco por los pacientes con ese hábito.

Los profesionales implicados, usando como fuente de información nuestra propia experiencia, la del resto del personal de la Unidad y las opiniones de los pacientes (valoración cualitativa de las encuestas de satisfacción a lo largo de la historia de existencia de la Unidad), valoramos las dificultades previas para dar respuesta a la necesidad y conveniencia de ofrecer una continuidad de actividades ocupacionales, de ocio, etc. a los pacientes durante el horario de tarde. Analizamos los factores causales implicados a través de un diagrama de Ishikawa, concluyendo la existencia de dificultades a nivel de entorno, estructura, organización, profesionales y clientes, que en buena medida podían ser solventadas con un programa específico (falta de material para actividades de ocio y psicomotricidad, falta de programa estructurado, etc.).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados esperados son:

- Elaboración del documento de normas para: salidas terapéuticas por la tarde, manejo del consumo de tabaco en pacientes con dicho hábito (según establece la Ley vigente).
- Organización de actividades terapéuticas en el horario de tarde: Psicoeducación, Actividades Ocupacionales, Psicomotricidad, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Planteamos las siguientes actividades (siendo los responsables D^a Yolanda Pérez Carabantes y D. Jorge Alonso-Lej Torres):

- Recopilación de la normativa a seguir.
- Elaboración del Programa de Actividades Terapéuticas.
- Presentación de los documentos al Grupo de Calidad y su aprobación.
- Presentación del Programa al personal de la Unidad.
- Implementación de las actividades propuestas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Consideraremos como indicadores para monitorizar el proyecto:

- Presentación y aprobación del documento en la Comisión de Calidad del Servicio.
- Recogida, en plantilla mensual creada a tal efecto, del número de actividades del Programa realizadas cada semana (objetivo: 3 por semana). Los responsables

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 462

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS Y SALIDAS DE U.C.E. POR LAS TARDES Y MANEJO DEL CONSUMO DE TABACO EN U.C.E.

de la Línea se encargarán de recoger y analizar los datos de cumplimiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Prevemos el siguiente calendario para el proyecto:

- Unificación de criterios: febrero-marzo 2011.
- Elaboración de documentos y del Programa de Actividades Terapéuticas: marzo-mayo 2011.
- Presentación y aprobación de documentos y del Programa de Actividades Terapéuticas: junio 2011.
- Instauración en la UCE: desde julio 2011.
- Recogida de datos y valoración de actividades: julio-diciembre 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fotocopiadora	600 €
· Material para actividades	1.000 €
· Material fungible (papelería, encuadernación... ..)	150 €
Total	1.750 €

11. OBSERVACIONES. El presupuesto elaborado para parte del material (fotocopiadora) es superponible al necesario en otras Líneas de Mejora del Servicio, pudiendo así hacer común dicho gasto de ser ese el caso.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 293

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO COORDINADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS

2. RESPONSABLE MERCEDES PEREZ CONESA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SAEZ COMET LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE ENFERMEDAD
- VELILLA MARCO JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE ENFERMEDAD
- PAMPLONA NERI DOLORES. ATS/DUE. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE ENFERMEDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) del servicio de Medicina Interna atiende a pacientes con estas patologías. Estos pacientes requieren un seguimiento continuado ya que estas enfermedades presentan una típica evolución en brotes de actividad y fases de remisión, además de sufrir complicaciones a largo plazo. Estas enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) son relativamente poco frecuentes por lo que se recomienda su atención en unidades especializadas.

En los últimos años, estamos recibiendo pacientes de otras áreas de salud, fundamentalmente de otros hospitales de la región que piden una valoración de pacientes con EAS sospechadas o confirmadas. Estos pacientes precisan un desplazamiento periódico de sus pueblos o ciudades de origen a nuestro hospital para realización de pruebas complementarias y para el seguimiento en nuestras consultas externas, lo que conlleva un importante costo económico y de tiempo para los pacientes. Por otro lado, estos pacientes están sujetos a empeoramientos de su enfermedad ("brotes") que requieren una atención relativamente urgente mediante visitas a urgencias o consultas a demanda, lo que haría deseable que dispusieran de un especialista en su hospital de referencia para estas contingencias. Con este programa de seguimiento coordinado pretendemos que los pacientes puedan ser atendidos en sus hospitales de referencia pero con el apoyo coordinado de la UEAS. Se programarían visitas periódicas en nuestra Unidad, con menor frecuencia de la habitual, y también visitas programadas en sus hospitales de referencia, con el objetivo de facilitar la atención a los pacientes, reduciendo los desplazamientos necesarios a nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Evitar un número de desplazamientos de los pacientes a nuestro hospital, para su seguimiento en UEAS.

? Disponer de un especialista de referencia en sus hospitales de origen.

? Programar visitas periódicas en los hospitales de origen y 1-2 visitas anuales en la UEAS para los pacientes con EAS de otras áreas de salud.

? Mantener un contacto fluido entre la UEAS y los servicios de Medicina Interna de los otros hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón, mediante e-mail y teléfono.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Identificación de pacientes susceptibles de seguimiento coordinado en hospitales de otros sectores de salud (lista de colaboradores inscritos en el equipo de mejora).

- Recepción de datos de pacientes enviados para de seguimiento coordinado en UEAS (ATS Dolores Pamplona).
- Selección de pacientes de UEAS susceptibles de seguimiento coordinado en sus hospitales de origen (Dr. Sáez Comet).
- "Primera Visita" de valoración de pacientes (Dres. Velilla Marco, Sáez Comet y Pérez Conesa).
- Envío de informes y de propuesta de seguimiento de coordinado (Dres. Velilla Marco, Sáez Comet y Pérez Conesa).
- Seguimiento periódico en sus hospitales de origen (lista de colaboradores inscritos en el equipo de mejora).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Incluir al 50% de los pacientes de fuera de nuestra área de salud, enviados a valoración por UEAS en el año 2011, en el programa de seguimiento coordinado.

- Ofrecer al 50% de los pacientes "fuera de área" en seguimiento por la UEAS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

328

IMPLANTACION DE LA ECOCARDIOGRAFIA FETAL DE SCREENING EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA A CARGO DE LA SECCION DE ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL

2. RESPONSABLE PILAR PEREZ PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PALACIOS LAZARO MARTA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA/SECCION ECOGRAFIA OBSTETRI
- GARCIA DE LA CALZADA DOLORES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA PEDIATRICA
- SALAZAR MENA JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA PEDIATRICA
- CARROBLES MEDINA CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA
- DEL POZO FERRERON ALICIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA OBSTETRICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. • Actualmente toda la ecocardiografía fetal es asumida por los cardiólogos infantiles, siendo informados como normales un gran número de ecocardiogramas de screening.

• La petición del ecocardiograma únicamente se puede realizar desde el Hospital Miguel Servet (Sección de Ecografía Obstétrica y Diagnóstico Prenatal y Consulta de Alto Riesgo Obstétrico), no pudiendo tener acceso a esta prueba los tocólogos de los ambulatorios pertenecientes al área.

• La realización de un ecocordio-doppler fetal precoz (semana 12-16 de embarazo) para screening de cardiopatías congénitas en pacientes de riesgo supone tranquilidad temprana a pacientes con antecedentes previos o sospechar una cardiopatía fetal y comenzar su estudio/seguimiento antes de la ecografía morfológica (semana 20).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Implantación de la ecocardiografía precoz (semana 12-16 de embarazo) en la sección de ecografía obstétrica y diagnóstico prenatal del HUMS y sentar sus indicaciones desde la ecografía y screening de primer trimestre.

• Implantación de ecocardiografía fetal de screening y seguimiento en pacientes con antecedentes previos de cardiopatía o con factores de riesgo para presentarla.

• Acercamiento de la sección a los tocólogos de los ambulatorios al tener acceso para solicitar dicha prueba.

• GARANTIZAR LA CONTINUIDAD en la atención a la paciente susceptible de presentar una cardiopatía congénita fundamentalmente aquellas en la que se confirma el diagnóstico durante la gestación. Dicha atención será compartida con las secciones de Alto Riesgo Obstétrico y con cardiología pediátrica hasta el nacimiento y ulterior control/tratamiento del recién nacido. La continuidad asistencial a la gestante y al recién nacido es básica para conocer nuestros resultados y así plantear nuevos objetivos y tener datos propios para informar a los padres sobre el pronóstico de las cardiopatías y nuestra capacidad diagnóstica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reunión conjunta con cardiología infantil para establecer protocolos e indicaciones de la prueba así como elaboración de informes y manejo de tablas comunes.

• Formación de dos F.E.A. de la sección de Ecografía obstétrica en el servicio de Cardiología Infantil para adquirir los conocimientos necesarios de dicha técnica.

• Asistencia obligada a cursos de formación en ecocardiografía fetal avanzada impartida por centros y profesionales de reconocido prestigio.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 328

IMPLANTACION DE LA ECOCARDIOGRAFIA FETAL DE SCREENING EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA A CARGO DE LA SECCION DE ECOGRAFIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Indicador 1: Asumir la ecocardiografía de screening (incluida la precoz) del HUMS en pacientes de riesgo. Objetivo: 100%

• Indicador 2: Seguimiento junto con la sección de cardiología pediátrica todos los casos de cardiopatía congénita. Objetivo: 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Abril-Septiembre 2011:

oFormación en ecocardiografía fetal con la sección de Cardiología Infantil del HUMS.

•Último trimestre 2011:

oInicio realización ecocardiogramas fetales de screening en la sección de ecografía obstétrica y Diagnóstico Prenatal del HUMS.

•Último semestre 2011:

oAsistencia al curso de ecocardiografía fetal avanzado en el Hospital Doce de Octubre de Madrid dirigido por el Dr. Galindo.

•Primer semestre 2012:

oAsistencia al curso de ecocardiografía fetal avanzado en el Hospital Clinic de Barcelona.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *Financiación para asistencia de dos personas al curso de ecocardiografía	1.600 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES. *Financiación para asistencia de dos personas al curso de ecocardiografía fetal avanzado que se impartirá en el primer semestre del 2012 en el Hospital Clinic de Barcelona.

•La implantación de esta técnica a cargo de dos obstetras de la sección de ecografía obstétrica lleva inherente la formación obligada en colaboración con el servicio de cardiología infantil del hospital y la asistencia inexcusable a cursos de reconocido aprovechamiento impartido por especialistas de renombre nacional e internacional en la materia.

• Se realizará junto con cardiología infantil el estudio y seguimiento de casos de cardiopatía fetal así como la información del pronóstico y posibilidades quirúrgicas/calidad de vida.

• Este proyecto pretende formar a dos especialistas en ecocardiografía fetal para cribar los fetos normales de los que no lo son.

• Se realiza de manera obligadamente conjunta con la sección de cardiología infantil, que serán siempre nuestro referente ante la patología cardíaca fetal.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 390

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS / PROTOCOLO DE CONTENCIÓN

2. RESPONSABLE ALFONSO PEREZ POZA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRÍA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALVAREZ MARRODAN IGNACIO. MIR. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
 - BONET LACADENA DOLORES. PSICOLOGA. U.S.MARIA CASABLANCA. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
 - ESCUDERO GONZALEZ ALMUDENA. PIR. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
 - EL-KHATIB VAZQUEZ MARIAM. PSIQUIATRA. H . U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
 - CORBERA ALMAJANO MANUEL. PSIQUIATRA. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el seno del Grupo de Calidad del Servicio de Psiquiatría del H.U.M.S. y mediante Grupo Nominal se detectaron problemas susceptibles de establecer Línea de Mejora. A través de una matriz decisional de criterios múltiples establecimos la protocolización del manejo del paciente psiquiátrico en el Servicio de Urgencias como una de las Líneas de Mejora prioritarias. Los profesionales implicados, en base a nuestra experiencia diaria y a la información recogida en el Libro de Incidencias de la Guardia, planteamos que se producían frecuentes dificultades en el manejo de los pacientes con este perfil, con dificultad para mantener unos criterios unificados entre profesionales de ambos servicios (Urgencias y Psiquiatría) e incluso entre profesionales del mismo Servicio de Psiquiatría, todo ello con perjuicio para los numerosos pacientes a valorar (en forma de alargamiento de los tiempos de atención, con bloqueo de los boxes de Urgencias, estigmatización del paciente, etc.). Usando un diagrama de Ishikawa encontramos causas posibles en referencia, sobre todo, a los profesionales, organización, estructura y clientes, a la mayoría de las cuales se les podían encontrar soluciones factibles con nuestros medios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos planteamos como objetivos factibles:

- Listado de psicofármacos necesarios en el Servicio de Urgencias.
- Mejora del triaje del paciente de Salud Mental.
- Cumplimiento del Protocolo de Contención en los casos en que se precise, con elaboración de plantilla de valoración.
- Espacio adecuado de observación para pacientes de Salud Mental.
- Normalización de la Sesión Clínica al comienzo de la jornada (Pase de guardia), con la presencia del equipo entrante y saliente, FEA de UCE, MIR y rotaciones.
- Procedimiento protocolizado para la atención de pacientes con Autorización Judicial y comunicación con Juzgados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se prevén las siguientes actividades conducentes a la consecución de los resultados descritos:

- Reunión con los responsables de Calidad del Servicio de Urgencias.
- Elaboración del listado de psicofármacos de obligada disposición en Urgencias.
- Reunión con el Servicio de Urgencias para mejora de triaje y especificación de la patología.
- Instauración del Protocolo de Contención Mecánica.
- Modelo de cambio de guardias y sesión clínica de atención en crisis.
- Mejora del listado de incidencias y de su comunicación.
- Presentación de los resultados de Urgencia en la reunión de Calidad.
- Presentación de los resultados del equipo de urgencias en reunión estructural.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

390

PROTOCOLO DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS / PROTOCOLO DE CONTENCIÓN

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentajes de cumplimiento de lista de fármacos mayor o igual al 90%. Se evaluará a través de recogida de datos sobre la presencia de los psicofármacos en la farmacia de Urgencias cada tres meses.
- Porcentaje menor al 50% del epígrafe "Trastorno mental no especificado" en el triaje. Se recogerán datos desde el programa PCH de historia clínica en Urgencias.
- Cumplimentación del facultativo de plantilla de valoración del protocolo de contención y evaluación del proceso. Realizado por los miembros de la Línea de Calidad correspondiente.
Evaluación del proceso mediante encuestas de satisfacción.
Porcentaje de cumplimiento de la sesión clínica mayor del 90%,
Evaluación de las solicitudes de autorización

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se preve el siguiente cronograma:
* Constitución del grupo de mejora de urgencias: febrero 2011.
* Elaboración de objetivos: marzo 2011.
* Reunión con Urgencias para listado de fármacos: marzo 2011.
* Reunión con triaje de Urgencias: abril 2011.
* Puesta en marcha de los indicadores: mayo 2011.
* Primera evaluación: junio-agosto 2011.
* Segunda evaluación: septiembre-noviembre 2011.
* Presentación de resultados en reunión de Calidad: diciembre 2011.
* Presentación de resultados en reunión estructural del Servicio de Psiquiatría: diciembre 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fotocopiadora	600 €
· Material fungible (papelería, encuadernación... ..)	150 €
Total	750 €

11. OBSERVACIONES. El presupuesto que hemos elaborado podría superponerse, en cuanto a parte del material previsto (fotocopiadora), con otras Líneas de Mejora del Servicio que también precisan de dicho material, pudiendo así hacer común dicho gasto.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 545

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES CON EPOC QUE COMIENZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

2. RESPONSABLE ANA PEÑA GIMENEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERRERO LABARGA INES. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE NEUMOLOGIA
- HERRAEZ BERNAL MARIA CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO RHB
- MERCADO RUS MARISE. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Sº RHB
- DIEZ ALONSO ISABEL. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Sº RHB

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es uno de los procesos patológicos de mayor prevalencia en el mundo occidental. En España se estima que afecta a un 9% de las personas con más de 40 años y a un 20% de las mayores de 65 años. Su relación causal con el consumo de tabaco es indudable y directa, por lo que cabe esperar que su frecuencia se incremente aún más en la próxima década. Las repercusiones laborales, sanitarias y socioeconómicas de la EPOC son muy importantes y sus consecuencias, por la incapacidad y la morbimortalidad que conlleva, también son muy significativas. Estas razones, entre otras muchas, convierten la EPOC en un auténtico problema de salud pública.

Rehabilitación Respiratoria: Los programas multidisciplinarios, que incluyen la fisioterapia, el entrenamiento muscular, el tratamiento nutricional, la psicoterapia y la educación sanitaria, mejoran la capacidad de ejercicio y la calidad de vida de los pacientes con una EPOC.

Educación sanitaria: Pretende enseñar los conceptos y habilidades necesarios para mejorar el conocimiento y control de la enfermedad (información sobre la enfermedad, técnica de inhalación, consejo antitabaco, dieta y ejercicio, vacunaciones antigripal y antineumocócica); no sólo se debe entender como transmisión de conocimientos sino como una estrategia para conseguir la participación activa del paciente en el cuidado de su enfermedad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de la capacidad de adaptación y manejo de la enfermedad, mejora de la calidad de vida. Medidos con test de capacidad funcional y calidad de vida relacionados con la salud (CVRS) específicos y genéricos (CRDQ, SGRQ, SF-36)
Optimizar los recursos humanos y materiales disponibles y mejorar la calidad de asistencial al paciente con EPOC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Bases de la estrategia educativa:

Información sobre la enfermedad, anatomía y fisiopatología.

Información sobre la RHB: objetivos tratamientos, pautas domiciliarias, fisioterapia.

Consejos deshabitación tabáquica.

Técnicas de ahorro de energía.

Técnicas de relajación.

Instrucción de habilidades: Uso correcto de la medicación inhalada, plan de actuación en exacerbaciones, manejo de la oxigenoterapia, etc.

Equipo inter/ multidisciplinar: Médico Rehabilitadora, Neumóloga, Fisioterapeutas y Enfermera.

Procedimiento: charlas periódicas interactivas en grupos de tratamiento reducidos con soporte digital, talleres prácticos, entrega de material gráfico (tríptico informativo). Se realizarán en grupos de tratamiento, se reevalúa al paciente al mes, tres y seis meses de terminar el tratamiento de RHB respiratoria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A) N° de pacientes informados al iniciar el programa de RHB Respiratoria.

B) Satisfacción del paciente/familia, con la información recibida, medida mediante escala de satisfacción.

C) Satisfacción de los profesionales de los Servicios, con la información recibida, medida mediante escala de satisfacción.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

545

MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES CON EPOC QUE COMIENZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Educación sanitaria en cada grupo de tratamiento al comenzar el mismo, talleres prácticos de manejo de fármacos. Los grupos tienen una periodicidad de aproximadamente 2 meses de duración de tratamiento, posteriormente se da información de recuerdo en consulta médica de revisión y consulta de enfermería. Fecha de inicio : Marzo -abril 2011 finalización: Marzo- abril 2012. En dependencia de resultados implantación definitiva como parte del tratamiento. Valoración de resultados con encuesta de satisfacción a pacientes marzo 2012
Reevaluación del material de informativo abril 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 005

LA SEGURIDAD "ELECTRICA" DEL PACIENTE EN DETERMINADAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

2. RESPONSABLE ALVARO PIÑERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOLZ ZAERA ISABEL. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· VALDIZAN USON JOSE RAMON. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad no es una certeza absoluta al depender de muchos factores. En los equipos medicos dependera de la funcion de equipo, condiciones que lo rodean y sobre todo del como se emplee. Todos los riesgos por circulacion de corrientes de fallo o de fuga al circular por el cuerpo humano pueden producir electrocucion por fibrilacion ventricular, consistente en un movimiento anarquico del corazon, que deja de enviar sangre a los distintos organos , en lugar de producirse una sola pulsacion a diferente tiempo en los ventriculos, es posible que varios impulsos se originen al mismo tiempo en diferentes lugares (taquicardia irregular polimorfica), todos ellos estimulando a la vez al corazon. Por consecuencia, se producen latidos mucho mas rapidos y desordenados que pueden alcanzar los 300 latidos por minuto, la tension arterial experimenta una oscilacion e inmediatamente decrece, en cuestion de un segundo hacia valores mortales. En las exploraciones electromiograficas-electroneurograficas, primero se informara al paciente de las características de la prueba, despues se procedera a la colocacion del electrodo de tierra y los electrodos de la exploracion correspondiente. Por tanto, hay que valorar:

- 1º La necesidad de incrementar la seguridad eléctrica del paciente
- 2º La evaluación anual de dichas medidas
- 3º La formación permanente del personal del servicio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1º El personal del Servicio posee información de las medidas a adoptar en cuanto la seguridad del paciente.
2º Durante el periodo anterior no han existiedo problemas de seguridad

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º Actualización de las medidas
2º Elaboración de test sobre supuestos fallos/probelmas de seguridad electrica que pueden aparecer

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º Encuesta de satisfacción del paciente en cuanto la seguridad
2º Cuestionario de seguimiento diario a elaborar por el personal auxiliar

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º Mediante tabla de Liket en donde 0 es ausencia de riesgo y 3 riesgo que afecte la seguridad del paciente o personal

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Mayo de 2011 y finalización en Noviembre de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. Ninguna duda . Encuesta bien orientada

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

373

DESARROLLO DE DOS GUIAS DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A TRASPLANTE CARDIACO: CUIDADOS PREOPERATORIOS Y EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ

2. RESPONSABLE ANA PORTOLES OCAMPO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AURED GUALLAR MARIA CARMEN. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- GUILLEN MARZO MARTA. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- SANCHEZ INSA ESTHER. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- MARTIN TELLO PURIFICACION. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- MORENO AMBROJ CRISTINA. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- LOPEZ RAMON MARTA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- OLORIZ SANJUAN TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trasplante cardiaco es una de las alternativas terapéuticas para pacientes con insuficiencia cardiaca terminal. En España, esta terapia se inició en 1984, y en Zaragoza, el programa de trasplante cardiaco del Hospital Universitario Miguel Servet comenzó en el año 2000. En nuestro centro se realizan unos diez trasplantes cardiacos por año.

Así, desde entonces y hasta la fecha actual, se han llevado a cabo 101 trasplantes cardiacos por un equipo multidisciplinar formado por Cardiología, Cirugía Cardiaca, Anestesiología, Unidad de cuidados intensivos, Anatomía Patológica, Microbiología y la enfermería correspondiente.

Es labor de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de Cardiología formada por médicos, una enfermera y una auxiliar:

- La valoración del paciente candidato al trasplante.
- La selección y preparación del receptor más adecuado cuando se dispone de un órgano.
- La colaboración con la Unidad de Cuidados Intensivos en el postoperatorio inmediato.
- El seguimiento del postoperatorio tardío en hospitalización hasta el momento del alta hospitalaria.
- Las revisiones periódicas a lo largo de la vida del paciente para prevenir complicaciones, y mejorar su calidad de vida.

El trasplante cardiaco es una intervención especial, no sólo por la carga emocional que conlleva sino también por los cuidados y medidas que el paciente y su entorno más cercano deben seguir una vez en domicilio.

Durante los primeros meses tras el trasplante cardiaco, es necesario mantener unas medidas higiénicas estrictas en la dieta para reducir al mínimo los gérmenes en los alimentos, así como en la higiene general y bucal, al ser pacientes inmunodeprimidos con riesgo elevado de infecciones. Los inmunosupresores son fármacos con múltiples efectos adversos, lo que genera preocupación en los pacientes, pudiendo interferir en la adecuada adherencia al tratamiento. Una adecuada información de los mismos, ayudaría a mejorar el cumplimiento terapéutico y el conocimiento de las posibles complicaciones del tratamiento, permitiría identificarlas y tratarlas de forma precoz.

Así mismo, a partir del alta y, sobre todo, en los primeros 6 meses, hay que realizar un seguimiento estrecho de la situación clínica del paciente, y de los niveles de inmunosupresión, con frecuentes cambios en el tratamiento y con la realización periódica de cateterismo cardiaco y biopsia miocárdica, para valorar el estado hemodinámico del paciente, el árbol coronario del nuevo corazón y el grado de rechazo y eficacia del tratamiento inmunosupresor.

Además, hay que dar pautas a los pacientes sobre cuáles son los "signos de alarma" ante los que deben consultar con la Unidad de Trasplante, por suponer un riesgo potencialmente grave en el contexto de su inmunosupresión. También es recomendable, informar sobre la realización de ejercicio físico y dieta cardiosaludable ya que se han relacionado con una menor progresión de la enfermedad vascular del injerto.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

373

DESARROLLO DE DOS GUIAS DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A TRASPLANTE CARDIACO: CUIDADOS PREOPERATORIOS Y EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ

Desde el inicio del programa en el año 2000, el personal de la unidad, proporciona información verbal individualizada al paciente y a la familia sobre todos estos aspectos, incluyendo las medidas de prevención durante el tiempo de hospitalización (aumentando de esta manera la base de sus conocimientos). No obstante, consideramos que esta información es insuficiente, ya que la ansiedad durante la hospitalización dificulta el aprendizaje y el grado de inseguridad del paciente aumenta. Esto se ve reflejado en un incremento de las consultas en las primeras semanas tras el trasplante, lo que supone un aumento de la carga asistencial, ya habitualmente elevada.

Por todo ello, consideramos que suministrar información escrita como complemento del proceso de enseñanza-aprendizaje ayudará al paciente a afrontar con más confianza esta nueva etapa, ayudando a disminuir las complicaciones infecciosas y a mejorar la adherencia al tratamiento.

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 tras el trasplante cardiaco, intentando cubrir las necesidades del paciente y la familia en todas sus áreas, utilizando la educación sanitaria como herramienta para facilitar los conocimientos necesarios que garanticen la independencia del paciente en su domicilio y permitan la detección precoz de las complicaciones.

La educación sanitaria es una tarea ardua, porque supone la intervención directa sobre la forma de vida del paciente, en la que interfieren sus valores y creencias personales, por lo que la utilización de sistemas de soporte como esta guía de cuidados, constituye una buena estrategia para motivar la aceptación de los cambios de hábitos.

En resumen, los objetivos principales de nuestro proyecto son

- Proporcionar al paciente y su familia una adecuada información acerca de las medidas higiénicas generales necesarias en pacientes inmunodeprimidos.
- Aportar al paciente pautas de estilo de vida y una dieta cardiovascular saludable importante en todo paciente cardiaco y también relacionado con disminución de la progresión de la enfermedad vascular del injerto
- Mejorar la adherencia al tratamiento gracias al adecuado conocimiento de las pautas del mismo.
- Ayudar a reconocer los efectos secundarios más comunes de los fármacos inmunosupresores, lo que nos permitirá identificar y tratar a tiempo el problema.
- Dar a conocer al paciente en qué va a consistir el seguimiento, las pruebas y los ingresos que van a ser necesarios.
- Ayudar a identificar situaciones de riesgo por las que deban de ponerse en contacto con el personal de la Unidad
- Mejorar el grado de satisfacción del paciente y sus familiares.
- Reevaluar esta iniciativa mediante monitorización de resultados con una breve encuesta realizada al paciente al mes del trasplante y mejorarla con la opinión del resto de los pacientes trasplantados previamente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para cumplir todos estos objetivos se va a crear una guía, basada en la 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. Qué es y que supone el estado de inmunosupresión.

Información acerca del estado de inmunosupresión y los riesgos que conlleva de infecciones, tumores, etc. sobre todo en el primer año post trasplante.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

373

DESARROLLO DE DOS GUIAS DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A TRASPLANTE CARDIACO: CUIDADOS PREOPERATORIOS Y EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ

2. Higiene dietética y dieta saludable

Información del cuidado específico de la higiene alimentaria y tipos de alimentos no recomendados en los primeros meses post trasplante, así como una pauta de alimentación cardiosaludable.

3. Hábitos de vida diaria.

Recomendaciones sobre la higiene general y bucal, realización de ejercicio físico y actividades de la vida diaria, así como, ingesta habitual y ocasional de bebidas alcohólicas

4. Medidas de prevención.

Identificación de vacunas recomendadas y utilización de cremas solares ante el incremento de tumores cutáneos con la inmunosupresión.

5. Tratamiento farmacológico.

Breve explicación del tipo de los principales fármacos inmunosupresores utilizados en el trasplante cardiaco, normas para su correcta administración y efectos adversos más comunes

6. Seguimiento.

Explicar el tipo de revisiones y la periodicidad con la que se realizan, así como las principales pruebas complementarias que van a ser necesarias.

7. Situaciones de alarma:

Identificación y comunicación con el centro de referencia ante situaciones de riesgo.

La guía se entregará los días previos al alta, una vez que el paciente esté clínicamente estable. Con la guía impresa el paciente tiene la posibilidad de leer detenidamente la información, con lo que previo al alta podremos resolver las dudas que puedan surgir.

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 una encuesta de satisfacción al mes del trasplante que incluye preguntas como:

- ¿Le ha resultado útil/interesante la guía entregada?
- ¿Le ha ayudado a conocer mejor cómo preparar su domicilio y cómo actuar e interrelacionarse con los demás en las primeras semanas tras el trasplante?
- ¿Se siente confiado en poder reconocer efectos adversos de las medicaciones y las situaciones por las que debería consultar con el médico?
- ¿Cree que el lenguaje que se utiliza es fácilmente comprensible?
- ¿La recomendaría a otros pacientes?
- ¿Qué aspectos mejoraría usted?

2. La segunda medida consiste en entregar la guía y la encuesta a todos aquellos pacientes trasplantados de corazón previamente que quieran colaborar en la elaboración de esta guía, con el fin de que resulte práctica, interesante, y comprensible desde su experiencia.
Se llevará a cabo a través de la Asociación Aragonesa de Trasplantados de Corazón Virgen del Pilar.

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, al menos, un año, prorrogable en tanto en cuanto resulte útil o eficaz.
Por lo tanto, a partir de Junio de 2011, podríamos comenzar a repartir las guías a los pacientes que se sometan a un trasplante cardiaco y a los que se haya realizado recientemente.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 373

DESARROLLO DE DOS GUIAS DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A TRASPLANTE CARDIACO: CUIDADOS PREOPERATORIOS Y EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ

· IMPRESION EN COLOR DE LAS GUÍAS	100 €
Total	100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR UNIFICAR CON 385

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

671

PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO DE EXTRAVASACION EN HOSPITAL DE DIA (HDD) DE ONCOLOGIA MEDICA

2. RESPONSABLE TERESA PUERTOLAS HERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ CARLOS. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ONCOLOGIA HOSPITAL DE DIA
- PEREZ ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ONCOLOGIA HOSPITAL DE DIA
- MAINAR PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ONCOLOGIA MEDICA HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro del Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Oncología Médica hemos detectado una serie de oportunidades de mejora. De todas ellas hemos priorizado el conocer el número de extravasaciones secundarias al tratamiento QT.

En primer lugar realizaremos un análisis del problema, identificando las posibles causas mediante una tormenta de ideas. Posteriormente las clasificaremos y construiremos un diagrama de espina de pescado. Con todo ello elaboraremos unos criterios e indicadores. El estándar lo estableceremos a partir de las incidencias que se anotan en un cuaderno, aunque esos datos pueden estar sesgados, ya que no está establecido que se deban recoger todas las extravasaciones ocurridas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados a conseguir:

- Conocer los datos "reales" que existen de extravasaciones secundarias al tratamiento
- Conocer las repercusiones producidas por las extravasaciones (dolor, fibrosis, etc)
- Identificar las posibles causas de la variabilidad de las extravasaciones para establecer medidas correctoras cuando sea factible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se creará una ficha de recogida de datos, que incluirá los datos de identificación del paciente, el fármaco con el que ha ocurrido la extravasación, el día y la hora a la que ha ocurrido, enfermera responsable del paciente, tratamiento y medidas adoptadas, tiempo en que se ha solucionado el problema y secuelas. Entre las secuelas permanentes secundarias a la extravasación se consideraran la fibrosis, dolor, dificultad en la movilidad, etc

ACTIVIDADES Y RESPONSABLES:

- 1.- Elaborar una ficha de recogida de datos de los pacientes que hayan sufrido una extravasación. RESPONSABLE: Carlos López y Teresa Puértolas
- 2.- Dar a conocer a todo el personal de HDD (médicos, enfermeras y auxiliares) el protocolo y la ficha de recogida de datos. Establecer quién debe cumplimentar la ficha. RESPONSABLE: Todo el grupo
- 3.- Implantación: notificación del efecto no deseado. RESPONSABLE: Todo el servicio
- 4.- Recogida de datos: codificación de las variables. RESPONSABLE: Pilar Mainar, Isable Pérez y Teresa Puértolas
- 5.- Evaluación y medición de indicadores. RESPONSABLE: Pilar Mainar, Isable Pérez y Teresa Puértolas
- 6.- Nuevas oportunidades de mejora. RESPONSABLE: Todo el grupo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

368

FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO: INTEGRACION DEL CONSENTIMIENTO DE USO EN INDICACIONES NO APROBADAS DENTRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL Y PROTOCOLIZACION DE SU USO

2. RESPONSABLE MARIA PUERTOLAS ORTEGA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HUARTEL LACUNZA RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- LUCIA CUESTA JOSE FELIX. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
- MONTES LIMON ANEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- VALLEJO GIL JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA
- TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA
- BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La utilización de fármacos en condiciones diferentes a las establecidas en ficha técnica viene regulada legalmente por el RD 1015/2009 de 19 de Junio. El Capítulo III de este real decreto establece que el acceso a medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica tendrá carácter excepcional, debiendo estar justificada convenientemente la necesidad de su uso en la historia clínica por el médico responsable y debiendo respetarse, en su caso, tanto las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento como el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario que lo solicite. El departamento de Salud del Gobierno de Aragón adaptó posteriormente este Decreto, regulando el uso fuera de indicación en nuestra Comunidad.

En el caso del factor VII recombinante activado (rFVIIa) , la ficha técnica establece como indicaciones aprobadas en nuestro país la Hemofilia con inhibidor, Hemofilia adquirida, Déficit de factor VII congénito y Trombastenia de Glanzmann refractario a transfusión de plaquetas. Sin embargo, existen evidencias científicas que avalan el uso de esta fármaco en la práctica clínica habitual en otras indicaciones diferentes como son: politraumatismo severo con hemorragia masiva y/o persistente; hemorragia postparto incontrolable; postoperatorio de cirugía hepática o trasplante hepático, con hemorragia incontrolable; postoperatorio de prostatectomía con hemorragia incontrolable; postoperatorio de cirugía extracorpórea con hemorragia incontrolable, persistente tras al menos una revisión quirúrgica; paciente con trombopatía refractara a transfusión de plaquetas y sangrado icnontrolable; paciente testigo de Jehová co hemorragia incontrolable después de usar las medidas convencionales; y paciente cirrótico Chil-Pugh B o C con sangrado por varices esofágicas o gástricas.

Al tratarse éstas de condiciones diferentes a las descritas en ficha técnica y siguiendo las instrucciones emitidas por el departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, para su utilización debe realizarse una petición individualizada por paciente. Esta petición debe ser llevada a cabo por el médico responsable, con carácter previo a la validación y aprobación del tratamiento, incluyendo un informe que justifique su uso, obteniendo el consentimiento informado por escrito del paciente o de su representante legal, cumplimentando la solicitud de autorización de la Dirección del Hospital y enviando una copia todo ello al Servicio de Farmacia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Las circunstancias en que se administra el fármaco, en pacientes en situación grave, bajo anestesia general y en los que se debe actuar con celeridad y en una situación que supone un riesgo vital, hace prácticamente imposible la obtención del consentimiento informado, por supuesto por el paciente, pero también por la familia. Por ello planteamos la necesidad de poder incluir la autorización por parte del paciente y/o su representante legal para la administración del rFVIIa en las situaciones citadas dentro del consentimiento informado para la anestesia general, pudiendo así acortar los trámites para su solicitud en estas situaciones de urgencia. Por otra parte, proponemos la elaboración de un protocolo de utilización de este fármaco en diversas situaciones no aprobadas en ficha técnica, basándonos en

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 368

FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO: INTEGRACION DEL CONSENTIMIENTO DE USO EN INDICACIONES NO APROBADAS DENTRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL Y PROTOCOLIZACION DE SU USO

la mejor evidencia científica disponible y tratando de garantizar un uso eficaz y seguro, mejorando así la calidad en la atención al paciente y permitiendo simplificar los trámites y la colaboración entre los servicios de Farmacia, Hematología y Anestesia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento que utilizaríamos para llevar a cabo este proyecto consistiría en una revisión actualizada de las indicaciones del rFVIIa así como de los usos fuera de ficha técnica, con la colaboración interdisciplinaria entre los diferentes servicios implicados (Farmacia, Hematología y Anestesia) para poder llegar a un consenso y protocolizar su uso tratando de mejorar la atención a los pacientes que requieren la administración de este fármaco, así como la agilización de los trámites, mejorando así la asistencia y reduciendo la carga asistencial que suponen los trámites burocráticos individualizados por paciente, lo que podría repercutir en una mejor eficiencia en el uso de los recursos humanos de nuestro centro.

Además, se crearía una base de datos con el registro de todos aquellos pacientes que han requerido el rFVIIa en las indicaciones fuera de ficha técnica, para poder evaluar en un futuro y como prolongación de este proyecto, la eficacia y seguridad del uso del fármaco en dichas circunstancias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con la creación del registro de todos aquellos pacientes que requieren rFVIIa en situaciones diferentes a las incluidas en ficha técnica, se pretende monitorizar, el porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca (programada o urgente) que requieren la administración de este fármaco, tiempo pasado desde la solicitud del mismo hasta su administración, tiempo destinado a los trámites para su solicitud, así como plantear variables de morbi-mortalidad asociadas a su uso para un futuro proyecto de evaluación de eficacia y seguridad. Se incluirá también la valoración por parte de os servicios de Hematología, Farmacia y Anestesia de los trámites a realizar. Otro indicador a valorar sería la opinión del paciente y/o familiares acerca de informarles de forma previa a la cirugía y/o en el momento de administración del rFVIIa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio el 1 de abril de 2011 y evaluación del proyecto el 1 de abril de 2012.

Cronograma:

- Revisión bibliográfica, del 1 de abril al 1 de mayo.
- Realización del programa informático para registro de los pacientes, del 1 de mayo al 1 de junio.
- Coordinación interdisciplinaria y/o discusión de la revisión bibliográfica y de la hoja de registro, del 1 de junio al 1 de julio.
- Remisión del protocolo de utilización a la CEMA (Comisión de Evaluación de Medicamentos de Aragón) para su aprobación.
- Introducción de cambios necesario, hasta el 15 de julio.
- Aplicación del registro, del 15 de julio de 2011 al 15 de enero de 2012.
- Evaluación de resultados, del 15 de enero de 2012 al 15 de febrero de 2012.
- Creación del nuevo consentimiento de anestesia general, del 15 de febrero al 1 de marzo de 2012.
- Consenso con resto de servicios.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material documentación	80 €
· Comunicación	50 €
Total	130 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

435

PROGRAMA DE EVALUACION VISUAL EN NIÑOS PREVERBALES

2. RESPONSABLE VICTORIA PUEYO ROYO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRER NOVELLA CONCEPCION. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- GONZALEZ VIEJO IMMACULADA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- DE LA MATA PEREZ GUILLERMO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los déficits visuales en la infancia precoz suponen un problema importante para la calidad de vida de los niños y afectan a diversos especialistas (pediatras, oftalmólogos,...) y terapeutas, que trabajan con el niño. En la actualidad se realiza una completa valoración en la Unidad de Oftalmología pediátrica del Hospital Miguel Servet. Sin embargo, sería deseable establecer protocolos de exploración comunes y mejorar las vías de comunicación entre especialistas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos mejorar el protocolo de exploración para niños en edad preverbal, incorporando al mismo una encuesta cumplimentable por los padres o tutores de los niños, que proporcione una visión más global de la función visual del niño.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Todos los integrantes del proyecto participarán en cada una de las actividades.

- Desarrollo de una encuesta relativa a la función visual de los niños cumplimentable por los padres.
- Desarrollo de un protocolo de exploración uniforme para niños en edad preverbal.
- Aplicación de la encuesta y el protocolo en nuestra población.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de niños en edad preverbal con sospecha de déficit visual a los que se aplica la encuesta y el protocolo exploratorio.

- Porcentaje de niños en edad preverbal con déficit visual a los que se proporciona un informe completo dirigido a los diferentes especialistas y terapeutas interesados en la función visual del niño.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: Junio de 2011.

-Junio-Julio de 2011: Diseño de la encuesta y desarrollo del protocolo exploratorio.

-Agosto-Septiembre de 2011: Aplicación del protocolo.

-Octubre de 2011: Reevaluación del funcionamiento y modificaciones oportunas.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· TESTS VISUALES	200 €
· ESCÁNER-FOTOCOPIADORA	150 €
Total	350 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

439

INSTAURACION DEL PROTOCOLO DE SEDACION ANESTESICA EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIAS, BRONCOSCOPIAS Y ECOENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS. ORGANIZACION DEL CIRCUITO PREOPERTORIO EN LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES (CHECK-LIST).

2. RESPONSABLE NATIVIDAD QUESADA GIMENO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ UBIETO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- PASCUAL BELLOSTA ANA. MEDICO. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- ORTEGA LUCEA SONIA. MEDICO. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS. MEDICO. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- ORTEGA ZAYAS MARIA ANGELES. MEDICO. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- PARDILLOS CALATAYUD I. CONCEPCION. MEDICO. HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente una de las facetas donde más están creciendo los servicios de Anestesia es en la anestesia en las áreas fuera de quirófano, ya que se está viendo que la inclusión de un anesthesiologo en estos equipos multidisciplinarios aporta una mayor seguridad y confort para los enfermos y unas mejores condiciones para la realización de la prueba con el consiguiente ahorro de tiempo con una mejora en la calidad de su realización; incluso evitando reprogramaciones de determinados enfermos a los que era imposible la realización de la prueba. En nuestro hospital actualmente, con un volumen de 5000 colonoscopias, 800 bronoscopias, 100 ecoendoscopias digestivas y 85 ecobronoscopias al año, los pacientes no son sedados salvo en caso seleccionados, por parte del Servicio de Anestesiología, hecho éste que contrasta con los diferentes hospitales a nivel nacional, en los que ésta práctica está extendida. Los Servicios con los que se colabora son los de Neumología y Digestología, fundamentalmente en la realización de colonoscopias, bronoscopias, ecoendoscopia digestiva y ecobroncoscopia. En otro apartado en el que incidiremos será en la evaluación anestésica de estos pacientes que se realizará mediante un check-list antes de la prueba. Con este sistema evitaremos a su vez la sobrecarga de la consulta de anestesia, ya de por sí numerosa, evitando esperas inoportunas a los enfermos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proporcionar confort y seguridad al paciente facilitando a la vez la colaboración e inmovilidad de este durante las diferentes técnicas exploratorias y terapéuticas.

Reducir el tiempo empleado en la realización de la técnica

Evitar reprogramaciones en exploraciones que no se completan por intolerancia

Evaluación preoperatoria de los enfermos mediante check-list sin necesidad de sobrecargar la consulta de preanestesia del Servicio de Anestesia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración de un tríptico de información a los pacientes que van a ser sometidos a ecobronoscopias y ecoendoscopias digestivas (Responsable: Javier Martinez Ubieto)

-Diseño y puesta en marcha del check-list específico preoperatorio para evitar el colapso de la consulta de preanestesia (Responsable: Ana Pascual Bellosta)

-Valoración por parte del anesthesiologo de los enfermos que superan el punto de corte del 10 del check-list. (Responsable: Sonia Ortega Lucea)

-Protocolización de la sedación en pruebas funcionales adaptado a la metodología del hospital y su aprobación por parte de la Comisión de Tecnología y posterior inclusión en intranet del Sector. (Responsable: Luis Muñoz Rodriguez y Jesus Gil Bona)

-Diseño de actuaciones en el Area de Recuperación Postanestésica y elaboración de criterios de alta de los pacientes. (Responsables: M. Angeles Ortega Zayas e

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 439

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL PROTOCOLO DE SEDACION ANESTESICA EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIAS, BRONCOSCOPIAS Y ECOENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS. ORGANIZACION DEL CIRCUITO PREOPERTORIO EN LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES (CHECK-LIST).

I. Concepción Pardillos Calatayud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes sedados/número de pacientes sometidos a prueba diagnóstica. Se realizará una evaluación independiente para los diferentes procesos diagnósticos para conseguir los siguientes estándares durante el año 2011:

- ecobroncoscopias: 95%
- ecoendoscopias digestivas: 95%
- broncoscopias: 30%
- colonoscopias: 30%

- Número de pacientes sometidos a check-list/número total de pacientes sedados. Para conseguir estándar durante el año 2011 del 50%
- Morbilidad registrada/número de pacientes sometidos a prueba diagnóstica.
- Encuesta de satisfacción de los pacientes incluidos en el proceso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Abril-Mayo 2011

Fecha de finalización: continúa en el 2012

Evaluación: Septiembre y Diciembre de 2011

- Elaboración de un tríptico de información: Abril-Mayo 2011
- Diseño y puesta en marcha del check-list: Abril-Mayo 2011
- Protocolización de la sedación en pruebas funcionales: Abril-Mayo 2011
- Diseño de actuaciones en el área de Recuperación Postanestésica: Abril-Mayo 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA PAGINA WEB INFORMATIVA SOBRE ANALGESIA OBSTETRICA PARA USUARIOS DEL SALUD PERTENECIENTES A LOS SECTORES I Y II

2. RESPONSABLE JOSE MARIA REMARTINEZ FERNANDEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALLEGO JAVIER. MATRON. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PARITORIOS
- SANCHEZ MARIA ANGELES. MATRONA. CS ROMAREDA (SEMINARIO).
- ROVIRA FLORES EVA. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TERAPIA
- BORQUE MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TERAPIA
- NAVARRO HERNANDO AUGUSTO. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TERAPIA
- VELA MARQUINA MARIA LUISA. TECNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". U.C.A.
- RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (PARITORIOS)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1.- Problema e importancia

El proceso del parto es probablemente el de mayor impacto al tratarse del más frecuente del HUMS (6.5% de Altas Hospitalarias y con mucho el GRD más frecuente) y el HUMS atiende cerca del 50% de los partos de la Comunidad Autónoma. Se ha detectado que la información que reclama la paciente y sus acompañantes no proviene siempre de los profesionales que van a atenderla en el centro hospitalario. Es frecuente el desconocimiento de los métodos analgésicos, de sus características y, en general, de las opciones a las que tiene acceso durante su estancia en el hospital.

El documento legal de "Consentimiento Informado" resume, de manera telegráfica, las características más importantes sobre la analgesia epidural. Su firma se realiza mayoritariamente una vez iniciado el proceso de parto, resultando este momento inadecuado para la transmisión de información y especialmente para la resolución de dudas.

La información a las gestantes sobre analgesia epidural que oferta nuestro servicio se basa actualmente en las charlas semanales que se imparten en nuestro centro; a estas charlas acuden remitidas por sus matronas de Atención Primaria dentro del "Programa de Preparación al Parto". La incompatibilidad de horarios laborales o el desconocimiento limitan su impacto real. El resto de vías de información siguen directrices no contrastadas ni evaluadas por el personal del hospital.

4.2.- Métodos de detección y priorización

El grupo de mejora de calidad de la Unidad Materno-Infantil del Servicio de Anestesiología ha detectado, mediante encuesta al personal (encuesta de situaciones mejorables), el problema de la falta de conocimientos de las gestantes relativos a la analgesia obstétrica. Las sugerencias expuestas y los datos de insatisfacción muestran además que la información errónea se obtuvo de fuentes diferentes a las propias de nuestro centro.

4.3.- Situación de partida

La información objetiva y veraz es un derecho de todo paciente y requisito legal que debe efectuarse con la necesaria antelación. En la actualidad el número de gestantes que tienen cumplimentado el CI para analgesia epidural antes del parto es mínimo (< 0.5%); si este dato lo equiparáramos a "gestantes informadas" podemos concluir que los conocimientos de las gestantes en el momento del parto son insuficientes cuando no erróneos y presenta un amplio margen de mejora, con una amplia variabilidad según área geográfica y Zona de Salud adscrita.

4.4.-Posibles causas

La analgesia epidural durante el parto es desde hace años una prestación optativa para las gestantes y uno de sus requisitos es la información adecuada. Los

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

DESARROLLO DE UNA PAGINA WEB INFORMATIVA SOBRE ANALGESIA OBSTETRICA PARA USUARIOS DEL SALUD PERTENECIENTES A LOS SECTORES I Y II

programas para homogeneizar la información que reciben las gestantes sobre analgesia obstétrica tanto en Atención Primaria (clases de preparación al parto), como en el ámbito Especializado (Servicios de Obstetricia y Anestesia) con vistas a la consecución de una elección y consentimiento informados adecuados no parecen suficientes, y se ha podido constatar que la coordinación es escasa entre estos servicios.

En este ambiente es fácil que surjan líneas de opinión y actitudes alejadas de lo meramente científico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Elaborar una página web de información sobre analgesia obstétrica de consenso entre los profesionales del proceso de atención a la paciente durante el parto, avanzando así en el continuo asistencial mediante la coordinación de servicios e integración de niveles. Cada uno de los participantes será el responsable de la difusión del mismo en su servicio.

2) Aumentar la presencia del Sector entre la población mediante la potenciación de las T.I.C.s., incrementando los contenidos del portal institucional(www.sectorzaragozados.es). Ofrecer una herramienta de consulta útil para los profesionales implicados en esta área gracias a su versión en intranet.

3) Mostrar de manera transparente las opciones que el Hospital Materno-Infantil ofrece a sus usuarios, dándoles la oportunidad de mejorar su satisfacción por optimización de la información, y adecuación y modulación de sus expectativas.

4) Difundir los conocimientos de analgesia durante el parto mejorando de la educación sanitaria de las gestantes potenciando la responsabilidad y la autonomía de los ciudadanos sobre la salud.

5) Oportunidad de mejorar uno de los procesos asistenciales más frecuentes en nuestro centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Creación del grupo de trabajo de desarrollo del programa con personal del Servicio de Anestesiología y Reanimación, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Matronas de Atención Primaria y Matronas del H.U.M.S.
(Dr. Remartínez)

2.- Elaboración de borrador de los contenidos de la página web de información para gestantes.
(Dr. Navarro y Dr. Remartínez)

3.- Edición de la página web, en sección pacientes y en sección profesionales (intranet).
(Dra. Vela)

4.- Difusión de la página web entre los profesionales del sector implicados, para que puedan orientar a las gestantes hacia esa fuente de información.

4.1.- Charla de información a Matronas de H.U.M.S.

(Sr. Gallego)

4.2.- Charla de información a Matronas de Primaria.

(Sra. Sánchez)

4.3.- Charla de información a Obstetras.

(Dra. Rodríguez)

4.4.- Difusión revistas del Sector y medios de difusión general.

(Dra. Vela)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

DESARROLLO DE UNA PAGINA WEB INFORMATIVA SOBRE ANALGESIA OBSTETRICA PARA USUARIOS DEL SALUD PERTENECIENTES A LOS SECTORES I Y II

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo 1:

Elaborar una página Web de información sobre analgesia obstétrica de consenso entre los profesionales.

Indicador: ejecución sí/no.

Objetivo 2011: sí.

Objetivo 2:

Aumentar la presencia del Sector entre la población mediante la potenciación de las T.I.C.s. Indicador 1: registro de visitas que ha recibido la página web, tanto en la sección usuarios como en la de profesionales (intranet).

Fuente: contador en página web.

Objetivo 2011: n.d.

Indicador 2: porcentaje de púerperas que han visitado el portal.

Fuente: Encuesta de Satisfacción Postparto de realización periódica.

Objetivo 2011: n.d.

Evaluación: anual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1/04/2011

Fecha de finalización: 1/04/2012

Creación del grupo de trabajo: abril 2011

Aprobación del Programa Definitivo: abril 2011

Redacción de contenidos y elaboración de un borrador: mayo 2011

Aportaciones y aprobación definitiva de los contenidos: junio 2011

Inclusión en la página web del sector en secciones de pacientes y profesionales: julio y agosto 2011

Difusión entre los profesionales implicados directamente: septiembre y octubre 2011

Difusión en la revista del sector y medios de difusión general: noviembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

118

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 2. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

2. RESPONSABLE MARIA PAZ REVILLO PINILLA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESPUELAS MONGE MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- ODRIOZOLA GRIJALBA MONICA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- OLLERO DOMENCHE LETICIA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- RODERO HERNANDEZ JAVIER. MEDICO. HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA. MEDICINA INTERNA
- SEBASTIAN ROYO MARIANO. MEDICO. HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA. MEDICINA INTERNA
- CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS. MEDICO. HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA. MEDICINA INTERNA
- RAMON PUERTAS JOSE. MEDICO. HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La comorbilidad es frecuente en nuestra sociedad y aumenta con la edad. El término paciente pluripatológico (PP) fue definido en 2002 por un Comité de expertos de la Junta de Andalucía que estableció unos criterios para su diagnóstico. Estos criterios fueron revisados en 2007 e incluyen diferentes categorías de enfermedades

La prevalencia de PP es de 1,38% en la población general y aumenta al 5% en los mayores de 65 años.

El 42% de los pacientes que ingresan en servicios de medicina interna puede considerarse pluripatológico. La incidencia de PP en los servicios de medicina interna de nuestro país se ha calculado en 38,5/100 pacientes/mes.

Los PP tienen una gran mortalidad asociada y un deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria que les supone una dependencia y además contribuye a un mayor esfuerzo por parte de la familia y los cuidadores.

Los PP realizan visitas frecuentes a sus médicos y enfermeras y a los servicios de urgencias y ocupan gran parte de las camas hospitalarias, especialmente en los servicios de medicina interna. La asistencia al PP conlleva un importante consumo de recursos económicos y sanitarios, tanto de forma directa como indirecta.

En Aragón no existen unidades de atención al PP y no se han realizado estudios ni se han iniciado programas de atención a los mismos. La atención a los PP requiere la coordinación de diferentes profesionales implicando a médicos de hospital, médicos de primaria, enfermeras, trabajadores sociales y fisioterapeutas, además de la coordinación con los familiares y cuidadores.

Existen en proyectos estudios conjuntos con profesionales de Atención Primaria de Salud coordinados junto con la Unidad de Investigación en Atención Primaria, para en un futuro posterior establecer programas de atención conjunta a estos pacientes garantizando la continuidad asistencial.

Bibliografía

Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud 2006. Disponible en www.ine.es.

Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

118

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 2. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

Ollero M (Coord.), Álvarez TM, Barón FB y cols. 2ª Edición. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.

Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD en nombre del grupo para el estudio de la Actividad de Medicina Internas de Andalucía. Rev Clin Esp 2005; 205: 413-7.

García-Morillo JS, Berrnabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, Gonzáles de la Puente M et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc) 2005; 125: 5-9.

Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, M.A Ortiz-Camuñez M.A., García-Morillo. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008; 208(1):4-11.

Fernández Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit 2008; 22: 137-43.

Medrano González, F. / Melero Bascones, M. / Barba Romero, M. A. / Gómez Garrido, J. / Llabrés Díaz, J. / Moreno Salcedo, J. / Comorbilidad, pluripatología, consumo de recursos y pronóstico de pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna. An Med Intern (Madrid) 2007; 24: 525-30.

Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, Moreno-Gaviño L, Cassani-Garza M, Ortiz-Camuñez MA, Ollero-Baturone M. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Mar 24. [Epub ahead of print].

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se pretende concienciar a los médicos internistas que son los que atienden a estos pacientes cuando ingresan en el hospital y dar a conocer el concepto de PP a los médicos de atención primaria. Además se intenta difundir y familiarizar a estos profesionales con las herramientas de valoración funcional, cognitiva y social aplicables a estos pacientes.

Al finalizar este proyecto se espera conseguir que se modifique la forma de trabajo de los médicos internistas de forma que identifiquen a los PP que ingresan en sus servicios y les realicen una valoración funcional adecuada y completa. También se espera conseguir que los médicos de atención primaria conozcan los criterios de PP y los apliquen en su trabajo para en un futuro desarrollar programas conjuntos en la atención a estos pacientes. Uno de estos proyectos ya en fase avanzada de diseño tiene como objetivo disminuir la polifarmacia innecesaria en este grupo de pacientes.

De forma paralela a este proyecto de mejora se ha iniciado un proyecto de investigación denominado proyecto PLUPAR, aprobado por el IACS e impulsado por la Dirección de Planificación y Aseguramiento, para conocer la prevalencia del problema y las posibles formas de abordaje.

Posteriormente se pondrán en marcha iniciativas para disminuir la polifarmacia, disminuir los ingresos hospitalarios y mejorar la coordinación en la atención a los PP. Estas iniciativas se presentarán en las próximas convocatorias del Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A todos los pacientes ingresados en los servicios de medicina Interna y atendidos por los médicos participantes se les aplicarían los criterios de PP. A los PP identificados se les haría una valoración de la comorbilidad aplicando el índices de Charlson, de las actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y de las actividades instrumentales con el índice de Lawton-Brody, de la función cognitiva con el cuestionario de Pfeiffer y una valoración sociofamiliar con la escala de Gijón. Además se les aplicaría el índice pronóstico PROFUND.

En el momento del alta se hará un informe complementario de valoración funcional que se remitirá al médico de familia responsable del enfermo.

Todo el proceso tendrá una duración de 3 meses. Posteriormente se realizará una auditoría de una muestra de las historias clínicas de los PP incluidos y se remitirá una encuesta a los médicos de familia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

118

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 2. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Métodos:

Auditoría del 10% de los casos de cada centro seleccionados por muestreo aleatorio.
Encuesta dirigida a los médicos de atención primaria

Indicadores:

% de PPP a los que se ha realizado el índice de Barthel.
% de PPP a los que se ha realizado el índice de Lawton-Brody.
% de PPP a los que se ha realizado el cuestionario de Pfeiffer.
% de PPP a los que se ha realizado la escala sociofamiliar de Gijón.
% de PPP a los que se ha calculado el índice PROFUND.
% de médicos de atención primaria que devuelven la encuesta contestada.
% de médicos de atención primaria que han recibido al menos un informe de valoración de médicos de atención primaria que conocían el concepto de PPP.
% de médicos de atención primaria que conocían los criterios de diagnóstico de PPP.
% de médicos de atención primaria que consideran útil la valoración del PPP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-Marzo 2011

Abril-Junio de 2011	Recogida de datos	Preparación del estudio
Julio-Septiembre de 2011	Evaluación de indicadores	
Octubre de 2011	Memoria de resultados	

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

419

INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES DE DETECCION DE HONGOS DERMATOFITOS POR CULTIVO

2. RESPONSABLE ANTONIO REZUSTA LOPEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - FERRER CERON ANA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - MARTIN SACO GLORIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - ROJO BARRIOS ANA. FIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - GONZALO ORTEGA CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - LISBONA JIMENEZ ROSA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
 - GARCIA ZURITA MARIA LUISA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SITUACIÓN ACTUAL Y OPORTUNIDAD DE MEJORA

La Norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia permite llevar a cabo de manera eficaz la implantación de un sistema de calidad en los laboratorios clínicos. La norma abarca tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, incluyendo la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales

Desde octubre de 2006, el proyecto de acreditación se convierte en objetivo del Salud para todos los laboratorios de Aragón. Este mismo año el laboratorio de Microbiología inicia un proyecto de implantación de mejora de calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 15189 siguiendo las líneas de trabajo dictadas por la consultora del salud y el grupo de mejora del Servicio de Microbiología.

La oportunidad de mejora la ampliación de la acreditación a la unidad de micología con el alcance titulado "Detección de hongos dermatofitos por cultivo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La auditoría externa realizada por ENAC el 24 de Marzo de 2009 tiene como resultado la acreditación de la Unidad de Virología para las técnicas de antigenemia de citomegalovirus, cultivo del virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios, Acreditación nº 742/LE1584 y fecha de entrada en vigor 25/ 9/2009

En la auditoría externa realizada por ENAC el 27 de Septiembre y el 26 de Octubre de 2010 se mantiene la acreditación de Virología para las técnicas arriba indicadas y se amplía para

DETERMINACION DE MARCADORES SEROLÓGICOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB)

- HBs Ag = Antígeno de superficie
- Anti HBC = Ac.de tipo IgG e IgM frente al Ag. core
- HBe Ag = Antígeno "e"
- Anti HBe = Ac. frente al antígeno "e"
- Anti HBC IgM = Ac. tipo IgM frente al Ag. core

Anti HBs= Ac. frente al Ag. de superficie

Tinción de Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS: CARGA VIRAL DE VHC Y VIH

El sistema de gestión de la calidad se valora como una herramienta útil de trabajo, por lo que se demanda su continuidad y extensión en el resto del laboratorio desde la unidad de Virología.

La oportunidad de mejora consiste en la ampliación del alcance de acreditación a una nueva Unidad del Servicio de Microbiología. La ampliación implica a personal facultativo del laboratorio y personal técnico que no participaban en la acreditación. De esta forma la filosofía de trabajo que impone la Norma se

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 419

INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES DE DETECCION DE HONGOS DERMATOFITOS POR CULTIVO

va a extender paulatinamente a todo el laboratorio. El grupo de mejora de calidad establecido desde el año 2003 en el Laboratorio de Microbiología realiza sesiones de trabajo con el personal de la unidad del alcance de la acreditación y trabaja en la elaboración de los documentos requeridos por Norma

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Acreditación de nuevas técnicas en el Laboratorio de Microbiología, siguiendo con el proceso de acreditación iniciado el año 2009 en las unidades de:

Hongos: Detección de hongos dermatofitos por cultivo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la Norma UNE-EN ISO 15189

Realizar los procedimientos técnicos de análisis de los nuevos alcances

Impartir talleres al personal adscrito a las unidades de los diversos alcances del laboratorio

Idear e implantar los registros técnicos

Idear e implantar los registros de calidad

Documentación elaborada autorizada

Realizar las actas de las reuniones de formación del personal

Verificación de la implantación y funcionamiento correctos de los registros técnicos por parte del responsable técnico de la sección

Verificación de la implantación y funcionamiento correctos de los registros de calidad por parte del responsable de calidad del Servicio de Microbiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

Revisar, e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la ISO 15189 -Implantados Si No

Realizar los Procedimientos Técnicos de Análisis

Realizado SI/ NO No Si

Formación del personal adscrito

(Nº personas formadas/Nº personas adscritas a los alcances)*100 ND =>70%

Realizar los registros técnicos

(Nº de registros realizados/Nº registros totales previstos)* 100 ND =>70%

Realizar los registros de calidad

Nº de registros realizados/Nº registros totales previstos* 100 ND =>70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisar e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la Norma UNE-EN ISO 15189

Realizar los procedimientos técnicos de análisis de los nuevos alcances: Mayo

Impartir talleres al personal adscrito a las unidades de los diversos alcances del laboratorio: Mayo, Junio

Idear e implantar los registros técnicos: Mayo, Junio

Idear e implantar los registros de calidad: Mayo, Junio

Documentación elaborada autorizada: Mayo, Junio

Realizar las actas de las reuniones de formación del personal, Mayo-Diciembre

Verificación de la implantación y funcionamiento correctos de los registros técnicos por parte del responsable técnico de la sección: Noviembre

Verificación de la implantación y funcionamiento correctos de los registros de calidad por parte del responsable de calidad del Servicio de Microbiología, Noviembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia a congreso de calidad, con comunicación 600 €
Total 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

638

***SISTEMATIZACION DE LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS UROLOGICAS MEDIANTE LA APLICACION DEL SISTEMA CLAVIEN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES**

2. RESPONSABLE JORGE RIOJA ZUAZU

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- SERRANO FRAGO PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- GIL FABRA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- HERNANDEZ MARTINEZ YUMAIRA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- TRIVEZ BONED MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- CARELA ESPIN JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- RODRIGUEZ VELA LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las complicaciones quirúrgicas son una realidad de cualquier proceso invasivo quirúrgico, tanto tradicional, por cirugía abierta, como los más modernos de cirugía mínimamente invasiva, endoluminales y laparoscopios. De todas las complicaciones que se producen en el ámbito hospitalario, el estudio ENEAS ha arrojado unos datos muy relevadores, pues más del 30% de estas complicaciones son evitables.

Las complicaciones de las técnicas quirúrgicas, se han venido expresando y/o clasificando en la literatura científica de muy diversas formas y con distintas variables, como pérdida sanguínea, tiempo operatorio, consumo de analgésicos, estancia hospitalaria, tiempo en volver a la vida normal, mortalidad peri-operatoria. Variables aceptadas para este objetivo, pero con unas limitaciones claras todas ellas. A su vez las complicaciones se graduaban como mayores o menores en función de los criterios de un servicio y/o instituciónl.

Sin embargo, no hay una definición estandarizada o guía clínica para comunicar y/o presentar los resultados de las diversas técnicas quirúrgicas, tanto a nivel científico como administrativo, resultando complejo comparar los resultados entre distintas técnicas y entre distintos grupos2.

En la actualidad, carecemos de un sistema uniforme y estandarizado de clasificar las complicaciones, lo que hace que la interpretación de los resultados en la literatura científica sea compleja. Más aún, y en la sociedad actual, tanto los pacientes como las compañías de seguros o gobiernos, responsables del costo económico, son los que en la actualidad reclaman datos sobre los resultados. Máxime, cuando la comparación estandariza de los resultados entre diversas técnicas terapéuticas para una misma enfermedad, permite una mejora de los mismos. Pues resulta más fácil, analizar los resultados e implementar las técnicas necesarias para mejorar los mismos. Es por ello, que una estandarización de las complicaciones es necesaria para poder presentar y comparar los resultados3.

En 1992, Clavien propuso un sistema que estandarizaba las complicaciones en base a la forma en las que se trataba4. Tenía 4 niveles de gravedad y su grupo lo aplico con éxito a la colecistectomía laparoscopia 5 y al transplante hepático 6. Posteriormente, otros grupos lo aplicaron a otros procesos, como la esplenectomía7 y programas de transplante de donante vivo8. Pero se dieron cuenta que presentaba unas limitaciones, en complicaciones mortales, las secuelas a largo plazo y la estancia hospitalaria

Por ello, y tras unas modificaciones, en el año 2004, se modificó. Incluyendo 4 niveles de gravedad, así como unas definiciones de las complicaciones9 . Habiéndose aplicado correctamente múltiples procedimientos quirúrgicos. En el ámbito urológico, ha sido aplicado a casi todos los procedimientos quirúrgicos, tanto abiertos, como laparoscopios y/o robóticos, así como endoscopios. 10-14Habiendo demostrado su utilidad en el análisis de la complicaciones quirúrgicas, así como permitiendo una mejora de las mismas, con el beneficio que ello conlleva a la seguridad del paciente.

La aplicación de esta herramienta ha sido ampliamente difundida en la literatura científica, tal y como se ha expuesto anteriormente. Habiendo permitido

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 638

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS UROLOGICAS MEDIANTE LA APLICACION DEL SISTEMA CLAVIEN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES

realizar análisis de series quirúrgicas, comparando variaciones de técnicas dentro de un mismo servicio¹⁵, así como comparaciones entre distintos grupos¹⁶. Nuestro servicio ha aplicado este sistema de estandarización para analizar las complicaciones de la Nefrolitotomía Percutánea (PCNL), dentro del Estudio Multicéntrico Internacional PCNL GLOBAL STUDY, de la CROES (Clinical Research Office of the Endourological Society)¹⁷ resultados que nos han permitido modificar diversos aspectos de la técnica que veníamos realizando, con la consiguiente mejora de los resultados y su repercusión en la seguridad del paciente.

Es por ello, que el objetivo de este proyecto en concordancia con el plan estratégico del sector 2009-2011 (línea 6), es el de mejorar el análisis de las complicaciones quirúrgicas derivadas de la actividad en cirugía mayor con ingreso del Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet, con el objetivo de mejorar el análisis para poder diseñar diversas estrategias de mejora asistencial.

Referencias

- 1-Martin RC 2nd, Brennan MF, Jaques DP. Quality of complication reportin in the surgical literature. Ann Surg 2002; 235 (6) 803:-13.
- 2-Donat SM. Standards for surgical complication reporting in urologic oncology: time for a change. Urology. 2007 Feb;69(2):221-5. Review. PubMed PMID: 17320654.
- 3-Daley J, Henderson WG, Khuri SF. Risk-adjusted surgical outcomes. Annu Rev Med. 2001;52:275-87. Review. PubMed PMID: 1116077
- 4-Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. Surgery.1992 May;111(5):518-26. PubMed PMID: 1598671
- 5-Clavien PA, Sanabria JR, Mentha G, Borst F, Buhler L, Roche B, Cywes R, Tibshirani R, Rohner A, Strasberg SM. Recent results of elective open cholecystectomy in a North American and a European center. Comparison of complications and risk factors. Ann Surg. 1992 Dec;216(6):618-26. PubMed PMID 1466614; PubMed Central PMCID: PMC124270
- 6-Clavien PA, Camargo CA Jr, Croxford R, Langer B, Levy GA, Greig PD. Definitio and classification of negative outcomes in solid organ transplantation. Application in liver transplantation. Ann Surg. 1994 Aug;220(2):109-20. PubMed PMID: 8053733; PubMed Central PMCID: PMC1234350
- 7-Feldman L, Barkun J, Barkun A, Sampalis J, Rosenberg L. Measuring postoperative complications in general surgery patients using an outcomes-based strategy: comparison with complications presented at morbidity and mortality rounds. Surgery. 1997 Oct;122(4):711-9; discussion 719-20. PubMed PMID: 9347847
- 8-Ghobrial RM, Saab S, Lassman C, Lu DS, Raman S, Limanond P, Kunder G, Marks K, Amersi F, Anselmo D, Chen P, Farmer D, Han S, Durazo F, Goldstein LI, Busuttil RW. Donor and recipient outcomes in right lobe adult living donor liver transplantation. Liver Transpl. 2002 Oct;8(10):901-9. PubMed PMID: 12360431
- 9-Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: anew proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg. 2004 Aug;240(2):205-13. PubMed PMID: 15273542; PubMed Central PMCID: PMC1360123
- 10-Kocak B, Koffron AJ, Baker TB, Salvalaggio PR, Kaufman DB, Fryer JP, AbecassisMM, Stuart FP, Leventhal JR. Proposed classification of complications after live donor nephrectomy. Urology. 2006 May;67(5):927-31. PubMed PMID: 16698353
- 11-Permpongkosol S, Link RE, Su LM, Romero FR, Bagga HS, Pavlovich CP, Jarret TW, Kavoussi LR. Complications of 2,775 urological laparoscopic procedures: 1993 to 2005. J Urol. 2007 Feb;177(2):580-5. PubMed PMID: 17222637
- 12-Tefekli A, Ali Karadag M, Tepeler K, Sari E, Berberoglu Y, Baykal M, Sarilar O, Muslumanoglu AY. Classification of percutaneous nephrolithotomy complications using the modified clavien grading system: looking for a standard. Eur Urol. 2008 Jan;53(1):184-90. Epub 2007 Jul 24. PubMed PMID: 17651892
- 13-Rioja J, Mamoulakis C, Sodha H, Suwijn S, Laguna P, Rosette Jde L. A plea for centralized care for ureteroscopy: results from a comparative study under different conditions within the same center. J Endourol. 2011 Mar;25(3):425-9. Epub 2011 Mar 1. PubMed PMID: 21361826
- 14-Rioja Zuazu J, Hruza M, Rassweiler JJ, de la Rosette JJ. The Clavien classification system to optimize the documentation of PCNL morbidity. Arch Ital Urol Androl. 2010 Mar;82(1):20-2. PubMed PMID: 20593711
- 15-de la Rosette JJ, Rioja Zuazu J, Tsakiris P, Elsakka AM, Zudaire JJ, Laguna MP, de Reijke TM. Prognostic factors and percutaneous nephrolithotomy morbidity: a multivariate analysis of a contemporary series using the Clavien classification. J Urol. 2008 Dec;180(6):2489-93. Epub 2008 Oct 19. PubMed PMID: 18930485
- 16-Wezel F, Mamoulakis C, Rioja J, Michel MS, de la Rosette J, Alken P. Two contemporary series of percutaneous tract dilation for percutaneous nephrolithotomy. J Endourol. 2009 Oct;23(10):1655-61. PubMed PMID: 19558265

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

638

***SISTEMATIZACION DE LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS UROLOGICAS MEDIANTE LA APLICACION DEL SISTEMA CLAVIEN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES**

17-de la Rosette J, Assimos D, Desai M, Gutierrez J, Lingeman J, Scarpa R, Tefekli A; CROES PCNL Study Group. The Clinical Research Office of the Endourological Society percutaneous nephrolithotomy global study: indications, complications, and outcomes in 5803 patients. J Endourol. 2011 Jan;25(1):11-7. PubMed PMID: 21247286.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Analizar los resultados de la cirugía urológica y sus complicaciones

- Estandarizar las complicaciones mediante la escala de Clavien
- Establecer acciones de mejora sobre el análisis realizado
- Posibilitar el traslado de nuestra experiencia a otros servicios quirúrgicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Crear hoja de recogida de información. Dr. J. Rioja y consensuar con el equipo de trabajo

- 2- Elaborar una base de datos. Informar al servicio
- 3- Recoger información de los pacientes ingresados. Todo el equipo
- 4- Analizar los datos recogidos. Evaluación. Todo el equipo e informar al servicio
- 5- Establecer propuestas de mejora. Responsable Dra. Y. Hernández. Informar al equipo y al servicio
- 6- Implantar herramientas de mejora. Todo el servicio
- 7- Recoger información de los pacientes ingresados. Todo el equipo
- 8- Analizar los datos recogidos. Re-evaluación. Todo el equipo e informar al servicio
- 9- Elaboración de informe y propuesta para la extensión a otros servicios quirúrgicos. Dr. J. Rioja

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Incidencia global de las complicaciones quirúrgicas en el servicio de urología

(N=n° de complicaciones/ n° de intervenciones x100)

2-Incidencia de las complicaciones quirúrgicas desglosadas por grados (Sistema Clavien):

- Grado 0: No presencia de complicaciones
- Grado 1: Desviación de la normalidad
- Grado 2: Complicación que necesita de tratamiento médico, en la cama del pacientes
- Grado 3-a: Necesidad de procedimiento quirúrgico para resolver la complicación sin anestesia general
- Grado 3-b: Necesidad de procedimiento quirúrgico para resolver la complicación con anestesia general
- Grado 4-a: Ingreso en UCI por fracaso de un órgano
- Grado 4-b: Ingreso en UCI por fracaso multiorgánico
- Grado 5: Muerte

Todas las complicaciones posibles se han definido previamente en función del tipo de complicación que es y para poder identificarlas y realizar acciones de mejora. El seguimiento de cualquier cirugía y las complicaciones post-quirúrgicas incluyen un periodo de 30 días después de la cirugía. Momento en el que un integrante del equipo lo verá en una de nuestras consultas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración de este proyecto es inicialmente de un año y medio, valorando su incorporación a nuestra actividad diaria.

El calendario propuesto es el siguiente:

- 1- Crear hoja de recogida de información. Abril 2011
- 2- Elaborar una base de datos. Abril-Mayo 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

638

SISTEMATIZACION DE LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS UROLOGICAS MEDIANTE LA APLICACION DEL SISTEMA CLAVIEN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES

- 3- Recoger información de los pacientes ingresados. Mayo- Noviembre 2011
- 4- Analizar los datos recogidos. Noviembre 2011
- 5- Establecer propuestas de mejora. Diciembre 2011
- 6- Implantar acciones de mejora. Diciembre 2011 Enero 2012
- 7- Recoger información de los pacientes ingresados. Enero-Mayo 2012
- 8- Analizar los datos recogidos. Re-evaluación. Junio 2012
- 9- Elaboración de informe y propuesta para la extensión a otros servicios quirúrgicos. Junio 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 105

1. TÍTULO

MEJORAR EL CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO DESDE SU ESTABILIZACION EN SALA DE PARTOS Y EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA PARA PREVENIR MORBILIDAD ASOCIADA

2. RESPONSABLE SEGUNDO RITE GRACIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD NEONATOLOGIA. SERVICIO PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALVE PRADEL ZENAIIDA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SERVICIO PEDIATRIA
- RITE MONTAÑES SEGUNDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SERVICIO DE PEDIATRIA
- ROMO MONTEJO AGUSTIN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SERVICIO DE PEDIATRIA.
- ABADIA MAINER JUANA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI NEONATOLOGIA
- GRACIA CASADO GEMMA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
- ROYO PEREZ DELIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SERVICIO DE PEDIATRIA.
- PINILLOS PISON RAQUEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SERVICIO DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos 20 años hemos asistido a un incremento notable de la supervivencia de los recién nacidos prematuros de muy bajo peso (<1500 gramos al nacimiento) debido a los avances en el campo de la Neonatología. Sin embargo ese aumento de la supervivencia no se ha acompañado de un descenso de determinadas secuelas e incluso se ha documentado un incremento en algunos casos.

De todos ellos la displasia broncopulmonar y la retinopatía del prematuro son especialmente destacables; en primer lugar por su magnitud, según datos de nuestra Unidad donde se atendieron 90 recién nacidos de muy bajo peso en 2010, un 15% desarrolló una displasia broncopulmonar (30% en <1000 gramos) y un 25% retinopatía del prematuro (>50% en menores de 1000 gramos), precisando la mitad fotocoagulación laser para evitar desprendimiento de retina y la consiguiente ceguera; y por otro lado debido a que a pesar de que la inmadurez es un factor clave en su patogénesis, se ha demostrado como la oxigenoterapia juega un papel también crítico en su desarrollo, sobre todo en las primeras horas y días de vida.

Las causas de un manejo no óptimo en nuestra Unidad como por otro lado está descrito en la literatura son varias: en primer lugar imposibilidad de administrar oxígeno regulado en sala de parto como recomiendan la última normativa ILCOR sobre Reanimación en sala de partos debido a que los dispositivos que disponemos sólo administran oxígeno a 60% y 100%, no permitiendo administrar menor concentración de oxígeno como la mayoría de estos niños precisan en su estabilización. En segundo lugar la falta de un programa formativo del personal para un manejo adecuado de los niveles de saturación de oxígeno en esta población así como administración de oxígeno tras dejar de precisar soporte respiratorio con cánulas nasales sin conocer concentración de oxígeno.

Nuestro objetivo es establecer un programa formativo del personal de la Unidad para una correcta estabilización en la sala de partos así como monitorización adecuada de la oxigenación estableciendo rangos de saturación óptimos en los niños con oxigenoterapia para prevenir morbilidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la formación del personal médico y de enfermería en relación a la estabilización y control de la oxigenoterapia.
- Disminuir la incidencia de displasia broncopulmonar.
 - Disminuir la incidencia de retinopatía del prematuro, fundamentalmente la más significativa (requerimiento de fotocoagulación con láser).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión del equipo para establecer cronograma del trabajo.

- Sesión clínica de actualización del manejo de la estabilización inicial y control de la oxigenoterapia en esta población.
- Definir indicadores de calidad de adecuación del programa.
- Realizar talleres de formación para personal médico (incluidos médicos internos residentes) y enfermería en dichas actividades.
- Adquisición de 2 dispositivos de reanimación homologados para su uso en Neonatología para la sala de partos ya que la aplicación de una concentración no

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 105

1. TÍTULO

MEJORAR EL CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO DESDE SU ESTABILIZACION EN SALA DE PARTOS Y EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA PARA PREVENIR MORBILIDAD ASOCIADA

óptima de oxígeno parece ser crítica en los primeros minutos de vida y 2 mezcladores aire-oxígeno para su administración en la Unidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de personal (médicos, enfermeras) que han realizado talleres de formación del total del personal adscrito a la Unidad.

- N° de recién nacidos < 1500 gramos que desarrollan displasia broncopulmonar del total de recién nacidos de esta población.
- N° de recién nacidos <1500 gramos que precisan tratamiento con fotocoagulación láser del total de recién nacidos de esta población.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1) Mayo-Septiembre 2011:

- Reunión del equipo para establecer cronograma del trabajo.
- Sesión clínica de actualización del manejo de la estabilización inicial y control de la oxigenoterapia en esta población.
- Definir indicadores de calidad de adecuación del programa y análisis de los mismos previo al inicio del programa.
- Adquisición de 2 dispositivos de reanimación homologados para su uso en Neonatología para la sala de partos ya que la aplicación de una concentración no óptima de oxígeno parece ser crítica en los primeros minutos de vida y 2 mezcladores aire-oxígeno para su administración en la Unidad.

2) Octubre-Diciembre 2011:

- Realizar talleres de formación para personal médico (incluidos médicos internos residentes) y enfermería en dichas actividades.

3) Enero-Diciembre 2012:

- Evaluación de los indicadores para establecer la idoneidad del proyecto de mejora.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Reanimador neonatal (Neopuff) 2 Unidades	2.500 €
· Mezclador Aire Oxígeno (tipo BIRD) 2 Unidades	3.000 €
Total	5.500 €

11. OBSERVACIONES. Dado que la equipación en una Unidad de Neonatología es costosa considerariamos razonable estudiar dividir los recursos del proyecto de mejora en dos años sucesivos si la cuantía solicitada no es factible en la actualidad.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

2. RESPONSABLE LOURDES ROC ALFARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- DELGADO BELTRAN PILAR. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
- GARCIA ZUECO JUAN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
- CARBONE BAÑARES ANA. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- CALVO ESCRIBANO CARLOTA. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- MUÑOZ MELLADO MARIA ASCENSION. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
- MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El incremento de las micosis invasoras (MI) hace necesario un aumento en el índice de sospecha clínica, y una mejor apreciación de los factores de riesgo y mayor esfuerzo por parte del microbiólogo, los radiólogos y los clínicos. Los pacientes hematológicos de riesgo son: 1. Leucemia mieloide aguda, o síndrome mielodisplásico durante la inducción con quimioterapia; 2. Pacientes con trasplante halogénico de células madre; 3. Inmunodepresión prolongada

En estos pacientes el factor determinante para el éxito del tratamiento es la rapidez con la que se diagnostica y se inicia el tratamiento adecuado. Esta rapidez viene determinada en gran medida por el trabajo en equipo de clínicos, microbiólogos, radiólogos y patólogos. Desafortunadamente, el diagnóstico de las MI sigue siendo difícil; y muchas veces se confirma tarde, por biopsia o por cultivo, que puede requerir dos semanas

A todo esto hay que añadir que el diagnóstico definitivo requiere la observación del hongo en el tejido, o el crecimiento en muestra estéril. El examen microscópico del esputo o muestras respiratorias invasivas ayuda, permitiendo la observación de la morfología característica, pero no permite la identificación del hongo, con lo que el cultivo sigue siendo esencial

El hemocultivo rara vez es útil en el diagnóstico de la MI por hongos miceliales, el crecimiento de *Aspergillus* suele indicar contaminación, excepto en el caso de *Aspergillus terreus*. Algunos hongos miceliales menos frecuentes si que pueden aislarse en el hemocultivo, por ejemplo *Fusarium spp*, *Acremonium spp*, *Paecilomyces spp*, *Scedosporium spp*.

Para el cultivo de esputo se recomienda la realización de al menos tres muestras, que junto con la situación clínica, y radiológica permitirá determinar en algunos casos si es un verdadero positivo o una contaminación.

El valor de un aislamiento de *Aspergillus spp* en un esputo viene determinado por el tipo de paciente en el que se produce; así en pacientes con trasplante de médula alogénicos es del 60%, personas con cancer hematológicos un 50%, en neutropénicos un 60%, pero estos porcentaje pueden bajar al 10% en pacientes con patología pulmonar previa no neutropénicos.

Por ello Davies et al. 2005, afirman que cualquier aislamiento de *Aspergillus* en esputo en un paciente con neutropenia prolongada debe conducir a un tratamiento rápido.

Los falsos negativos en el cultivo hacen que haya baja incidencia de aspergilosis, por ello hay que intentar utilizar herramientas complementarias. Otra herramienta sería, la utilización de antigenemia dos veces por semana, que permitiría iniciar el tratamiento 2 semanas antes en relación con las imágenes de scanner. Por ello en los pacientes hematológicos conviene combinar el cultivo con la monitorización del galactomanano (GM) y el scanner torácico. La detección de GM = 0,5 en dos sueros consecutivos aumenta tanto la especificidad como el valor predictivo positivo de la prueba. Si se realiza una única determinación, un índice de GM= 0,7 se considera positivo. La detección de GM en LBA con índices = de 0,5-1, también se considera como un criterio diagnóstico de AI probable; esta prueba pierde valor cuando el paciente está sometido a profilaxis para hongos miceliales.

Por otro lado el GM da falsos negativos en infecciones como las producidas por *Zygomycetes*.

A todo esto hay que añadir que para el correcto manejo de las MI es conveniente realizar la identificación de hongo ya que esto modifica el tratamiento y para ello es imprescindible el cultivo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

230

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPÉNICO

SITUACIÓN ACTUAL Y OPORTUNIDAD DE MEJORA

En este momento, se realiza cultivo, observación microscópica en el día, detección de galactomano en suero dos veces por semana. La incorporación de la detección de GM en lavado broncoalveolar, permitiría un aumento de los diagnósticos de infecciones por *Aspergillus*. La incorporación de los pacientes hematológicos pediátricos a esta dinámica favorecerá el diagnóstico precoz y al mejor manejo de los mismos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Del total de las 141 muestras respiratorias, 6 tuvieron una visión directa Positiva y 14 fueron Positivas por cultivo. Las 14 muestras Positivas por cultivo, corresponden a 10 pacientes. Los hongos aislados son: *Aspergillus flavus*, *Aspergillus fumigati*, *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus nidulans*, *Aspergillus spp*, *Aspergillus terreus* y un hongo filamentoso pendiente de tipación.

Las 940 determinaciones de galactomanano en suero correspondían a 164 pacientes. Fueron positivas 31, correspondientes a 23 pacientes. El porcentaje de positividad de la prueba con respecto al total de pacientes hematológicos es del 18,9%.

Se han procesado asimismo un total de 35 lavados broncoalveolares correspondientes a 24 pacientes, de los cuales 3 han sido Positivos para detección de galactomanano correspondientes a 2 pacientes. El porcentaje de positividad de la prueba con respecto al total de pacientes ha sido del 12,5%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un diagnóstico más completa de la infección, la visión directa al menos adelanta 2 días. La realización bisemanal del GM puede adelantar el diagnóstico en lo pacientes sin profilaxis antifúngica dirigida contra hongos miceliales una o dos semanas. La realización de estudio en muestras repetidas (al menos 3) facilita descartar los falsos positivos y aumentar el número de diagnósticos. La detección de GM en Lavado broncoalveolar, aumentará el número de diagnósticos de infección fungica invasora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Extracción de sangre para la de detección de GM, responsable personal de hematología y oncopediatria
Recogida de muestras respiratorias, responsable personal de hematología y oncopediatria.
Recogida de Lavado broncoalveolar, responsable neumología.
Realización de observación microscópica, responsable Microbiología
Realización de cultivo, responsable Microbiología
Realización de la detección de GM, responsable Microbiología
Recogida de datos de observación microscópica, cultivo y detección de galactomanano, responsable Microbiología
Recogida de datos clínicos, factores predisponentes, y resultado del tratamiento, responsable Hematología y Oncopediatria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NOMBRE DEL INDICADOR:

Proporción pacientes con MI

Área relevante: Hematología, pacientes neutropénicos

Dimensión: Científico-técnica

Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes infectados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo

Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de pacientes con infectados}}{\text{Nº total pacientes de riesgo ingresados en Unidad}} \times 100$$

Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los ingresados en la unidad o proceso de riesgo.

Tipo de indicador: De proceso

Estándar: No hay

Fuente de datos: Hematología, Oncopediatria y Microbiología

Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad

Responsable obtención: Hematología y Oncopediatria

Periodicidad: Anual

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

230

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

NOMBRE DEL INDICADOR:

Proporción cultivos positivos

Área relevante: Hematología y Oncopediatría, pacientes neutropénicos

Dimensión: Científico-técnica

Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes con cultivo positivo respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo

Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de pacientes con cultivo positivo}}{\text{Nº total pacientes con cultivo realizado}} \times 100$$

Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.

Tipo de indicador: De proceso

Estándar: No hay

Fuente de datos: Microbiología

Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en las unidades

Responsable obtención: Microbiología

Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:

Proporción pacientes con observación microscópica positiva (OM)

Área relevante: Hematología y Oncopediatría, pacientes neutropénicos

Dimensión: Científico-técnica

Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo

Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de pacientes con estudio OM positiva}}{\text{Nº total pacientes con OM}} \times 100$$

Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.

Tipo de indicador: De proceso

Estándar: No hay

Fuente de datos: Hematología, Oncopediatría y Microbiología

Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en las unidades

Responsable obtención: Microbiología

Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:

Proporción pacientes con MI

Área relevante: Hematología y Oncopediatría, pacientes neutropénicos

Dimensión: Científico-técnica

Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes con GM positivo

Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de pacientes con GM positivo}}{\text{Nº total pacientes con GM positivo}} \times 100$$

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

230

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

Nº total pacientes con determinación realizada

Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o procesos de riesgo.

Tipo de indicador: De proceso

Estándar: No hay

Fuente de datos: Hematología, Oncopediatría y Microbiología

Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad

Responsable obtención: Hematología

Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:

Proporción pacientes con GM positivo

Área relevante: Hematología y Oncopediatría, pacientes neutropénicos

Dimensión: Científico-técnica

Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo

Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de pacientes con GM positivo}}{\text{Nº total pacientes con determinación de GM}} \times 100$$

Nº total pacientes con determinación de GM

Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o procesos de riesgo.

Tipo de indicador: De proceso

Estándar: No hay

Fuente de datos: Microbiología

Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en las unidades

Responsable obtención: Microbiología

Periodicidad: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El protocolo está establecido en los pacientes hematológicos adultos.

Puesta del protocolo en niños estará en marcha en abril.

Evaluación en noviembre.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

487

INCLUSION DE LA REHABILITACION EN LA CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA COMO ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y GESTION TRANSVERSAL DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR

2. RESPONSABLE JAVIER RODRIGUEZ VELA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- LOSTE RAMOS ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- SUÑEN ENRIQUE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- PEÑA GIMENEZ DIEGO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- TABUENCA SANCHEZ ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- GARCIA GALAN MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- TRIS ARA MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lumbalgia o dolor lumbar DL es un síntoma muy frecuente y con una importante dimensión sanitaria y socioeconómica. La prevalencia puntual del DL oscila entre el 12-33 y el 22-65% en un año, el 80% de las personas lo padecerán en algún momento de su vida. El DL es el segundo motivo de baja laboral tras el refriado común y la primera causa de incapacidad laboral en los países industrializados.

Constituye el motivo de consulta más frecuente dentro del aparato locomotor, tanto en Atención Primaria como especializada.

La lumbalgia aguda tiene un buen pronóstico, en más del 80% de los casos no se encuentra una causa subyacente y el 90 de éstos se recupera antes de las seis semanas. Las lumbalgias inespecíficas son procesos benignos y autolimitados, más de la mitad recidivan.

La evolución a la cronicidad se produce en menos del 10%, el proceso crónico se caracteriza por una baja respuesta a fármacos y en su pronóstico tienen importantes repercusiones factores psicológicos y sociales, así como el tiempo de incapacidad.

Se sabe que el mayor riesgo personal, laboral y social de las personas con lumbalgia crónica inespecífica no está en la cronificación del dolor, sino en la cronificación de la incapacidad. Por ello el tratamiento del dolor crónico debe dirigirse a conseguir la restauración funcional. Las estrategias que han demostrado mayor efectividad consisten en programas intensivos que integren el ejercicio físico, el entrenamiento encaminado a la normalización de la situación laboral y diversas terapias psicológicas, de ahí el papel primordial de la rehabilitación.

La Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, es una unidad de referencia en la Comunidad de Aragón que atiende a una población de 1.100.000 habitantes, con una media de 1500 consultas como primer día en el año 2010. Principalmente remitidos desde Centros de Especialidades Médicas y Otros Centros Hospitalarios. La mayor parte de los pacientes no han sido informados de que han sido derivados a una Unidad de Cirugía, no conociéndose las necesidades reales de tal derivación

La demanda cada vez es mayor y el papel de la cirugía en la enfermedad degenerativa espinal (EDE) se asienta sobre pilares inseguros, de ahí la transcendencia de implantar tratamientos integrales y multidisciplinarios de la EDE causante de dolor lumbar.

Para resolver la carga asistencial, demora y en definitiva mejorar la satisfacción del paciente con dolor lumbar, consideramos necesaria la inclusión de un médico rehabilitador en la consulta externa de la Unidad de Columna de HUMS.

Bibliografía:

- Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literatura from 1966 to 1998. J Spinal Disord. 2000; 13:205-17
- Hestbaeck et al. Low back pain: what is the long-term course?. A review of studies of general patient population. Eur spine J. 2003; 12:149-65.
- Delgado López. P.D. et al. Papel de la cirugía en la enfermedad degenerativa espinal. Análisis de revisiones sistemáticas sobre tratamientos quirúrgicos y conservadores desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia. Neurocirugía 2005; 16:142-157.
- González Viejo. M.A et al. Satisfacción de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación. An. Sist. Sanit. Navar 2005, vol 28, nº3.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

487

INCLUSION DE LA REHABILITACION EN LA CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA COMO ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y GESTION TRANSVERSAL DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminuir la demora de atención como primer día a consultas externas de UC
- Definir las necesidades reales del paciente remitido a una Unidad de Cirugía
 - Evaluar factores de mal pronóstico funcional que indiquen la cronicidad del dolor
 - Desdramatizar, informar y aclarar el buen pronóstico de la historia natural del dolor lumbar
 - Detectar los pacientes que cumplen criterios de inclusión para un programa rehabilitador
 - Disminuir la demora de atención como primera consulta de rehabilitación
 - Evaluar el impacto de intervenciones o políticas de salud en esta enfermedad.
 - Tríptico de información sobre la patología de columna

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para ello realizaremos un triaje, basándonos en la solicitud de interconsulta e historia clínica del paciente. Criterios de exclusión para valoración por médico rehabilitador en dicha consulta: signos-síntomas de red flags y haber realizado un programa RHB integral en el último año. En consulta registraremos datos demográficos: edad, sexo. Profesión, Situación laboral, actividad deportiva, tiempo de evolución de la sintomatología, quién lo ha remitido y cuándo.
Para valorar la satisfacción del paciente: valoraremos la intensidad del dolor mediante EAV, percepción sobre el tiempo de espera para el tratamiento y calidad de información ofrecida en el Servicio.
El instrumento de medida para valorar el dolor y discapacidad es el cuestionario de Von Korff del dolor lumbar. Consta de 7 categorías, en 3 de ellas se valora la intensidad del dolor y en las otras cuatro se evalúan los aspectos relacionados con la incapacidad en los 6 meses anteriores. Lo aplicaremos antes de empezar el tratamiento y al finalizar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de primeros días remitidos a consulta de UC
- De los primeros días quienes han pasado a lista de espera quirúrgica.
 - Demora hasta la primera consulta
 - Número de pacientes subsidiario de programa rhb integral
 - Satisfacción del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo, encuesta y tríptico: Abril 2011
Evaluación de la encuesta y análisis de los resultados: Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ASCENSION ROS SIERRA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTOYA OLIVER MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- FIGUERAS VILLABA MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- ARROYO ALFAGEME CONSUELO. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- TARRAGUEL GARCIA DIANA. AUXILIAR DE CLINICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- DEL CASTAÑO CARDONA MARIA JOSE. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION
- CABAÑAS PUERTOLAS PAULA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG
- TENA GALO VIOLETA. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA. PLANTA SEGUNDA HG

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia cardiaca ha experimentado en los últimos años un aumento en las cifras de incidencia y prevalencia, especialmente en la población de edad avanzada. con esta intervención se pretende detectar de forma precoz al paciente fragil, y de todos aquellos elementos que puedan suponer una barrera para el éxito de la intervención al alta Hospitalaria.
Potenciar la continuidad asistencial al alta con atención primaria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el control de los pacientes , reduciendo el riesgo de descompensación en la enfermedad y de los ingresos hospitalarios
Hacer comprender al paciente y a su cuidador, que es lo que está ocurriendo y poner medidas preventivas para evitar un nuevo ingreso
Mejorar su calidad de vida y el pronóstico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informar de las claves para el control de su enfermedad y prevenir descompensaciones.
Entre los diferentes componentes del proyecto, elaboración de folletos explicativos sobre:

- Que es la insuficiencia cardiaca
- Alimentación
- Control de peso, hidratación
- Hábitos tóxicos
- Ejercicio Físico
- Estilo de vida
- Como actuar y contactar con el personal sanitario que le atiende

Reuniones informativas de como mejorar su situación y acciones preventivas, con los pacientes ingresados, así como con sus cuidadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuestas de satisfacción a todos los pacientes que pasen por las reuniones mensuales

Control del número de ingresos repetitivos de los pacientes, trimestralmente

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio mayo del 2011 y finalización en diciembre de 2011

reunión todos los Jueves del mes, para realizar la educación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

.....	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA-REGISTRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA (MODELO UTSTEIN).

2. RESPONSABLE ANTONIO LUIS RUIZ AGUILAR

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ DE GALDEANO DELGADO SHEILA. MEDICO. H.U. MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- FUERTES SCHOTT CAROLINA. MEDICO. H.U. MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- IBAÑEZ LANGA JOSE LUIS. MEDICO. H.U. MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- MORON GIMENEZ ALEJANDRA. MEDICO. H.U. MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- GONZALEZ ALMARCEGUI IGNACIO. MEDICO. H.U. MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- NEBRA PUERTAS AGUSTIN CARLOS. MEDICO. H.U. MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER. MEDICO. H.U. MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las muertes por parada cardiorrespiratoria (PCR) son un problema de gran envergadura para la salud pública con un gran impacto social, sanitario y económico. Se calcula que en España, en la población general, cada año son susceptibles de resucitación cardiopulmonar (RCP) unas 24500 personas, originando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico. Se desconocen las cifras en el medio hospitalario porque no existen registros hospitalarios de PCR a nivel nacional, y únicamente se publican ocasionalmente datos de centros de forma aislada. La literatura médica considera que el 0'4-2% de los pacientes ingresados y hasta el 30% de los fallecidos precisa de RCP, lo que supondría por extrapolación unos 18000 afectados en España.

La supervivencia de los pacientes con PCR hospitalarias es baja, pues en las mejores series la mortalidad es del 80-85% y sólo uno de cada 6 pacientes tratados sobrevivirá y se dará de alta.

En el H.U. Miguel Servet carecemos de un registro de PCR hospitalaria del que se puedan extraer conclusiones respecto a la incidencia, a la actuación realizada y los resultados obtenidos.

En nuestro centro no tenemos un protocolo sobre la actuación a seguir durante la atención a los pacientes con PCR, únicamente existe un "reparto" del centro entre distintos servicios. Así, en Urgencias, el personal de dicho servicio se encarga de los eventos que acontecen su área, Anestesiología se encarga de los quirófanos y las salas de despertar y reanimación, así como del Centro Materno-Infantil, y los facultativos del Servicio de Medicina Intensiva se encargan del grueso del hospital, incluyendo todas las plantas de hospitalización y acuden a colaborar en las áreas anteriores si se les solicita. En alguna ocasión nos consta que Medicina Interna y Cardiología realizan RCP sin solicitar colaboración, avisando a Medicina Intensiva únicamente cuando consiguen la recuperación de circulación espontánea (RCE). En todos los casos en los que se consigue la RCE los pacientes ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos para el tratamiento del Síndrome Post-Parada Cardiaca (SPP).

En cualquier caso, no conocemos las características de los episodios atendidos en lo que se refiere a datos clínicos de los pacientes, duración del evento, medidas instauradas y resultados de los mismos (mortalidad, capacidad funcional, capacidad cognitiva al alta,...), ni de los cuidados recibidos por el paciente reanimado durante el SPP.

En 1997 el Consejo de Resucitación Europeo (ERC en las siglas en inglés), junto a sus homólogos estadounidenses, canadiense, australiano y sudafricano, publicaron las recomendaciones para la revisión y comunicación de los resultados para investigación de las PCR intrahospitalarias según el modelo que llamaron "estilo Utstein".

En este proyecto de mejora de calidad nos proponemos realizar un registro hospitalario de las PCR atendidas por el personal del Servicio de Medicina Intensiva siguiendo el "estilo Utstein". Consideramos que dicho registro podría generalizarse en un segundo paso al resto de áreas hospitalarias. Los resultados obtenidos a partir de este registro servirán para proponer mejoras en la cadena de supervivencia hospitalaria, sentar las bases para la creación de un Equipo de Emergencias Intrahospitalarias, y a la par, introducir los tratamientos y nuevas tecnologías que han probado su eficacia en el tratamiento del SPP.

En noviembre de 2010 comenzamos una prueba piloto de registro de PCR según las recomendaciones "estilo Utstein" para conocer de inicio las dificultades en

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 243

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA-REGISTRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA (MODELO UTSTEIN).

la recogida de algunos datos, fundamentalmente el cronograma de cada episodio, y las posibles pérdidas de casos por descoordinación entre los encargados del registro y el resto de miembros del Servicio de Medicina Intensiva (SMI). Una vez aclarados varios de estos puntos, y vistos los posibles fallos en la recogida, presentamos esta iniciativa de mejora de calidad, con la intención de comenzar el registro de PCR.

Siguiendo el modelo Utstein definimos el "equipo de RCP intrahospitalaria" como cualquier miembro del SMI que, en horario de trabajo de mañana o durante las guardias, reciba un aviso por PCR en cualquier lugar del H.U. Miguel Servet y acuda a atender al paciente. Por parte del equipo de RCP se da noticia del evento a los encargados del registro, y estos a su vez realizan la encuesta para completar la recogida de datos y, si procede, el seguimiento del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir a medio plazo un registro mínimo del 90% de los episodios de PCR intrahospitalaria sufridas por pacientes adultos en el H.U. Miguel Servet. Normalmente los avisos por PCR se reciben en la Unidad Coronaria, aunque esto no es universal, por lo que en otras ocasiones el aviso se realiza al busca de guardia del M.I.R. de Medicina Intensiva, o al teléfonos de otras salas del S.M.I.. Sería nuestra intención establecer en el SMI un número único para estas llamadas y a su vez informar al resto de servicios hospitalarios de esta idea.

Con los datos obtenidos se realizarán sesiones clínicas para mostrar los puntos susceptibles de mejora, y se remitirán también a las comisiones hospitalarias que puedan estar en relación con la patología (p.ej. Seguridad Clínica, Urgencias, Bioética,...) o que lo soliciten.

Evidentemente no podemos esperar conseguir mejoras en resultados de supervivencia ni de capacidad funcional puesto que no tenemos datos previos.

En cambio, podremos conocer la situación actual, y el nivel de seguimiento de las recomendaciones sobre RCP realizadas por el ERC entre el personal sanitario, y el nivel de penetración de las medidas recomendadas para el tratamiento del SPP en el SMI (control de glucemia, sistemas de monitorización de gasto cardiaco, hipotermia terapéutica,...).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Consideramos para realizar el proyecto que al ser la Unidad Coronaria del SMI la receptora habitual de las llamadas por PCR, será el personal médico de la misma el encargado de realizar el registro. Además, es conocido que en un alto porcentaje de los pacientes que sufren PCR presentan lesión de las arterias coronarias en mayor o menor grado, y es frecuente la necesidad de realizar tratamiento de revascularización miocárdica, haciendo aún más preferible su ingreso en la Unidad Coronaria, antes que en cualquier otra unidad o servicio hospitalario.

Como comentábamos previamente se tomarán los datos de los pacientes respecto a su filiación, antecedentes personales y motivo de ingreso hospitalario de su propia historia clínica. Los datos referentes al episodio de PCR serán tomados mediante encuesta a los miembros del "equipo de RCP intrahospitalaria" que hayan atendido al paciente. Si el paciente consigue ser reanimado e ingresa en UCI, se tomarán los datos directamente del seguimiento diario. En los casos en los que el paciente sobreviva y sea dado de alta domiciliaria, se hará seguimiento telefónico para conocer en periodos de tiempo determinados su capacidad funcional y cognitiva.

Todos los médicos de la Unidad Coronaria colaborarán en la recogida de datos iniciales y del evento de PCR de los paciente propios de la Unidad y de las PCR atendidas por ellos mismos.

Las Dras. Fuertes y Sanz de Galdeano, como M.I.R. del SMI, rotantes entre todas las salas del servicio realizaran la recogida de datos si el aviso por PCR y/o el ingreso del paciente fue realizado en otra sala.

El Dr. Ibáñez Langa será el encargado fundamental de revisar que se cumplen las recomendaciones en lo que al tratamiento del SPP se refieren.

El Dr. Ruiz Aguilar, como coordinador, será responsable de velar por el mantenimiento al día del registro, de realizar la exposición de resultados de forma periódica (al menos anual) en el SMI y de la presentación de los mismos a todos aquellos servicios y comisiones que lo requieran. Además será encargado de proponer a las personas indicadas en cada momento tanto las posibles mejoras que puedan instaurarse para una más fácil recogida de datos en si misma, como en la coordinación de la atención en la PCR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Por parte de la Sociedad Española de Medicina Intensiva se proponen al menos dos indicadores de calidad en relación con las PCR que tenemos la intención fundamental de cumplir.

- "Utilización del Utstein": número de avisos por PCR y hoja de recogida Utstein bien cumplimentada / todos los avisos de PCR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

243

ATENCIÓN AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA-REGISTRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA (MODELO UTSTEIN).

- "Uso de la hipotermia terapéutica en la PCR": nº de paciente con PCR por FV o TV sin pulso a los que se realiza hipotermia terapéutica / nº de pacientes con PCR por FV o TV sin pulso.

Entre los datos a recoger en la recomendación "Utstein" se encuentran los tiempos desde el diagnóstico de la PCR hasta el inicio de las maniobras de RCP, la llamada al equipo de RCP y la llegada del mismo, la administración de la primera adrenalina, la monitorización del primer ritmo cardiaco, la primera desfibrilación y la finalización de las maniobras de RCP. Aunque es complicado conseguir el tiempo exacto de cada una de estos ítems al no existir relojes sincronizados en el hospital, se tomarán de forma aproximada. Estos valores nos servirán para compararnos con centros de características similares al nuestro que estén realizando o hayan publicado un registro de PCR.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El registro será iniciado inmediatamente tras revisar finalmente la prueba piloto realizada durante los últimos cinco meses, siendo más que probable poder iniciarlo en mayo de 2011. A partir de entonces y sin discontinuidad se realizarán las comunicaciones periódicas de resultados y la evaluación de los indicadores de calidad.

Inicialmente la aspiración del equipo de trabajo responsable del proyecto es que este registro pase a formar parte de las actividades propias del Servicio de Medicina Intensiva (como lo es la atención a las PCR intrahospitalarias) y no tiene fecha de finalización.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Disponemos de bibliografía relacionada a su disposición.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 468

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HISTERECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL RUIZ CONDE

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- RUBIO CUESTA PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- GALVE AGUDO BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La histerectomía es el procedimiento mediante el que se realiza la extracción quirúrgica del útero. Aunque la incidencia de esta intervención ha disminuido gracias al tratamiento conservador de las metrorragias disfuncionales, la patología endometrial benigna y de las lesiones preinvasivas del cuello uterino, todavía es la intervención de cirugía mayor realizada con más frecuencia en la práctica ginecológica, (representando uno de los GRDs más frecuentes). En el año 2010 se realizaron en nuestro Servicio un total de 439 histerectomías.

La cirugía endoscópica ha representado una revolución en el campo de la cirugía ginecológica en las últimas décadas, aportando una nueva vía de abordaje para la histerectomía, entendiéndose por histerectomía laparoscópica aquella en la que al menos en parte, la cirugía se realiza por esta vía.

Las principales ventajas de la histerectomía laparoscópica frente a la histerectomía abdominal o la histerectomía vaginal son las de ser un procedimiento mínimamente invasivo, es decir, permite una recuperación postquirúrgica más rápida, con una incorporación más precoz de las pacientes a sus actividades habituales. Esta técnica permite disminuir el dolor postoperatorio y la estancia media hospitalaria, también los resultados estéticos obtenidos, muy valorados por las pacientes, son mejores.

Hay que considerar que las usuarias del sistema de salud disponen cada vez de una mayor información debido a la creciente universalización del acceso a la misma.

Esta mejora de información por parte de las pacientes se traduce en un aumento de la demanda de corrección de su patología mediante un abordaje laparoscópico.

La histerectomía por vía laparoscópica es un procedimiento que se está imponiendo en numerosos centros hospitalarios y la potenciación de este tipo de cirugía en nuestro Servicio nos permitirá estar a la altura de otros centros de un nivel similar.

La implementación de estos procedimientos contribuirá a disminuir los gastos económicos asociados, mejorando la eficiencia del procedimiento, fundamentalmente por la reducción de la estancia media hospitalaria y de las complicaciones quirúrgicas, mejorando la seguridad de las pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Implantar en nuestro Servicio el procedimiento de la histerectomía vía laparoscópica de forma progresiva.

•Realizar, en el primer año de implementación del proyecto, un 25% de las histerectomías en nuestro Servicio por vía laparoscópica. En función de los datos de la cirugía realizada el año 2010, se espera alcanzar una cifra de aproximadamente 100 histerectomías por esta vía durante el primer año del proyecto.

•Superar con éxito la curva de aprendizaje requerida para la realización de esta técnica de forma segura, por los facultativos del Servicio de Ginecología.

•Extender la formación a los médicos residentes.

•Crear una base de datos informatizada que nos permita evaluar nuestros resultados, realizar publicaciones de divulgación científica y estudios de investigación acerca de este procedimiento.

•Mejorar la seguridad de las pacientes.

•Mejorar la asistencia global y la calidad asistencial a las pacientes con patología uterina subsidiaria de la realización de esta técnica quirúrgica.

•Equipararnos a otros centros sanitarios de nuestro nivel.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 468

IMPLANTACION DE LA HISTERECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Diseñar una curva de aprendizaje adecuada para la implemetación de esta técnica de una forma segura en nuestras pacientes.
•Realización de sesiones de entrenamiento en esta técnica mediante la utilización de pelvitainer (ya disponible en nuestro Servicio).
•Creación de un espacio en el que se disponga de material audiovisual, libros, revistas científicas, etc. acerca de las técnicas endoscópicas a realizar, a disposición de todos los cirujanos el Servicio.
•Realización de sesiones periódicas de visualización de videos de cirugía endoscópica.
•Diseñar un programa específico de formación en cirugía laparoscópica ginecológica para los médicos residentes en rotación por nuestro Servicio, con participación y responsabilidad progresiva en las cirugías programadas.
•Acudir a cursos de formación específica en esta técnica, realizados por centros de reconocido prestigio, con mayor experiencia al respecto.
•Creación de una Sesión clínica en la participen todos los miembros del Servicio con la finalidad de evaluar todas las pacientes que van a ser intervenidas mediante esta técnica. En esta sesión se confirmará la correcta indicación de la cirugía así como otros aspectos que se consideren oportunos, todo ello con la finalidad de aumentar la seguridad de las pacientes.
•Elaborar una base de datos específica de todas las pacientes intervenidas de una histerectomía por vía laparoscópica, recogiendo todos los aspectos relacionados con la patología que motivó la indicación, la técnica quirúrgica, la evolución posterior de las pacientes, las posibles complicaciones asociadas, etc.
•Realizar charlas, cursos de formación y sesiones docentes al personal de enfermería que va a participar en este tipo de intervenciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •A partir de la base de datos informatizada que se elaborará con motivo de la introducción y difusión creciente de esta técnica, se realizará un análisis prospectivo de todos los casos en los que los que se realice una histerectomía vía laparoscópica. Esto nos permitirá valorar la evolución del procedimiento y la realización de comparaciones con otras vías de abordaje.
•Realización de un proceso de auditoría interna para la valoración de los procedimientos realizados.
•Elaboración de una vía clínica específica para este tipo de cirugía.
•Elaboración de una memoria anual con la actividad asistencial realizada en relación a esta técnica quirúrgica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Fecha de finalización: enero del 2011.
•Creación de base de datos específica: marzo del 2011.
•Formación de médicos residentes y personal del Staff: continuada desde marzo del 2011.
•Memoria anual: diciembre del 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Cañon de proyección audiovisual 200 €
Total 200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

286

UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR PATOLOGIAS AUTOINMUNES SISTEMICAS

2. RESPONSABLE LUIS SAEZ COMET

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VELILLA MARCO JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- ENVID LAZARO BLANCA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA, UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO
- GARCIA ENGUITA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA, UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO
- FRANCO PUYO MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA, UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO
- RUIZ CAMPO LEYRE. MEDICO RESIDENTE 1º AÑO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- OMISTE SANVICENTE TERESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) como el lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome antifosfolípido (SAF) tienen un riesgo aumentado de patología obstétrica: abortos de primer trimestre, pérdidas fetales (>10sem), eclampsia, preeclampsia, prematuridad y de retraso de crecimiento intraútero. Estas pacientes también presentan un riesgo aumentado de complicaciones de su patología de base, fundamentalmente brotes en el embarazo y postparto.

Estudios recientes muestran la posible utilidad de la ecografía-doppler de arterias uterinas, fundamentalmente con un elevado valor predictivo negativo para las complicaciones obstétricas de estas pacientes.

Pretendemos evaluar la capacidad de esta técnica para

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Realización de eco-doppler de arterias uterinas a pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas como lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido (SAF) y enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC).

? Evaluación de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, negativo y cocientes de probabilidad de la ecografía doppler de arterias uterinas para descartar complicaciones obstétricas en pacientes embarazadas con EAS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Identificación de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas y gestaciones de riesgo (Dres. Luis Sáez Comet, José Velilla Marco, José Manuel Campillos Maza, Blanca Envid Lázaro, Pilar García Enguita, M^a Jesús Franco Puyo).

- Visitas de seguimiento en consultas externas de la UEAS y UAR (Dres. Luis Sáez Comet, José Manuel Campillos Maza, Blanca Envid Lázaro, Pilar García Enguita, M^a Jesús Franco Puyo, ATS Dolores Pamplona Villalba).
- Realización de eco-doppler de arterias uterinas a pacientes seleccionadas (Dr. Diego Lerma Puertas, Dras. Silvia Ortega Marcilla y Leyre Ruiz Campo).
- Evaluación de resultados obstétricos (Dras. Silvia Ortega Marcilla y Leyre Ruiz Campo, Dr. Campillos, Dr. Sáez Comet, ATS Dolores Pamplona Villalba).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Incluir al menos 80% de pacientes con EAS y gestaciones de riesgo evaluadas en la consulta de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas en el año 2011.

- Evaluar resultados obstétricos y de eco-doppler de arterias uterinas de gestantes con EAS en años 2009 y 2010 (estudio retrospectivo)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Marzo-Abril'2011:

- o Redacción del proyecto.
- o Selección de pacientes para estudio retrospectivo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

089

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA ANALISIS CITOLOGICO POR CITOMETRIA DE FLUJO

2. RESPONSABLE CARLOS SALVADOR OSUNA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CABALLERO NAVARRO GONZALO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE NEUROLOGIA
- GALLEGOS LLERENA CESAR ARNALDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
- COSTILLA BARRIGA LISSETTE DEL PILAR. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
- CASTELLANOS CUSTARDOY TERESA. TEL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PERIBAÑEZ MERELLES PILAR. TEL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La citometría de flujo (CMF) es la técnica más sensible y específica para la detección de infiltración neuromeningea por procesos oncohematológicos. El líquido cefalorraquídeo (LCR) tiene sin embargo capacidad citolítica. Dado que la citometría precisa células viables para poder obtener resultados fiables, el procesamiento de la muestra deba realizarse en 30 minutos desde la extracción (Biomédica 2010;30(Supl):11-21). Teniendo en cuenta que el transporte de la muestra puede precisar de un tiempo superior y que numerosas neoplasias tienen células susceptibles de entrar en apoptosis, especialmente aquellas de mayor agresividad, se ha detectado que un alto porcentaje de las muestras recibidas en la unidad de citometría no tienen celularidad viable en el momento del análisis, lo que obliga a repetir la extracción. Por otra parte, en aquellas muestras infiltradas por células tumorales que fácilmente puedan entrar en apoptosis, es posible, a pesar de un procesamiento inmediato, que la técnica sólo detecte la celularidad residual normal, resultando un análisis falsamente negativo. Por todo lo anteriormente dicho, en la situación actual, la obtención de muestras de LCR para citometría sólo puede realizarse de lunes a viernes, en horario de trabajo y ello con altas posibilidades de obtener resultados no representativos de la situación clínica real del paciente. Estudios recientes (J Clin Oncol. 2009;27:1462-1469. Curr Protoc Cytom. 2008; Chapter 6: Unit 6.25) demuestran que el empleo de soluciones estabilizantes previenen la pérdida celular debida a la apoptosis y a los efectos citotóxicos in vitro del LCR sobre los leucocitos, manteniéndose la eficacia de la estabilización por periodos superiores a las 48 horas desde su obtención, lo que permitiría ofertar un servicio de diagnóstico in vitro fiable y de calidad independientemente del horario de extracción de la muestra y de las posibilidades de transporte inmediato.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º Eliminar la pérdida de muestras de LCR debidas a la citolisis y/o apoptosis. Evitar que un paciente tenga que someterse a una nueva punción lumbar por este motivo.
2º Posibilitar que la obtención de la muestra se efectúe en el momento que el paciente lo necesita, independientemente del horario de la extracción.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Adquisición de solución estabilizante celular y de antígenos TransFix (UKNEQAS, Sheffield, Reino Unido).
Elaboración de un protocolo en el que se detalle la técnica de obtención, estabilización, transporte y almacenamiento de las muestras de hasta su procesamiento.
Elaboración de un documento de solicitud de estudio.
Envío de cartas y realización de reuniones formativas para la explicación y difusión del protocolo entre el personal facultativo que previsiblemente realice la extracción y el personal técnico encargado de la recepción de la muestra en el laboratorio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Formación del personal facultativo (inicialmente neurología y hematología del Hospital Miguel Servet) adscrito:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 089

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA ANALISIS CITOLOGICO POR CITOMETRIA DE FLUJO

(Nº facultativos formados/Nº facultativos de los Servicios de Neurología y Hematología)*100

A conseguir un mínimo del 70 %

Envío de cartas con instrucciones de procedimiento de conservación y almacenaje de las muestras al personal técnico del Servicio de Hematología encargado de la recepción de la muestra:

(Nº personas formadas/Nº TEL adscritas al área de citometría y recuentos)*100

A conseguir un mínimo del 70 %

Correcta cumplimentación del volante de solicitud: 90 %

(Nº peticiones correctamente cumplimentadas / Nº total de peticiones recibidas)*100

A conseguir un 80 %

Correcta estabilización de la muestra: debería lograrse en el 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo y documento de petición de estudio: hasta 15 de Mayo.

Envío de cartas al personal técnico y facultativo: segunda quincena de mayo

Formación del personal facultativo adscrito: primera semana de junio.

Puesta en marcha del protocolo: segunda semana de junio.

Duración del proyecto: se mantendrá el proyecto de mejora de calidad durante 2010 en el Hospital Miguel Servet. En 2011 se optará a la renovación del proyecto y se ofertará al resto de hospitales de la CA de Aragón.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Solución estabilizante Transfix (UKNEQAS,	203 €
Total	203 €

11. OBSERVACIONES. Cada vial de transfix de 20 mL puede estabilizar 150 muestras de LCR, por lo que con un envase se cubriría el volumen de muestras de unos 2 años.

*Solución estabilizante Transfix (UKNEQAS, Sheffield, Reino Unido). Cada vial de 20 mL estabiliza entre 150 y 200 muestras de LCR

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 154

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CONTROL DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DEL PACIENTE PALIATIVO Y SU FAMILIA

2. RESPONSABLE OLGA SANCHEZ BAYON

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUALLART CALVO REYES. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA
- PUERTOLAS HERNANDEZ TERESA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA
- VIZOSO ROMAN MARIA JOSE. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA
- PEREZ CEBRIAN EULALIA. AUXILIAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA
- MARTIN ROY JULIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA
- MILLAN CALMACHE MARIA JESUS. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA
- PERIBAÑEZ GAIRIN TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entre las actividades enfermeras que se realizan en la planta de oncología del Hospital Miguel Servet se ha seleccionado la oportunidad de mejora relativa a la potenciación del papel del personal de enfermería en el control de síntomas y emociones de los familiares y pacientes paliativos y/o terminales, mediante la elaboración y puesta en marcha de un protocolo para tal fin. Este área de mejora pretende repercutir en el paciente y su familia, disminuyendo sus miedos y soledad, favorecer la comunicación del paciente con su familia y con el personal de enfermería; ayudar a no perder el control, adaptarse a los cambios de rol en las relaciones y la pérdida de reciprocidad. Además se pretende informar de forma sensible acerca de la muerte y la agonía. Es decir, esta oportunidad seleccionada tiene implicaciones en las diversas dimensiones de la calidad (científico-técnica, satisfacción del cliente, seguridad).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como se ha señalado el objetivo es mejorar la comunicación de la familia del paciente paliativo.:

- Valorar el estado emocional de los familiares del paciente terminal.
- Fomentar la comunicación del paciente con sus familias más cercanas
- Aliviar sus miedos.
- Disminuir la soledad del paciente y su familia.
- Fomentar la sensación de seguridad, dignidad y confianza al paciente y su familia.
- Reconocer al paciente y su familia como una unidad.
- Respetar los valores, preferencias y elecciones del paciente.
- Reforzar el apoyo a los familiares en el enfrentamiento a la muerte.
- Realizar las actividades enfermeras específicas en cada caso relacionadas con los diagnósticos enfermeros de los Dominios Afrontamiento/tolerancia al estrés, Principios vitales, Seguridad/protección y Confort.
- Establecer unos criterios y estándares de calidad en los registros enfermeros.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ACTIVIDADES:

Responsable

1.- Elaboración del protocolo ---Olga Sanchez, Reyes Guallart

2.- Dar a conocer a todo el personal (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores y administrativa) el protocolo---Olga Sanchez y Reyes Guallart y M^a Jose

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

154

MEJORA EN EL CONTROL DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DEL PACIENTE PALIATIVO Y SU FAMILIA

Vizoso

3.- Implantación--Olga Sanchez y Reyes Guallart M^a Jose Vizoso y Eulalia Perez

4.- Evaluación de los indicadores y resultados obtenidos--Olga Sanchez, M^a Jose Vizoso, Reyes Guallart y Eulalia Perez

5.- Nuevas oportunidades de mejora---Todo el grupo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Criterio: Todo paciente paliativo que ingresa en la planta de Oncología debe tener una valoración de la situación emocional de los familiares del paciente.

Nº de pacientes que ingresan en planta Oncología y tienen los familiares valoración emocional/ Nº total de pacientes paliativos que ingresan en la planta de Oncología x 100

Aclaración: Solo se considerarán válidos los pacientes que permanezcan ingresados en planta más de 48 horas

Aclaración: El paciente y los familiares deberán comprender el español.

2-Criterio: Todo paciente paliativo que ingresa en la planta, tiene que tener una valoración emocional.

Nº pacientes paliativos que ingresan en la planta de Oncología y tiene realizada la valoración emocional / Nº total de pacientes paliativos que ingresan en la planta de Oncología x 100

Aclaración: Solo se considerará válido aquel paciente que esté en plenas facultades mentales para poder realizar la valoración.

Aclaración: El paciente deberá comprender el español.

Tras tres meses del fallecimiento del paciente, nos pondremos en contacto con la familia y pasaremos una encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2011 Fecha de finalización: Diciembre 2010

Calendario:

Actividades 2011	Fecha realización
Elaboración del protocolo	Abril - Mayo 2011
Difusión del protocolo	Junio 2011
Implantación del protocolo	Septiembre a Diciembre 2011
Evaluación	Enero a Abril de 2012
Nuevas oportunidades de mejora	Mayo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESORA	100 €
· IMPRESORA	50 €
Total	150 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

101

ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES (SEGUNDA PARTE).

2. RESPONSABLE GONZALO SANTANA LOPEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA
- GONZALEZ SANZ VICTOR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CUIDADOS INTENSIVOS
- HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. FARMACIA
- GALICIA FLORES TANIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las resistencias antibióticas hacen a las infecciones asociadas a cuidados sanitarios más difíciles de prevenir y tratar, porque:

- Incrementan la estancia hospitalaria y la morbi-mortalidad.
- Contribuyen a la diseminación de la infección nosocomial.
- Obligan a utilizar fármacos más alejados del tratamiento convencional con un perfil de seguridad y efectividad de menor evidencia conocida.
- Incrementan los costes asociados a cuidados.

Se puede afirmar por tanto que los gérmenes multirresistentes son una entidad de incuestionable importancia en el contexto de las infecciones asociadas a cuidados sanitarios. Sin embargo, hoy en día no existe un consenso internacional en la definición de multirresistencia.

La relación entre la aparición de gérmenes multirresistentes y el uso adecuado de fármacos antimicrobianos es clara.

Una definición de multirresistencia ajustada a nuestro entorno así como una guía de buen uso del medicamento específico por localización y agente pueden reducir las infecciones por estos gérmenes y disminuir sus resistencias antibióticas.

El trabajo multidisciplinar entre los servicios de Microbiología, Farmacia y Medicina Preventiva es una pieza clave en el camino hacia la reducción de este tipo de infecciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Elaboración de un borrador de la guía.

Indicador: borrador de la guía elaborado.

Estándar: sí.

Resultado: sí.

1.1. De la revisión se obtienen los artículos que figuran en la bibliografía adjunta al proyecto. Como artículos de referencia se tomaron los siguientes documentos:

- Management of multidrug-resistant organism in healthcare settings, 2006. CDC.
- New and updated protocols for AST 2005. EARSS.
- Estudio de prevalencia de infección nosocomial en España. Proyecto EPINE 2009.

1.2. Definiciones gérmenes multiresistentes:

- Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM): Todo aquel Staphylococcus aureus que en el antibiograma presente resistencia a oxacilina.
- Enterobacterias productoras de Betalactamasa plasmídicas de espectro extendido (BLEE): Todo aquel germen dentro del siguiente grupo:

* Klebsiella pneumoniae

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

101

ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES (SEGUNDA PARTE).

*Escherichia col

*Proteus mirabilis

En cuyo antibiograma figure resistente a cefotaxima y/o resistente BLEE.

- Acinetobacter baumannii: Todo Acinetobacter baumannii cuyo antibiograma sea resistente a al menos uno de los siguientes antibióticos:

*Carbapenémicos: imipenem o meropenem.

*Colistina.

- Pseudomonas aeruginosa: Cualquier Pseudomonas aeruginosa que presente en el antibiograma resistencia a al menos uno de los antibióticos de 3 o más de los siguientes cinco grupos de antimicrobianos:

*Cefalosporinas: Cefotaxidima. Cefepima.

*Fluorquinolonas: Ciprofloxacino. Levofloxacino.

*Aminoglucosidos: Gentamicina. Tobramicina. Amikacina.

*Carbapenémicos: Imipenem. Meropenem.

*Penicilinas o asociación de penicilina con inhibidor de betalactamasas:

Piperacilina / tazobactam. Ticarcilina / Ácido Clavulánico.

- Enterococo resistente a vancomicina (ERV): Todo Enterococcus spp. cuyo antibiograma tenga resistencia a vancomicina o linezolid.

- Otros microorganismos multirresistentes:

*Cualquier microorganismo que el Servicio de Microbiología considere de especial seguimiento y así quede reflejado en el antibiograma o sea comunicado al Servicio de Medicina Preventiva.

*Cualquier microorganismo que presente resistencia a todos los antibióticos mostrados en el antibiograma.

-A principio de Enero 2011, el servicio de microbiología nos facilita los datos en formato hoja de cálculo correspondientes al perfil de resistencia de todos los gérmenes estudiados.

-En la actualidad se están depurando los datos para procesarlos con un programa estadístico y valorar la epidemiología del hospital.

2. Presentación de la guía a la Comisión de Infecciones.

Indicador: guía aprobada por la Comisión de Infecciones.

Estándar: sí.

Resultado: pendiente.

3. Presentación de la guía a servicios clave.

Indicador: guía presentada en sesión a servicio/s clave.

Estándar: sí.

Pilotaje de cumplimiento de las recomendaciones.

Indicador: número de infecciones de localización y germen indicado en la guía tratados según pauta recomendada / número de infecciones de localización y germen indicado en la guía tratados (por 100).

Estándar: >75%

Resultado: pendiente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

101

ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES (SEGUNDA PARTE).

4. Revisión y puesta en común de la primera versión de la guía, identificación de puntos de mejora.

Indicador: informe de evaluación.

Estándar: informe realizado.

Resultado: pendiente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende elaborar una guía de fácil manejo basada tanto en la evidencia disponible como en la realidad de nuestro entorno de recomendaciones antibióticas frente a gérmenes multirresistentes.

Criterio de Calidad: Ante una infección por microorganismo multirresistente deberá utilizarse alguno de los fármacos recomendados en la guía siempre que no existan contraindicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión bibliográfica de gérmenes multirresistentes y tratamiento antibiótico recomendado. Método: revisión sistemática. Responsable: Gonzalo Santana

2. Análisis de los resultados de infecciones por multirresistentes en nuestro entorno. Método: estadística descriptiva. Responsable: Gonzalo Santana

3. Elaboración de una guía breve y manejable de los principales procesos y gérmenes y sus recomendaciones de tratamiento. Método: priorización de procesos y gérmenes clave, elaboración de un borrador sencillo y manejable. Responsable: Gonzalo Santana

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elaboración de un borrador de la guía.

Indicador: borrador de la guía elaborado.

Estándar: sí.

2. Presentación de la guía a la Comisión de Infecciones.

Indicador: guía aprobada por la Comisión de Infecciones.

Estándar: sí.

3. Presentación de la guía a servicios clave.

Indicador: guía presentada en sesión a servicio/s clave.

Estándar: sí.

4. Pilotaje de cumplimiento de las recomendaciones.

Indicador: número de infecciones de localización y germen indicado en la guía tratados según pauta recomendada / número de infecciones de localización y germen indicado en la guía tratados (por 100).

Estándar: >75%

5. Revisión y puesta en común de la primera versión de la guía, identificación de puntos de mejora.

Indicador: informe de evaluación.

Estándar: informe realizado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión bibliográfica de gérmenes multirresistentes y tratamiento antibiótico recomendado: marzo-abril 2010

- Análisis de los resultados de infecciones por multirresistentes en nuestro entorno: mayo-septiembre 2010

- Elaboración de un borrador de la guía: septiembre-diciembre 2010

- Presentación de la guía a la Comisión de Infecciones: primer semestre 2011

- Presentación de la guía a servicios clave: primer semestre 2011

- Pilotaje de cumplimiento de las recomendaciones: segundo semestre 2011

- Revisión y puesta en común de la primera versión de la guía, identificación de puntos de mejora: segundo semestre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 101

ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES (SEGUNDA PARTE).

11. OBSERVACIONES. Bibliografía

- Lipsitch M, Samore MH. Antimicrobial use and antimicrobial resistance: a population perspective. *Emerg Infect Dis* 2002; 8: 347-54
- Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, O'Grady NP, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009 Jul 1;49(1):1-45.
- Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD004417.
- ECDC Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections Programme. Antibiotic resistance in Europe: the challenges ahead. *Euro Surveill*. 2009 Nov 12;14(45). pii: 19405.
- Therre H. National policies for preventing antimicrobial resistance - the situation in 17 European countries in late 2000. *Euro Surveill*. 2001 Jan;6(1):5-14.
- Walton RT, Harvey E, Dovey S, et al. Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jul 16;(3):CD002894.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, et al. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000259.
- Scottish intercollegiate Guidelines Network. Community management of lower respiratory tract infection in adults (No.59). Edinburgh: SIGN; 2002. Available from:URL: <http://www.sign.ac.uk>
- British Thoracic Society. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. *Thorax* 2001;56(suppl IV). Available from: URL: <http://www.brit-thoracic.org.uk>
- Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, et al. Effect of ? lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillin: prospective cohort study. *BMJ* 2002;324:28-31
- Barbut F, Meynard JL. Managing antibiotic associated diarrhoea. *BMJ* 2002;324:1345-6.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 082

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE PROTOCOLO EN EL MANEJO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE LA COLITIS ULCEROSA ACTIVA MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

2. RESPONSABLE LUIS SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PARADISI CHACON CARLOS EDUARDO. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
 - GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
 - MARTINEZ MOMBILA ELENA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
 - GALLEGO MONTAÑES SONIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
 - ARTIGAS MARIN JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
 - LAZARO RIOS MARIA. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
 - VAL PEREZ JOSE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Colitis Ulcerosa es un trastorno inflamatorio crónico recidivante del tracto gastrointestinal que en España muestra una incidencia de 8-10 casos en 100.000 habitantes y una prevalencia de 125 casos por cada 100.000 habitantes, sufriendo con mayor o menor frecuencia brotes de actividad a lo largo de su vida. Durante estas fases de actividad, estos pacientes son sometidos de forma repetida a técnicas diagnósticas basadas en radiaciones ionizantes, provocando dosis acumulativas en base al número de exploraciones a las que han sido expuestos. Igualmente son sometidos a pruebas con cierto grado de invasividad, como la video-colonoscopia. Es habitual el uso de técnicas radiológicas (enema opaco, TAC, RM) para el diagnóstico, seguimiento y valoración del grado de actividad de la Colitis Ulcerosa. La gravedad de la enfermedad la define el estado sintomático del paciente y por tanto, viene expresada por los datos clínicos. Es por ello que el grado de afectación de la enfermedad puede ser objetivado mediante valoración endoscópica de los segmentos intestinales afectos con alta correlación respecto al grado de severidad clínica. Las técnicas radiológicas de cortes tomográficos (TAC y RM) han demostrado una sensibilidad superior al 95% en el estudio de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ya que ayudan a la caracterización de segmentos de intestino afectado así como a la identificación de alteraciones extraluminales. La RM-colonografía es una técnica carente de radiación ionizantes, de utilidad demostrada en el diagnóstico y seguimiento evolutivo de este proceso. Ante el gran desarrollo que han tenido las técnicas de Resonancia Magnética en la última década, especialmente con el reciente advenimiento de la técnica de Difusión (DW-MR) y su gran capacidad teórica para la cuantificación de procesos inflamatorios, surge la posibilidad de cuantificar la actividad inflamatoria local en base a la correlación clínico-radiológica y el estado clínico-biológico de los pacientes en la Colitis Ulcerosa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Desechar el uso de pruebas radiológicas convencionales de menor eficacia, tal como el colon por enema.
2.- Reducir la frecuencia del uso de técnicas diagnósticas con radiaciones ionizantes, TC, principalmente en pacientes jóvenes.
3.- Establecer los criterios para el uso de técnicas con radiaciones ionizantes (TC-colonografía y TC-colonoscopia) o sin radiaciones ionizantes (RM-colonografía).
4.- Validar el uso de técnicas de imagen no radiantes en el control y seguimiento de pacientes con Colitis Ulcerosa frente al uso de técnicas más invasivas (video-colonoscopia).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Establecer un protocolo de manejo en los pacientes con Colitis Ulcerosa en fase activa racionalizando las diversas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

082

ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE PROTOCOLO EN EL MANEJO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE LA COLITIS ULCEROSA ACTIVA MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

pruebas de imagen radiantes y no radiantes disponibles.

2.-Determinar la correlación existente entre los diversos sistemas de valoración clínica del grado de actividad de la enfermedad y los diversos hallazgos obtenidos mediante técnicas de imagen y colonoscopia.

3.-Aplicación del protocolo elaborado en las consultas monográficas de enfermedad inflamatoria del Servicio de Aparato Digestivo.

4.-Difusión del protocolo una vez creado y validado, a los diversos servicios clínicos potencialmente implicados (Digestivo, Cirugía General, Radiodiagnóstico, Medicina Interna, Urgencias) y los diversos foros interdisciplinarios, y sesiones hospitalarias.

5.-Establecer protocolos de realización de las diversas técnicas de Diagnóstico por Imagen (TC y RM colonografía) implicadas en este protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Porcentaje de pacientes con Colitis Ulcerosa en fase activa que han requerido alguna técnica de Diagnóstico de Imagen. Determinar qué porcentaje de ellos ha sido sometidos a TC o RM.

2.-Determinar el porcentaje de pacientes con indicación de técnicas de colonografía (RM o TC) que han sido sometidos a ellas.

3.-Determinar el porcentaje de estudios TC o RM que cumplen los criterios establecidos en los protocolos de realización de dichas técnicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del estudio en Abril de 2011

Finalización del estudio en Diciembre de 2012

Finalizar la elaboración del protocolo de manejo en los pacientes con Colitis Ulcerosa activa en durante el tercer trimestre de 2011.

Dar difusión a dicho protocolo durante el cuarto trimestre de 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

INFORMATIZACION DE LA SECCION DE ECOGRAFIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE RICARDO SAVIRON CORNUDELLA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TOBAJAS HOMS JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
- BAILO MASTRAL PABLO. INFORMATICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. INFORMATICA
- EREZA ABEJER YOLANDA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD ECOGRAFIAS OBSTETRICAS
- HERRANZ MARTINEZ ISABEL. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD ECOGRAFIAS OBSTETRICAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -Situación de partida:

1.Actualmente en la sección de ecografías del Servicio de Obstetricia realizamos el informe de la ecografía obstétrica a mano, lo que implica:

- gasto en papel autocopiable y pegatinas
- trabajo celadores: traigan las historias y las retiren diariamente
- trabajo de las auxiliares: petición de historias, ordenarlas e incluir pegatinas en los informes y prepararla para los facultativos
- trabajo facultativos: tiempo que supone realizar el informe a mano
- carecer de informatización a nivel hospitalario: no tenemos los datos volcados en la intranet del hospital por lo que si se quiere tener acceso a un informe ecográfico hay que solicitar la historia
- no disponemos de una base de datos: lo que supone, entre otras cosas, la falta de publicaciones en la sección

2.No disponemos de protocolos y tablas de normalidad ecográfica informatizadas, están en papel y no tienen acceso todos los facultativos del hospital y del área

-La importancia de este proyecto de informatización radica en la implantación de un modelo informático para los informes ecográficos obstétricos que mejoraría los siguientes aspectos:

- la calidad del servicio a los pacientes (con una información más detallada)
- la información al tocólogo del área;
- la optimización del trabajo de los facultativos, auxiliares y celadores
- el trabajo de investigación
- la organización del servicio
- disminución de la variabilidad clínica
- utilización de menos recursos ambientales (se suprime el papel y las pegatinas)
- el funcionamiento de la consulta de diagnóstico prenatal (ya que la historia clínica también se realiza en papel)

Todo esto supondrá un ahorro de recursos y mejorar la accesibilidad al informe desde la intranet del hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Es la primera vez que se presenta un proyecto de este tipo (informatización) en la sección de ecografías de obstetricia -Actualmente se han retirado los libros de citaciones de ecografias de screening del sector I y II (realizándose todas por el programa Nut del Hospital) y también se han retirado los libros de recogida de pacientes vistos en cada consulta como primer paso.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Realizar un formulario de ecografías obstétricas (con el programa HPDoctor, disponible en nuestro centro) de:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

INFORMATIZACION DE LA SECCION DE ECOGRAFIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

- Ecografías del primer trimestre
- Consulta de diagnóstico prenatal + amniocentesis + biopsias coriales
- Ecografías morfológicas
- Ecografías del tercer trimestre
- Ecocardiografía fetal

Que generarán sus correspondientes informes que se guardaran en la red de intranet del hospital (pudiendo ser accesibles desde cualquier ordenador) y cuyos datos se archivaran en una base de datos para poder explotarlos y realizar labores de investigación y publicación. Dispondremos de una base de datos de malformaciones fetales muy difícil de realizar ahora.

2-Que conllevará la desaparición del papel y las pegatinas (con su ahorro correspondiente tanto económico como a nivel ambiental) y la no necesidad de solicitar las historias clínicas (se realizan unas 17.000 ecografías al año?).

3-Optimización del trabajo del personal del Hospital:

- Las auxiliares: no se pedirían pegatinas para las historias, no prepararían los informes ni las historias, desaparición libros registros auxiliares, ... ·Desaparición de la historia clínica (no las tendrán que traer los celadores)
- Facultativos: más tiempo dedicar a realizar ecografía por disminución de tiempos para realizar informe

4-Garantizar la continuidad del proyecto con nuevas mejoras en años sucesivos, con la posibilidad de en un futuro sincronizar base de datos con otros servicios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realización conjunta con el servicio de informática (Pablo Bailo) de un formulario, informes y base de datos

-Aumentar el tiempo disponible para realizar la ecografía por el facultativo

-Dejar de solicitar hojas, pegatinas e historias clínicas (optimizando trabajo de las auxiliares y los celadores)

-Mejora información del informe de la ecografía (tocólogos y pacientes) y mejora calidad asistencial a la paciente

-Aumentar el número de publicaciones

-Recoger los protocolos realizados hasta la fecha y las tablas de normalidad ecografía y subirlos a la intranet para que tengan acceso todos los facultativos del servicio.

-Informatización y optimización de la consulta de diagnóstico prenatal:

·Desaparición de hoja de recogida de datos de la consulta y de la hoja de petición a genética

·Recoger datos en un formulario

·Día de la prueba de diagnóstico prenatal (amniocentesis o biopsia corial) se terminen de rellenar datos del formulario con los datos ecográficos de la prueba.

·Fusionar base de datos de amniocentesis con nueva base de datos generales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Indicador 1: Número de informes ecográficos informatizados

-Indicador 2: Mejora información tocólogo y paciente (encuesta a tocólogos-pacientes y propios miembros de la sección) encuestas

-Indicador 3: Aumentar publicaciones y posters-comunicaciones a congresos (comparar número de publicaciones del año anterior)

-Indicador 4: Disminución de petición de hojas, pegatinas e historias clínicas (comparar peticiones realizadas en años previos)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2011:

-Puesta en común y diseños preliminares de los informes, base de datos y formularios

Septiembre 2011:

-Inicio de la introducción de las mejoras

-Dejar de solicitar informes autocopiables e historias clínicas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 186

INFORMATIZACION DE LA SECCION DE ECOGRAFIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

-Creación de la encuesta de satisfacción a ecografistas y tocólogos

Noviembre 2011:

-Introducción mejoras en la consulta de diagnóstico prenatal (informatización de la consulta) y eco cardiografía fetal

Marzo 2012:

-Subir a la red del hospital (intranet) los protocolos y las tablas de referencia ecográficas de la sección

-Evaluación de resultados de las encuestas e introducción de posibles mejoras.

-Recogida publicaciones y comunicaciones de la sección realizadas en los últimos meses o en proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Discos duro portatiles	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. Se va a valorar la posibilidad de guardar los consentimientos informados escaneados (tanto de ecografía morfológica como de pruebas invasiva) previa consulta con expertos jurídicos.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 491

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS (ECVI-38) COMO CUANTIFICADOR Y MEDIDOR DEL ESPECTRO DE CONSECUENCIAS DERIVADAS DE UN ICTUS Y LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REIGADA SANTACRUZ PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- BERTOL ALEGRE VICENTE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- GARCIA GARCIA ERNESTO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- VENTURA TIRSO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- DE JUAN YOLANDA. NEUROPSICOLOGA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- COARASA LIDON DE ROBLES ANA. MEDICO. CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El accidente cerebrovascular (ictus) es la tercera causa de muerte en el mundo, el ictus causa frecuentes y variadas consecuencias físicas, funcionales, psicológicas y sociales. La mejoría en el manejo del paciente en la fase aguda ha llevado a una reducción de la mortalidad, y con ello aumenta relativamente el número de individuos que viven con deficiencias y discapacidades residuales. Existe consenso en que la efectividad de cualquier tratamiento debe valorarse no sólo en términos de tiempo de supervivencia, sino también en cómo es la vida del individuo en este periodo, sin embargo, la falta de instrumentos eficaces para medir los cambios en los individuos receptores de los tratamientos ha limitado la aplicación práctica de este concepto a pacientes con ictus. La calidad de vida (CV) fue definida por el grupo de Calidad de Vida de la OMS como "percepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive, y relacionado con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como " el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada". Sin la evaluación de la CVRS un tratamiento puede estimarse exitoso a pesar de un pobre funcionamiento psicosocial o de adaptación a la enfermedad. Por ejemplo, pacientes con ICTUS que son altamente independientes de acuerdo a la puntuación de Barthel (IB) puede, sin embargo, experimentar limitaciones en áreas como encontrar trabajo y actividades de ocio, o en el ajuste emocional. A la vez, un tratamiento que benefició el estado psicosocial puede rechazarse porque no es bueno para mejorar el funcionamiento físico. El desarrollo reciente de terapias como trombolíticos y neuroprotectores ha resaltado la necesidad urgente de mejorar las medidas de resultado para el ictus, con inclusión de medidas de CV. Para resolver las limitaciones metodológicas y conceptuales se ha desarrollado la primera medida hispana de resultado específico para Ictus: la escala de calidad de vida para el ictus de 38 elementos (ECVI-38).

Bibliografía:

- O. F et al. Escala de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. Rev Neurol 2005; 41 (7): 391-398.
- F.J.Carod-Artal. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. Rev Neurol 2004; 39 (11): 1052-1062.
- Haacke C et al. Longterm outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements, Stroke 2006; 37:193-8.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Medir refinadamente la CVRS y así evaluar de una forma clara y detallada la eficacia y efectividad de las intervenciones médicas realizadas al paciente con ictus, incluidas las de un programa neurorehabilitador individualizado e integral.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

491

EMPLEO DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS (ECVI-38) COMO CUANTIFICADOR Y MEDIDOR DEL ESPECTRO DE CONSECUENCIAS DERIVADAS DE UN ICTUS Y LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE LOS PACIENTES

- Evaluar el impacto de intervenciones o políticas de salud en esta enfermedad.
- Evaluar la salud de una persona que ha sufrido un Ictus en un punto en el tiempo, y según la deficiencia actuar sobre ella.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La ECVI es un instrumento que comprende 38 ítems agrupados en ocho subescalas: estado físico (EF), comunicación (CO), cognición (CG), emociones (EM), sentimientos (SE), actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades comunes de la vida diaria (ACVD) y funcionamiento sociofamiliar (FSF).

Aplicar la ECVI al alta de hospitalización del paciente con Ictus, tanto del Servicio de Neurología como el de Rehabilitación, según criterios de inclusión (pacientes que sufrieron un ictus, infarto cerebral o hemorragia intracerebral, entre 1 mes y 1 año de evolución, con estado mental y del lenguaje que le permita responder las encuestas), a los 3 y 6 meses del alta en revisión en consultas externas de Unidad de Neurorehabilitación. Se excluyeron aquellos individuos con otras enfermedades que asocian un alto grado de discapacidad, enfermedades terminales, retraso mental o psicosis, ictus previo conocido o demencia previa conocida.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Para evaluar estado neurológico utilizaremos la escala para el ictus del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIHSS)

- Para evaluar la discapacidad, utilizaremos el índice de actividades básicas de la vida diaria de Barthel (IB) y de Lawton (EL)
- Estado cognitivo: Test minimental de Folstein (MMSE) y la prueba del reloj a la orden (PRO)
- Estado emocional: escala geriátrica de depresión (ED)

El rango de respuestas de cada ítem es entre 1 y 5, para realizar la estandarización a porcentaje se adopta el siguiente algoritmo:

$Puntuación = (media - 1) \times 100 / 5 - 1$

Cada subescala tiene un rango entre 0 y 100. La puntuación total de la escala se obtiene del promedio de la puntuación de las subescalas.

Categoración de la respuesta:

<25% : sin afectación
25->50%: afectación leve
50->75: afectación moderada
75 o más : afectación grave

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo y encuesta: Abril 2011
Evaluación de la encuesta y análisis de los resultados: Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

1. TÍTULO

MÉTODOS ALTERNATIVOS, NO FARMACOLÓGICOS, PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LA FASE LATENTE DEL PROCESO DE PARTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS).

2. RESPONSABLE VANESSA TEBAN PONCE

- Profesión MATRONA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PARITORIOS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ LEON MARTA. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- ALVAREZ ALONSO BEATRIZ. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- BERGES PEREZ RUT. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- LAENCINA LAZARO ROSARIO. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- LAFUENTE PARDOS SUSANA. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- MANGLANO ALONSO FLAVIA. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- SEBASTIAN GURRIA ISABEL. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El parto es un momento único y uno de los más importantes en la vida de una mujer, lo que hace que confluyan una mezcla de sentimientos y emociones diversas como temor a lo desconocido, excitación, miedo al dolor, ansiedad o estrés que pueden afectar al buen desarrollo tanto físico como emocional del proceso de parto.

Esta situación excepcional hace que la calidad de los cuidados y atención de la gestante durante el parto se convierta en un proceso delicado y básico para la buena evolución del parto, donde la matrona tiene un papel central en la responsabilidad de estos cuidados.

No debemos olvidar que nos encontramos en un medio hospitalario y que el entorno físico puede afectar a la evolución del parto por lo que debemos tener en cuenta que a veces nos encontramos determinadas situaciones donde se realiza un ingreso precoz de la gestante en nuestra unidad (preinducciones, embarazo de alto riesgo, rotura prematura de membranas, causas yatrogénicas..) y las mujeres se enfrentan al propio proceso fuera de su espacio personal de seguridad e intimidad, posiblemente compartiendo habitación con otra gestante.

El intervalo de tiempo de estancia en nuestra unidad es, por tanto, muy variable, y el desgaste tanto físico como emocional es muy importante por lo que es básica la facilitación de un entorno favorable junto con el apoyo y acompañamiento tanto de la persona que ella considere necesaria a su lado como del personal sanitario que estamos atendiéndola.

Por otro lado, cada mujer tiene diferentes modos de afrontar este momento y sus expectativas creadas respecto al parto y su ajuste a la experiencia vivida finalmente son muy importantes en su satisfacción global.

Una expectativa central es la referida al alivio del dolor, demostrándose, en varios estudios, que existe la paradoja de que un mayor alivio del dolor no tiene por que ir acompañado de una mayor satisfacción global, sino del logro de las expectativas creadas.

Muchas mujeres son informadas tanto en los programas de educación maternal como a través de otros medios sobre los métodos farmacológicos de alivio del dolor pero desconocen otras posibilidades a su alcance que son sencillas y ofrecen muchas ventajas en la primera etapa del parto.

La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor incluye una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y emocionales y también previene la percepción psicoemocional del dolor.

Por eso creemos que un buen acompañamiento y conocimiento de las expectativas de la mujer en el momento de ingreso junto con la oferta, información y consejos acerca de los diversos métodos y medios alternativos al dolor (tanto para las mujeres que desean un parto natural sin analgesia epidural como para las que

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

519

MÉTODOS ALTERNATIVOS, NO FARMACOLÓGICOS, PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LA FASE LATENTE DEL PROCESO DE PARTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS).

desean analgesia epidural pero todavía no están en la fase activa del parto) mejoran la satisfacción de la mujer tanto durante su estancia en nuestra unidad como en la satisfacción global de todo el proceso.

Como dificultad añadida nos enfrentamos a la diversidad cultural e idiomática que encontramos a diario, por lo que el hecho de disponer de un método demostrativo basado en dibujos y pictogramas, sin ningún carácter escrito, facilitará la comunicación y el apoyo de la matrona en estas situaciones.

Debido a todo lo anterior nos parece de gran importancia para la mejora de la calidad de los cuidados la ampliación de la oferta y facilitación del uso de métodos y medidas alternativas de alivio del dolor junto con el apoyo y escucha de la matrona en un ambiente favorable, íntimo y de respeto, ya que facilita la disminución de la ansiedad, temor y dolor en esta etapa a la vez que mejora los resultados de todo el proceso del parto repercutiendo beneficiosamente todo ello en la mejora de la satisfacción de la mujer y en el cumplimiento de sus expectativas.

Algunas de las fuentes bibliográficas revisadas que avalan este proyecto de mejora en la calidad de los cuidados son:

- Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal 2010. Ministerio de Sanidad y Política social.
- "Iniciativa Parto Normal" de la FAME
- Documentos de consenso SEGO.
- Guía NICE en la atención intraparto.
- Cuidados en el parto normal: una guía práctica (OMS)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Ampliar la oferta de medios y métodos alternativos de alivio del dolor en la fase latente del parto en nuestra unidad.
- Posibilitar a la gestante la disposición clara y gráfica de las posibilidades de métodos y medidas alternativas, no farmacológicos, para disminuir el dolor en la fase latente del parto en nuestra unidad.
 - Mejorar la comunicación y el apoyo a la gestante a través del material editado, sobretudo en situaciones de diferencias idiomáticas y culturales.
 - Guiar y facilitar el apoyo y acompañamiento de la persona que ella elija haciendo partícipe a dicha persona de los consejos, medios y métodos que tienen a su alcance para el alivio del dolor.
 - Difundir la propuesta de material informativo a las gestantes que ingresan a término.
 - Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto al conocer otras posibilidades de disminución del dolor.
 - Ofrecer un medio favorable, íntimo, acogedor y respetuoso que se adapte a las necesidades personales de cada gestante.
 - Estimular la colaboración entre las profesionales implicadas en el cuidado y atención de la gestante en las diversas fases del proceso del parto.
 - Mejorar la satisfacción global de la gestante durante su estancia en nuestra unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Búsqueda de material similar ofrecido por otros centros hospitalarios y revisión bibliográfica ampliada.
- Revisión continúa de las directrices de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación de matronas, OMS, Ministerio de Sanidad y otras entidades sobre métodos alternativos para disminución del dolor en la primera fase del parto.
 - Diseño de un folleto sobre diferentes medidas y métodos de alivio del dolor en forma de pictogramas y dibujos gráficos para entregar a la gestante y a su acompañante al ingreso.
 - Diseño de material gráfico tipo póster para ser difundido en la Unidad.
 - Acompañamiento y apoyo de la matrona, según las necesidades de cada gestante y en función de la presión asistencial, desde el momento de ingreso y durante la estancia de la gestante en la unidad ofreciendo consejos y fomentando las diversas posibilidades de alivio del dolor junto con una escucha empática de las expectativas y necesidades de cada gestante individualizada.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

519

MÉTODOS ALTERNATIVOS, NO FARMACOLÓGICOS, PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LA FASE LATENTE DEL PROCESO DE PARTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS).

- Compra de materiales (pelotas, bolsas de calor, mecedoras..) para el uso de la gestante y su acompañante.
- Creación de una encuesta de satisfacción que evalúe la opinión de las gestantes sobre los medios y métodos ofertados y el acompañamiento recibido, y la posibilidad de mejoras y modificaciones según los resultados.
- Realización de sesiones periódicas entre el personal implicado en este proceso para evaluación del material, puesta en común del seguimiento del proyecto y resultados de las encuestas de satisfacción, para incluir mejoras en el proyecto a lo largo de su realización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

*Evaluación de la estructura:

- Medios adecuados
- Medios suficientes

*Evaluación del proceso:

- Autoevaluación de los propios profesionales y puesta en común de los resultados:
 1. Creación de un diario de trabajo común de las mujeres atendidas y evolución del proceso.

*Evaluación de los resultados:

- Porcentaje de gestantes ingresadas incluidas en el proyecto (respecto de las gestantes ingresadas susceptibles de ser incluidas en el proyecto):
 1. Indicador: 70% de las mujeres incluidas en el proyecto
- Satisfacción de las mujeres: creación de una encuesta sobre el grado de satisfacción respecto a la atención recibida y los medios y métodos ofertados.
- Realización de la encuesta por parte de las mujeres:
 1. Indicador: 70% de las mujeres incluidas en el proyecto rellenan la encuesta.
 2. Indicador: 70% de las mujeres muestran satisfacción en los resultados de la encuesta.

*Análisis DAFO cada 6 meses.

- ### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011:
- . Revisión bibliográfica ampliada y búsqueda de información.
 - . Puesta en común de los resultados.
 - . Diseños preliminares del material.

Mayo 2011:

- . Creación de la encuesta de satisfacción.
- . Publicación e imprenta del material creado.
- . Compra de materiales necesarios.
- . Inicio de la introducción de mejoras.

Junio 2011

- . Difusión del material.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

MÉTODOS ALTERNATIVOS, NO FARMACOLÓGICOS, PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LA FASE LATENTE DEL PROCESO DE PARTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS).

- . Realización de encuestas
- . Primera puesta en común, evaluación de resultados de las encuestas e introducción de mejoras.

Semestral

- . Puesta en común del seguimiento del proyecto, reevaluación e introducción de mejoras.
- . Análisis DAFO.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

. copistería y material de oficina y fungible	175 €
. mecedora + Biombos	300 €
. pelotas	100 €
. sacos calor y cojines	100 €
. equipo música	100 €
Total	775 €

11. OBSERVACIONES. En los estudios recientes se ha demostrado la eficacia de los siguientes métodos y medidas no farmacológicas en el alivio del dolor percibido por la gestante, en la buena evolución del parto y en el aumento de la satisfacción durante el parto por parte de la gestante:

- uso terapéutico del agua,
- la deambulaci3n y los cambios de posici3n.
- los movimientos rítmicos y de balanceo (en una mecedora...)
- El uso de pelotas
- El apoyo físico, emocional e informativo continuo por parte de la matrona
- El acompañamiento continuo de la persona que elija y su participaci3n en el proceso.
- Entorno favorable: Habitación acogedora, íntima, con luz tenue, sin ruidos, con música agradable y relajante.
- El masaje y el contacto físico tranquilizador.
- Técnicas de relajaci3n y respiraci3n.
- Uso de frío-calor.
- Acupuntura
- TENS
- Inyecciones de agua estéril.

Algunas de estas medidas ya se llevan a cabo por las profesionales que trabajamos en la unidad, pero creemos que es importante seguir avanzando en la mejora y ampliación de la oferta de estas medidas a la luz de los estudios que demuestran que el alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona.

En este proyecto nos centraremos en algunas de las medidas arriba mencionadas que han demostrado ser sencillas, útiles y muy beneficiosas para la mujer y dejaremos para una futura continuidad del proyecto aquellas técnicas con un manejo algo más complicado y donde las profesionales que trabajamos en la unidad creemos que necesitamos una formaci3n más específica para poder llevarlas a cabo.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 228

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVERSION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE MANUEL TORRES GOMEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
 - PARRA SALINAS INGRID. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
 - POVAR MARCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
 - RUBIO FELIX DANIEL. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El empleo de anticoagulación profiláctica o terapéutica se ha extendido en la actualidad a un gran número de patologías, siendo muy frecuente el uso de fármacos anticoagulantes en los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias. El conocimiento de los problemas derivados de las alteraciones de la coagulación y la terapéutica anticoagulante constituye una parte esencial del cuerpo de conocimiento de la práctica clínica en la atención en Urgencias.

A pesar de que en un futuro próximo se prevé la incorporación de los nuevos fármacos anticoagulantes orales a la batería de fármacos antitrombóticos, en el momento actual el número de pacientes anticoagulados con dicumarínicos en España sigue aumentando. En nuestra área sanitaria en la actualidad existen más de 9.700 pacientes activos anticoagulados controlados periódicamente por el Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet.

Por un lado en los últimos años se han ampliado las indicaciones, y por otro lado un mejor conocimiento de sus efectos y un control más satisfactorio nos han permitido administrárselo a personas de edad cada vez más avanzada y que con frecuencia asocian otras patologías sistémicas.

Obviamente, con la mayor utilización del tratamiento anticoagulante se objetiva un aumento de las complicaciones hemorrágicas (fatales 0,1-1%, mayores 0,5-0,6%, y menores 6-21%). No obstante, éstas se han estabilizado desde que el ajuste analítico de los dicumarínicos o antagonistas de la vitamina K se realiza mediante una razón normalizada internacional (INR). Por otro lado hay que considerar la existencia de factores de riesgo de sangrado en los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante, principalmente la edad avanzada.

Así mismo existe un volumen de pacientes anticoagulados que acuden a Urgencias por patología no hemorrágica y que precisan del ajuste y reversión de dicho tratamiento, incrementado por lo tanto la presión asistencial que supone la asistencia al paciente anticoagulado en el Servicio de Urgencias.

La reversión del tratamiento anticoagulante oral debe ser supervisada por el especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de adecuar su manejo a la evidencia científica y la práctica clínica, así como para garantizar el registro de todos los episodios clínicos en el historial del tratamiento anticoagulante de estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la estratificación del riesgo hemorrágico frente al beneficio del tratamiento de reversión del tratamiento anticoagulante oral en función de situación clínica, tipo de sangrado y factores de riesgo asociado.

• Para ello se establecerá el algoritmo de actuación más adecuado en función de la situación clínica (hemorrágica o no), de los pacientes anticoagulados que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet, optimizando así mismo los recursos terapéuticos/farmacológicos disponibles en la actualidad.

• Llevar a cabo un registro de todos los pacientes que han precisado reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio de Urgencias. Todos los episodios serán incluidos en la ficha de tratamiento anticoagulante oral dentro del sistema informático de control del TAO (ATHIS), facilitando así el control y ajuste posterior del tratamiento en estos pacientes.

• Reducir los tiempos de espera en aquellos pacientes candidatos a ser dados de alta desde el Servicio de Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Elaboración de un protocolo consensuado de manejo de la reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

228

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVERSION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.

- Difusión del protocolo tras su elaboración mediante el desarrollo de sesiones clínicas en ambos servicios de Hematología y Urgencias.
- Aplicación del protocolo de reversión del tratamiento anticoagulante oral en pacientes en que acuden al Servicio de Urgencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Elaboración de un protocolo consensuado de manejo de la reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet. Indicador: se considerará cumplido tras su elaboración y aprobación por la comisión correspondiente.

- Difusión del protocolo consensuado de manejo de la reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet. Indicador: se considerará cumplido cuando se hayan realizado las sesiones clínicas pertinentes en los Servicios de Hematología y Urgencias para garantizar su difusión en la totalidad de los miembros de ambos servicios.
- Implantación del protocolo del manejo de reversión de anticoagulación oral en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet. Indicador: N° de pacientes anticoagulados en el Servicio de Urgencias que precisan reversión en los que se ha aplicado el protocolo elaborado/ N° total de pacientes anticoagulados en el Servicio de Urgencias que precisan reversión. El valor esperado deberá ser del 100%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Elaboración de un protocolo consensuado de manejo de la reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet: Abril-Agosto 2011.

- Difusión del protocolo de manejo de la reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet: Septiembre-Octubre 2011.
- Implantación del protocolo de manejo de la reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet: Noviembre-Diciembre 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. La elaboración de este protocolo de reversión del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio de Urgencias se llevará a cabo así mismo bajo el amparo y supervisión de la Comisión de Trombosis y Hemostasia perteneciente a la Sociedad Aragonesa de Hematología y Hemoterapia.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

578

MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE CON BAJA VISION

2. RESPONSABLE CLEMENCIA TORRON FERNANDEZ-BLANCO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
 - Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO PEREZ PILAR. MIR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- ABECIA MARTINEZ EMILIO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- POLO LLORENS VICENTE. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRER NOVELLA CONCEPCION. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERNANDEZ TIRADO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- BRITO SUAREZ CARLOS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- PABLO JULVEZ LUIS. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el servicio de Oftalmología del hospital universitario Miguel Servet nos hemos propuesto realizar un proyecto de mejora en la atención del paciente con baja visión.

¿Qué es la baja visión?: son aquellos casos de niveles graves de pérdida de visión, en los que la discapacidad visual producida por la edad o las enfermedades congénitas no puede ser corregida con gafas, tratamiento médico o quirúrgico y que, sin embargo, sí pueden mejorar con mecanismos de ayudas visuales o beneficiarse de terapias de rehabilitación visual.

¿Quién puede beneficiarse?: Aquellos pacientes afectados de graves patologías oculares:

- Degeneraciones maculares
- Retinopatía diabética
- Glaucoma
- Miopía magna
- Neuropatías ópticas, ...

En España tienen baja visión más de dos millones de personas, y menos del 5% han sido rehabilitados. En la Unión Europea hay unos 20 millones y en el todo el mundo hay más de 135 millones, según la Organización Mundial de la Salud. En los países desarrollados, una de cada seis personas mayores de 65 años tienen baja visión, una de cada cuatro que supera los 70 años, una de cada tres que supera los 75 años y uno de cada dos que supera los 80 años. La baja visión está relacionada con la esperanza de vida.

Si una persona no ve con suficiente calidad como para manejarse con independencia en su vida cotidiana, tiene baja visión.

¿Qué podemos conseguir?: nuestro proyecto de mejora consiste en la elaboración de un folleto informativo donde explicaremos al paciente y a sus familiares las ayudas que existen para los afectados por baja visión que podrán facilitarles el realizar de nuevo las tareas diarias que poco a poco habían ido perdiendo: leer, cocinar, pasear, pintar, ver la televisión, coser, etc. Así como una explicación global de organizaciones a las que pueden acudir, centros de rehabilitación visual etc.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el paciente afecto de baja visión no se sienta "abandonado" o sin esperanzas de mejora y sienta que desde el servicio de Oftalmología del hospital Miguel Servet intentamos poner a su alcance todos los recursos posibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Todo el equipo de oftalmología participante en este proyecto se encargaría de: Establecer reuniones con la organización de la ONCE en Aragón para conseguir mejorar la derivación de estos pacientes y facilitar la información entre ambos organismos para que el paciente y su familia sean conscientes de las ayudas sociales o terapias que puede recibir.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

578

MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON BAJA VISION

Elaboración de un manuscrito describiendo los posibles sistemas de ayuda para la baja visión de los que pueden beneficiarse estos pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Después de elaborar el folleto informativo, sería entregado a pacientes o familiares y hemos pensado que una manera de monitorizar la utilidad sería contactando telefónicamente con el paciente un mes después de su entrega y hacerles una breve encuesta:

¿Le ha sido útil la información sobre baja visión?

¿Ha solucionado alguno de sus problemas?

¿Ha conseguido ayuda en su calidad de vida?

¿Cree que hay algo de esta información que debamos mejorar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creemos que en 6 meses podríamos tener tiempo suficiente para reunirnos con la ONCE u otras organizaciones sin ánimo de lucro y encontrar la información necesaria para elaborar el folleto informativo.

Después serían necesario revisiones de mejora cada año para ampliar o mejorar la información

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 452

1. TÍTULO

IMPLANTACION RADIOGUIADA DE MARCADORES METALICOS EN EL LECHO TUMORAL EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA PREVIO A TRATAMIENTO SISTEMICO

2. RESPONSABLE ISABEL VICENTE GOMEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MAMA GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COLMENAREJO GONZALEZ FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE MAMA SERVICIO DE GINECOLOGIA
- RUBIO CUESTA PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL INIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE MAMA SERVICIO DE GINECOLOGIA
- MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
- GARCIA MUR MARIA CARMEN. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- MARTINEZ COMIN LUIS. MEDICO. HOSPITAL MUGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- GOMEZ PEREDA RICARDO. MEDICO. HOSPITAL MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

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

El tratamiento sistémico previo a la intervención quirúrgica de los tumores de mama se ha incrementado no sólo porque se ha demostrado que no existen diferencias en términos de supervivencia libre de enfermedad, sino también porque se reduce el tamaño del tumor, permitiendo cirugias conservadoras en tumores en los que la mastectomía era el tratamiento inicial de elección para el control local de la enfermedad y también porque supone un test de quimiosensibilidad in vivo, ya que la respuesta local es un índice pronóstico y además permite desestimar tratamientos que no muestren respuesta durante su aplicación.

La respuesta a la quimioterapia neoadyuvante se ha medido por diferentes técnicas de imagen, la evolución de las lesiones en mamografía, ecografía y fundamentalmente en resonancia es paralela a la respuesta histológica. La buena respuesta del tumor durante el tratamiento puede hacer que éste sea difícil de identificar en el momento de la cirugía. Para evitarlo la colocación de marcadores en el tumor, previo o durante la quimioterapia, asegura la identificación del lecho en los casos en los que el tumor deja de ser visible.

La capacidad de identificación de lesiones tras quimioterapia ha sido estudiada en varias publicaciones concluyendo que en el 23%-57% de las pacientes, el lecho tumoral se habría identificado o hubiese sido muy difícil sin el auxilio de un marcador. No solamente la identificación del tumor para cirugía es mejor. Un trabajo del M.D. Anderson Cancer Center concluye que el riesgo de recaída en pacientes sometidas a neoadyuvancia, era superior en los casos en los cuales no se colocó marcador, independientemente de otras variables.

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

? No se utilizado de forma generalizada la técnica de inserción de marcadores metálicos en el lecho tumoral, sólo de forma aislada, por lo que no se pueden sacar conclusiones .

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

? Localización correcta prequirúrgica del lecho tumoral en pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento sistémico neoadyuvante.
? Extirpación óptima de tejido mamario que permita márgenes libres y buen resultado estético

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

452

IMPLANTACION RADIOGUIADA DE MARCADORES METALICOS EN EL LECHO TUMORAL EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA PREVIO A TRATAMIENTO SISTEMICO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7. METODO Y ACTIVIDADES A MEJORAR

? Indicaciones

En todas las pacientes que vayan a ser sometidas a neoadyuvancia, salvo que existan microcalcificaciones en número importante y fácilmente identificables en el lecho del tumor, o por las características del tumor deba realizarse mastectomía tras el tratamiento primario.

? Momento de colocación del marcador

1. Al inicio de la quimioterapia neoadyuvante, tras ser comentado el caso en Sesión , haber informado a la paciente y aceptación por parte de la misma.
2. En casos en los que el Radiólogo de Proceso de Cáncer de Mama, en el momento de hacer la BAG, considere que se pueda tratar de un caso para neoadyuvancia (tumores de tamaño 3cms o mayor, axila clínica y radiológica positiva)
3. En los casos que no se hubiese colocado el marcador al inicio, se colocará durante el tratamiento de quimioterapia si la respuesta es importante.

? Técnica de colocación

El radiólogo del Proceso valorará la utilización de la técnica con la cual se colocará el marcador (ecografía, estereotaxia) , el tipo de marcador (preferentemente sea compatible con resonancia) y el número de marcadores.

? Procedimiento previo a la cirugía

1. Al final de la quimioterapia y antes de la intervención quirúrgica , se realizarán pruebas de imagen para cuantificar la respuesta y planificar la intervención quirúrgica.
2. Si se precisa la colocación de arpón previo a la intervención se colocará con ecografía o estereotaxia.
3. Tras la intervención debe comprobarse la presencia del marcador en la pieza

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8. INDICADORES, EVALUACION Y SEGUIMIENTO

? Indicadores

? Número de casos sometidos a tratamiento sistémico previo a cirugía con marcaje /número de casos totales sometidos a tratamiento sistémico igual o mayor al 85%.

? Número de casos con localización prequirúrgica correcta del marcador tras el tratamiento sistémico/número de casos totales intervenidos tras tratamiento sistémico cercano 100%

? Evaluación

? Recogida de datos en historia clínica y hoja informatizada por el personal de la consulta de Proceso de Cáncer de Mama del Servicio de Ginecología.

? Evaluación de cada caso en Comité de Tumores de Mama del HUMS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

452

IMPLANTACION RADIOGUIADA DE MARCADORES METALICOS EN EL LECHO TUMORAL EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA PREVIO A TRATAMIENTO SISTEMICO

? Seguimiento

? El seguimiento se realizará desde el Comité de Tumores de Mama donde se comentan todos los casos que van a ser sometidos a cirugía , valorando la respuesta del tratamiento, la colocación del arpón previo a cirugía , así como la respuesta anatomopatológica tras el estudio de los casos intervenidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

? Duración

? Este proyecto esté elaborado para la realizar una primera evaluación anual, por lo tanto la duración es hasta Mayo del 2012, y en función de los resultados ampliarlo en el tiempo o incluirlo en protocolo del Proceso de Mama.

? Calendario

? Mayo 2011:

- | Realización de la hoja de recogida de datos
- | Sesión informativa entre todos los miembros de los servicios implicados
- | Instauración de la técnica de forma sistemática

? Mayo 2012 :

- | Evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE CORONARIO SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS INVASIVOS

2. RESPONSABLE MARIA BELEN VICENTE DE VERA BELLOSTAS
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. UCI-HEMODINAMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTOLARIA AISA MARIA CONCEPCION. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMODINAMICA
· ARTIGAS CASTRANAO ANA LOURDES. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI
· CABELLO CASAO ANA ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI
· CALDERON RIERA SOLEDAD. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMODINAMICA
· PORTERO ARRIAZU CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI
· ALEJANDRE ALONSO CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMODINAMICA
· PIQUER GOMEZ TRINIDAD. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incidencia de la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España, en conjunto el 33-40 % de todas, con una tasa bruta de 290 casos por 100.00 habitantes. Dentro de este grupo la cardiopatía Isquémica ocupa el primer lugar, el 60% por Síndrome Coronario Agudo, estimándose que su número aumentará un 1,5% anual por diversas causas (aumento de población , envejecimiento, inmigración...).

Estas nuevas demandas sociales unidas a los avances científicos y tecnológicos aumentan los requerimientos de los ciudadanos a los sistemas sanitarios, de los que esperan coordinación y continuidad en la provisión de servicios.

Según el estudio epidemiológico del Grupo Aragonés de Investigación Cardiovascular (Prof Casasnovas, junio-2009) la incidencia del IAM en Aragón es de 259 casos por 100.000 habitantes (2.600 brutos por año).

Teniendo en cuenta estos datos, el Sector Sanitario II de Aragón, cuyo hospital de referencia es el H.U. Miguel Servet, con una población de 400.000 habitantes asistidos, deberá planificar asistencia a 1.050 IAM, de los cuales ingresarán en la U. Coronaria de M Servet 548 pacientes y aproximadamente a un 85% de ellos le serán realizados procedimientos cardiológicos invasivos tanto diagnósticos como terapéuticos.

Dentro de la atención integral al paciente coronario ingresado en una Unidad de Intensivos, los registros de enfermería constituyen una herramienta útil para garantizar la continuidad y calidad de los cuidados facilitando la comunicación entre los distintos profesionales , contribuyendo igualmente al desarrollo de protocolos estandarizados que disminuyan la variabilidad de dichos cuidados. Sin embargo un elemento fundamental en la continuidad de cuidados es la comunicación entre los distintos Servicios implicados en el tratamiento y cuidado del paciente coronario: UCI, Unidad de Hemodinámica y Planta de hospitalización.

La continuidad asistencial del paciente coronario ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos que requiere un cateterismo cardiaco tendrá repercusiones beneficiosas para:

- Paciente :
- Mejora de la calidad percibida con los servicios sanitarios en los usuarios/as.
 - Mejora en la seguridad del paciente.

Sistema Público de Salud.

- Un uso eficiente de los recursos materiales y humanos de los Servicios

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada al paciente coronario que requiera cateterismo cardiaco, estableciendo un circuito de transmisión de información mediante la creación de un protocolo de enfermería.

2.- Promover el uso de intervenciones enfermeras consensuadas entre ambos Unidades

de enfermería implicadas en el cuidado del paciente coronario sometido a cateterismo cardiaco, para adecuar una correcta planificación de los cuidados de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE CORONARIO SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS INVASIVOS

enfermería en relación con las necesidades y problemas del paciente.

3.- Mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a este tipo de intervenciones cardiológicas antes y después del procedimiento.

4.- Disminuir la ansiedad de pacientes y familiares mediante un programa de información de las intervenciones de enfermería a realizar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Definir los cuidados al paciente coronario sometido a un cateterismo cardiaco.

2. Establecimiento de forma consensuada de un protocolo de cuidados.

3. Programación de cursos de formación en los cuidados pre-post del cateterismo cardiaco al personal de ambas Unidades de enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. Grado de conocimiento del protocolo por parte de enfermería de ambas unidades y teniendo como excepción el personal de nueva incorporación (en un plazo 15 días el grado de conocimiento será del 100%).

Nº de enfermeras conocedoras del protocolo de cuidados al paciente coronario sometido a procedimientos cardiológicos invasivos

-----x 100

Nº total de enfermeras UCI/Hemodinamica

Estándar: 100%.

2. Grado de cumplimentación de Protocolos de cuidados de enfermería en pacientes ingresados en UCI sometidos a cateterismo cardiaco.

Estandar: 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Definir el grupo de personas implicadas en la línea de mejora, Mayo 2011.

- Búsqueda bibliográfica de las últimas evidencias científicas.

- Consensuar el protocolo de enfermería, Enero 2012.

- Presentación del protocolo de cuidados a todo el equipo multidisciplinar integrado ambas unidades, Febrero 2012.

- Realización de cursos de formación para el personal de enfermería en dependencia de las necesidades (personal de nueva incorporación), Febrero 2011.

- Seguimiento en el grado de cumplimentación de los protocolos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

500

EXTENSION DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II: VALIDACION FARMACEUTICA DE LA PRESCRIPCION EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS

2. RESPONSABLE ISABEL VILLAR FERNANDEZ

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASAJUS LAGRANJA PILAR. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA
- SANCHEZ LOPEZ ROSA. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA
- CAÑAMARES ORBIS ICIAR. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". SERVICIO DE FARMACIA
- GASCON JOSE LUIS. MEDICO. RESIDENCIA ROMAREDA.
- CORRALES TEODORO. MEDICO. RESIDENCIA ROMAREDA.
- PEREZ NOGUERAS JAVIER. MEDICO. RESIDENCIA ELIAS MARTINEZ TORRERO.
- LORENTE CARMEN. MEDICO. RESIDENCIA LAS FUENTES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En julio de 2010 el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet asumió la dispensación de fármacos a las residencias Romareda y Torrero (lo que implica la atención de > 400 residentes). Esta actividad implica la la instauración, control y supervisión de los depósitos de medicamentos en estos centros, la dispensación de los tratamientos farmacológicos disponibles en la guía farmacoterapéutica del HUMS, y la validación farmacéutica de las prescripciones de los pacientes internados.

El trabajo en equipo multidisciplinar en los centros sociosanitarios ayuda a mejorar la calidad asistencial que reciben los residentes y reduce el potencial de errores de medicación.

El establecimiento de botiquines controlados y de una dispensación de medicamentos desde el Servicio de Farmacia del Hospital, mejora la calidad en el circuito de utilización de los medicamentos, evita su acúmulo y caducidad y a su vez, permite un control farmacéutico continuado y de calidad en el ámbito geriátrico y sociosanitario.

Por otro lado, al centralizarse las compras desde un servicio de farmacia hospitalaria, la adquisición de los fármacos se realiza con mejores condiciones económicas (adquisición a PVL, concursos, etc), lo que deriva en un ahorro respecto a la situación anterior (adquisición a PVP, no mecanismos de concurso).

No obstante, más allá de los resultados económicos es deseable mejorar también aspectos relacionados con la calidad de la prescripción y de la administración de medicamentos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Tras la implantación de la dispensación de medicamentos a las residencias de Romareda y Elías Martínez (Torrero) en los últimos meses de 2010, se han podido observar ya los primeros resultados económicos de esta actuación (por ejemplo, en la residencia Romareda el crecimiento en el gasto en medicamentos en 2010 con relación al 2009 durante el periodo previo a la intervención, se situaba en el 33%, pasando tras el periodo de intervención a un decremento del 15%).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: garantizar el uso racional de los medicamentos en la población institucionalizada en centros sociosanitarios del sector Zaragoza II.

Objetivos específicos:

- Adecuación de los tratamientos de estos pacientes a la guía farmacoterapéutica (GFT) del HUMS y a los Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT) vigentes
- Validación farmacéutica del tratamiento individualizado por paciente
- Garantizar la información y educación sobre la utilización adecuada de los medicamentos y nutrición enteral para estos pacientes
- Iniciar y establecer el circuito de adquisición y dispensación de medicamentos y nutrición enteral en la residencia Las Fuentes (actividad proyectada para el segundo trimestre de 2011)
- Iniciar y establecer el circuito de adquisición y dispensación de nutrición enteral en la residencia Casa Amparo (actividad proyectada para el segundo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 500

EXTENSION DE LA ATENCION FARMACEUTICA EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II: VALIDACION FARMACEUTICA DE LA PRESCRIPCION EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS

trimestre de 2011

- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisión bibliográfica sobre las particularidades de la farmacoterapia en el paciente anciano y sobre las formas farmacéuticas adecuadas al paciente geriátrico.
- 2. - Realización de reuniones informativas para establecer criterios comunes de adecuación de medicamentos en la población anciana, y minimizar la prescripción de fármacos inadecuados en el paciente anciano.
- 3. Reducir en lo posible la polimedicación
- 4. Validación de una interfaz electrónica que permita la visualización de las prescripciones actualizadas de las residencias, desde el servicio de farmacia del hospital.
- 5. Inicio de la validación farmacéutica de la prescripción de los pacientes ingresados en las residencias IASS Romareda y Elías Martínez (Torrero) : 416 camas.
- 6. Aplicación de los Protocolos de Intercambio Terapéutico a los fármacos prescritos para adaptarse a la Guía Farmacoterapéutica del HUMS
- 7. Inicio de la dispensación de medicamentos de la residencia Las Fuentes
- 8. Inicio de la dispensación de nutrición de la residencia "Casa Amparo"

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº sesiones con los facultativos médicos de las residencias
 - % medicamentos prescritos incluidos en la GFT del HUMS
 - % de medicamentos prescritos sin ajuste a PIT en la dispensación
 - % fármacos inadecuados por paciente
 - nº intervenciones farmacéuticas totales (propuestas de adecuación del tratamiento)
 - % aceptación de las intervenciones farmacéuticas

Se valorarán semestralmente los indicadores seleccionados y la información se obtendrá de la base de registro de intervenciones del Servicio de Farmacia.

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión bibliográfica sobre medicamentos no recomendados en ancianos (Abril 2011)
Sesiones informativas con prescriptores (Mayo a Junio de 2011)
Validación farmacéutica de las prescripciones (Julio a Noviembre de 2011)
Realización de seguimiento (Julio a Diciembre de 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Bolsa para transporte a los centros		200 €
· Material bibliográfico		100 €
	Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

466

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE CRUZ VILLUENDAS USON

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- MOLES CALANDRE BEATRIZ. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- MARNE TRAPERO CARMEN. FARMACEUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- PALAZON SAURA PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- RICARTE URBANO ELENA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- MARCOS IÑIQUEZ ALMUDENA. ATS. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La principal dificultad en la interpretación de los hemocultivos es la contaminación con la microbiota cutánea. Con una técnica de extracción correcta el porcentaje de hemocultivos contaminados no debe exceder el 3%. Por otra parte, el número de extracciones óptimo para el diagnóstico de bacteriemia es de 2-3 extracciones en diferentes lugares de venopunción.

El Servicio de Urgencias del Hospital General Miguel Servet presenta un porcentaje superior de hemocultivos contaminados al deseado y no esta protocolizado el envío sistemático de dos extracciones en pacientes con sospecha de bacteriemia, por lo que se ha seleccionado la revisión de la toma de hemocultivos como una oportunidad de mejora. Recientemente, se ha publicado que la asepsia de la piel con clorhexidina alcohólica durante 30 segundos es tan eficaz o más como el procedimiento convencional (alcohol isopropílico o etílico de 70° durante 30 segundos seguido de una aplicación de una solución yodada -povidona yodada al 10% un minuto o tintura de yodo al 1-2% durante 30 segundos). De esta forma podría facilitarse la cumplimentación en un servicio de elevada presión asistencial como el Servicio de Urgencias.

Por otro lado, hemos observado con una cierta frecuencia que resultados positivos de los hemocultivos de los pacientes atendidos en Urgencias no tienen médico destinatario en el hospital, dado que han sido dados de alta tras la evaluación clínica del paciente. Pensamos que es objeto de mejora de la atención sanitaria encontrar el cauce para remitir estos "resultados sin destinatario" al médico de familia, de forma que éste pueda re-evaluar la situación clínica del enfermo tras el alta, y el tratamiento antibiótico si se le hubiera prescrito, o su ausencia.

Fuentes de información

- Protocolo de Hemocultivos; 2ª Ed. Sociedad Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
- Guidelines for evaluation of new fever in critically ill adult patients: 2008 update from the American College of Critical Care Medicine and the Infectious Diseases Society of America. O'Grady et al. Crit Care Med. 2008;36:1330-49.
- Skin antiseptics in venous puncture-site disinfection for prevention of blood culture contamination: systematic review with meta-analysis. Caldeira D, David C, Sampaio C. J Hosp Infect. 2011 Mar;77(3):223-32.
- Seguimiento de pacientes con bacteremia visitados en urgencias y remitidos a su domicilio sin ingreso. Terradas R, Knobel H, Grau S et al. Laboratorio de Referencia de Cataluña. Barcelona.
- Community bacteremia ambulatory treated or identified after discharge from the emergency department. Terradas R, Grau S, Knobel H, Alvarez-Lerma F, Riu M, Salvadó M. Med Clin (Barc). 2007 Nov 10;129(17):652-4.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Modificar la toma de muestras de hemocultivos en el Servicio de Urgencias con el fin de mejorar el diagnóstico de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 466

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

las bacteriemias y sepsis, así como disminuir el número de muestras contaminadas

2. Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con hemocultivos positivos practicados en Urgencias y que posteriormente y debido a su evaluación clínica son remitidos a su domicilio sin conocer el resultado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración y actualización del protocolo de toma de muestras de hemocultivos: utilización de clorhexidina alcohólica que acorta el tiempo necesario para una correcta asepsia de la piel y extracción de dos parejas de hemocultivos en cada toma de distinto lugar de venopunción.

- Reunión con el Servicio de Urgencias, entrega del protocolo y difusión del mismo entre el personal de Urgencias implicado.

- Desarrollo de un sistema de comunicación desde Microbiología con Atención Primaria y Urgencias en pacientes con hemocultivos positivos que han sido dados de alta sin conocer los resultados. El Servicio de Microbiología enviará el informe de resultados al médico de Atención Primaria y establecerá comunicación telefónica para comunicar dicho resultado.

- Elaborar ficha para registro por parte de los médicos de Atención Primaria, de los datos referentes a la toma de decisión terapéutica adoptada, cambio de la misma o decisión de ingreso hospitalario y posterior comunicación al Servicio de Microbiología.

- Análisis desde el Servicio de Urgencias de las características (edad, patología de base, foco de origen de la bacteriemia...) de los pacientes dados de alta con hemocultivos positivos.

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES

Servicio de Microbiología:

-Elaboración de normas para la toma de muestras de hemocultivos

-Procesamiento de los mismos e informe de los resultados

-Elaboración de ficha para registro de datos por parte de Atención Primaria

-Comunicación con Atención Primaria y Servicio de Urgencias en el caso de pacientes con hemocultivos positivos que han sido dados de alta sin conocer los resultados

Servicio de Urgencias:

-Difusión y cumplimiento de las normas elaboradas por el Servicio de Microbiología para la toma de muestras.

-Análisis de los datos clínicos de los pacientes con bacteriemia dados de alta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Porcentaje de hemocultivos contaminados: N° de hemocultivos contaminados/ N° de hemocultivos procesados <5%
En la última revisión realizada en el último trimestre del 2010, el Servicio de Urgencias tenía un porcentaje de contaminaciones del 8%.

-Porcentaje de hemocultivos positivos: N° de hemocultivos positivos procedentes de Urgencias/ N° de hemocultivos procedentes de Urgencias procesados

- N° de pacientes que encontrándose de alta son localizados y reevaluados.

- N° de pacientes en los que existe una modificación de actuación tras su reevaluación respecto al total de pacientes localizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-Mayo 2011: Inicio de recogida de datos de los pacientes dados de alta con hemocultivos positivos por parte del Servicio de Microbiología. Puesta en comunicación con Atención primaria mediante el envío de la ficha y el informe de resultados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

466

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Mayo 2011: Comienzo del proyecto: Reunión con el Servicio de Urgencias y elaboración de las normas para una correcta toma de muestras y reunión con el Servicio de Urgencias.

Resto año: Desarrollo y continuación del proyecto de mejora

Mayo 2012: Revisión y análisis de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 004

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

2. RESPONSABLE ESTHER VIÑERTA SERRANO

- Profesión MATRONA
- Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PARITORIO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO
- ISAR MALO PILAR. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO
- SANZ HERNANDEZ CARMEN. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO
- SABATER ADAN BELEN. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO
- GOTOR COLAS SOFIA. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO
- GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO
- GALLEGO CARNICER JAVIER. MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PARITORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuación con el programa de prevención de la mutilación genital femenina (MGF) que se viene desarrollando satisfactoriamente a través de las convocatorias de mejora de calidad desde el año 2002 en el HCU , y desde el 2008 en el HUMS.

El programa de prevención de la mutilación genital femenina incluye :

- Informar a las mediadoras socioculturales sobre las mujeres procedentes de países reconocidos como de riesgo de MGF que acuden al HUMS.
- Prevenir y evitar la práctica de la MGF en las hijas de las mujeres que provienen de países reconocidos como de riesgo según el Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón.

-Persiguiendo con este proyecto una doble finalidad :

Mejorar la calidad de la asistencia obstétrica en nuestro servicio de las mujeres que presentan MGF.

Informar y sensibilizar a las comunidades procedentes de países de riesgo y a los profesionales sanitarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Intervención preventiva en el hospital mediante la identificación, registro, entrevista y entrega de folleto informativo a través de las mediadoras socioculturales , a todas aquellas mujeres procedentes de países considerados de riesgo de MGF que dieron a luz en el HUMS. Este año hemos trabajado con 4 mediadoras socioculturales.

-Análisis estadístico del libro de partos del año 2010 por países de riesgo por MGF. Hemos registrado en el libro 110 mujeres procedentes de países de riesgo que fueron puestas en conocimiento de los mediadores socioculturales , y entrevistadas por los mismos durante su estancia en el centro.

- Colaboración en el curso dirigido por Médico del Mundo para mujeres procedentes de países de riesgo sobre salud materno-infantil y prevención de la MGF.
- Participación en la organización de talleres con Médicos del mundo sobre crianza y promoción de la igualdad de género en el colectivo de inmigrantes procedentes de países donde es habitual la práctica de la MGF.
- Colaboración en la formación y sensibilización de profesionales sanitarios de atención primaria y atención especializada mediante la impartición de talleres.
- Incorporación de la MGF como tema de formación en la asignatura de obstetricia y ginecología en los estudios de medicina de la Universidad de Zaragoza

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificación de mujeres que dan a luz en el HUMS a las que se les ha realizado algún tipo de MGF en su infancia.

- Sensibilización al colectivo masculino del núcleo familiar para que no se reproduzca dicha práctica.

- Ofrecer herramientas a través de talleres y cursos para un acceso correcto al sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil , aprovechando ésto para el abordaje de la MGF.

- Informar , formar y sensibilizar por medio de sesiones al personal sanitario del servicio Paritorio del HUMS.

- Sensibilización a las estudiantes de enfermería y residentes de Matrona sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 004

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Registro y análisis estadístico del libro de paritorios según el riesgo de MGF. E.Vinerta, B. Sabater, C. Sanz, P. Isar, S. Martínez.

- Entregar tríptico informativo sobre MGF a las mujeres al alta del puerperio precoz en el servicio de Paritorio. E.Vinerta, B. Sabater, C. Sanz, P. Isar, S. Martínez.

- Avisar a Médicos del Mundo tras el parto de las mujeres procedentes de países de riesgo telefónicamente. E.Vinerta, B. Sabater, C. Sanz, P. Isar, S. Martínez.

- Visita de los mediadores socioculturales, previamente identificados en el Salud, a las mujeres en la planta de puerperio para informar de los efectos perjudiciales de la MGF. S. Gotor, M.L. Gotor, Mariama Tunkara, Amadou Djiby, Aidara Ndeye Bintou, Coumba Sow, Isatou Gerew.

- Colaborar en la preparación de talleres de salud materno-infantil dirigido a este colectivo de mujeres y a sus familias. Mariama Tunkara, Amadou Djiby, Aidara Ndeye Bintou, Coumba Sow, Isatou Gerew, y voluntarios de Médicos del Mundo.

- Sesiones informativas a las matronas del servicio de Paritorios y al personal sanitario del HUMS.

- Elaboración de un póster, presentación de publicaciones y casos clínicos de mutilación genital femenina y sus implicaciones en la práctica obstétrica. E.Vinerta, B. Sabater, C. Sanz, P. Isar, S. Martínez.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Análisis estadístico del número y nacionalidad de las mujeres de países de riesgo que dan a luz en el HUMS y de los casos registrados, utilizando para ello el libro de paritorios.

- Número de entrevistas realizadas en los casos detectados y evaluación de la calidad de las mismas.

- Número de seminarios de sensibilización en la E.U. Enfermería y en la Unidad Docente de Matronas.

- Número de sesiones informativas al personal del HUMS.

- Elaboración de un poster para informar sobre el actual proyecto de calidad y de los resultados obtenidos tras su implantación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Año 2011

Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.

Los talleres dirigidos a las mujeres y a sus familias se realizan los últimos jueves de cada mes mediante toma de contacto. Posteriormente se les ofrece realizar un curso profundizando en los temas tratados, durante catorce lunes consecutivos.

El trabajo de recogida de datos y de intervención de las mediadoras se realiza de forma continua a lo largo de todo el año, según la identificación de los casos de riesgo de MGF.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pago de los servicios de la mediadoras para la realización de las entrevistas ...	500 €
· Material fungible de papelería y fotografía para las charlas y cursos	200 €
· Material necesario para la realización del poster y publicaciones	200 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 131

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

2. RESPONSABLE ASUNCION PASCUAL GARCIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro USM LAS FUENTES
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARIN LACASA REYES. PSIQUIATRA. USM ACTUR SUR.
 - JESUS SANTACRUZ MARIA. ENFERMERIA. USM ACTUR SUR.
 - SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA. ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA.
 - VILLAS PEREZ E. PSIQUIATRA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA.
 - DE LARRAYA JOSEFINA PEREZ. ENFERMERIA. USM LAS FUENTES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA: La clozapina es el antipsicótico atípico más eficaz, se utiliza prioritariamente como último recurso por fracaso terapéutico o por intolerancia, teniendo como hándicap el riesgo de agranulocitosis potencialmente mortal y los costes derivados de los controles inmunohematológicos rutinarios.

Esta agranulocitosis es reversible si se suspende el fármaco produciéndose al comienzo del 1º episodio a las 24 semanas y del 2º 14 semanas. Hay que hacer seguimiento durante el tratamiento y después de abandonarlo por el peligro de discrasias posteriores a su tratamiento. También produce fiebre, no relacionada con agranulocitosis, de la cual conviene distinguirla, que comienza entre los días 2 y 25 durando de 1 a 6 días estando relacionado con un aumento de IgG no relacionado con infecciones.

UTILIDAD: El seguimiento clínico e inmuno hematológico permitirá que los pacientes no respondedores o intolerantes y/o aquellos con abuso de drogas se puedan beneficiar de los tratamientos con clozapina, el ATP más efectivo, sin los inconvenientes de los efectos secundarios.

MÉTODOS: Seguimiento clínico e inmunohematológico, mediante control del recuento leucocitario, neutrófilos y plaquetas, semanalmente durante los primeros 6 meses, cada 2 semanas durante otros 6 meses y cada 4 semanas durante el resto del tratamiento, tal y como se indica en la ficha técnica del medicamento junto a interacciones y posología. Control de síntomas febriles hasta la semana 24 con seguimiento de IgG.

SITUACIÓN DE PARTIDA: El grupo de trabajo se constituyo en 2006 al amparo de los Programas de Apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el SALUD, habiéndose llevado a cabo múltiples actividades relacionadas con el Uso Racional de Psicofármacos (aprox 10 proyectos de mejora).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se parte de 30-40 pacientes en tratamiento con clozapina, a los que ya se viene realizando seguimiento.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- 1)Aumentar la seguridad del paciente psiquiátrico en tratamiento con CLOZAPINA.
- 2)Aumentar la eficacia del tratamiento antipsicótico y disminuir el coste del mismo.

Recuento leucocitario	Granulocitosis-Neutrófilos	Medidas a tomar
>3.500/mm3 (x10 9/L)		Control de recuento y fórmula leucocitaria.
<3.500/mm3 (x10 9/L)	2.000-1.500/mm3(x 10 9/L)	Control dos veces por semana de granulocitos y leucocitos.
<3.000/mm3 (x 10 9/L)	<1.500/mm3 (X10 9/L)	Monitorizar al paciente con recuentos hematológicos diarios.

3) Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicios de Psiquiatría y Farmacia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODOLOGIA:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

482

DOCUMENTOS INFORMATIVOS PARA ENFERMERAS/OS SUSTITUTAS/OS EN U.S.MENTAL Y U.C.E.

2. RESPONSABLE DAVID ORCAJO VILLAPUN
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro USM ROMAREDA-CASABLANCA
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PEREZ CARABANTES YOLANDA. ENFERMERA. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
 - EL-KHATIB VAZQUEZ MARIAM. PSIQUIATRA. H. U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro del Grupo de Calidad del Servicio de Psiquiatría del H. U. Miguel Servet llevamos a cabo una detección de problemas mediante grupo nominal. Mediante una matriz decisional de criterios múltiples establecimos como una de las Líneas de Mejora de Calidad factible y prioritaria (dado el número de los pacientes y profesionales afectados) el establecimiento de un documento reglado dirigido a informar a las/os profesionales de Enfermería en situación de sustitución durante la ausencia de los titulares. Los profesionales implicados, usando como fuente de información nuestra propia experiencia y la del resto del personal de Enfermería de Salud Mental, valoramos las dificultades de adaptación a las particularidades del trabajo en Salud Mental que venían comunicando las/os profesionales sustitutas/os. Analizamos los factores causales implicados a través de un diagrama de Ishikawa, concluyendo la existencia de dificultades a nivel de profesionales, organización y entorno, que en buena medida podían ser solventadas con un sistema de información específico centrado en un documento de base.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos y resultados que nos marcamos son:
- Elaborar Documentos Informativos para Enfermeras/os sustitutas/os en las U.S.M. y en la U.C.E.
 - Implantar los Documentos como base de información reglada en U.S.M. y U.C.E.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Siendo los responsables principales D. David Orcajo Villapún y D^a Yolanda Pérez Carabantes, se pretende llevar a cabo:
- Elaboración y aprobación de los Documentos (distintos para DUE de las USM y DUE de la UCE) en el seno del Grupo de Calidad del servicio de Psiquiatría.
 - Presentación a los profesionales DUE titulares de las Unidades.
 - Puesta en marcha en las distintas Unidades y UCE.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Planteamos como indicadores para la evaluación:
- Presentación y aprobación de los Documentos (s/n) en el Grupo de Calidad.
 - Presentación de los Documentos a las DUE titulares (s/n).
 - Inicio del programa/uso de los documentos (s/n)
 - Evaluación del funcionamiento del documento en las U.S.M. y U.C.E (encuesta de satisfacción a DUE sustitutas/os).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Planificamos el siguiente cronograma:
- Unificación de criterios: febrero-marzo 2011.
 - Elaboración de los documentos: marzo-abril 2011.
 - Presentación de documentos al Grupo de Calidad: mayo 2011.
 - Presentación de documentos a las DUE titulares: junio 2011.
 - Instauración en U.S.M. y U.C.E.: desde julio 2011.
 - Evaluación de funcionamiento del documento: desde julio 2011.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 482

DOCUMENTOS INFORMATIVOS PARA ENFERMERAS/OS SUSTITUTAS/OS EN U.S.MENTAL Y U.C.E.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material fungible (papelería, archivadores, encuadernación... ..	300 €
· Fotocopiadora	600 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. El presupuesto indicado para fotocopiadora es superponible al necesario en otras Líneas de Mejora propuestas para el Servicio, por lo que puede hacerse común dicha inversión de ser ese el caso.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 285

1. TÍTULO

"LA HIGIENE DE MANOS SALVA VIDAS". ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. PROGRAMA DE CONCIENCIACION Y FORMACION PARA PROFESIONALES Y PACIENTES/FAMILIAS

2. RESPONSABLE FRANCISCA PALMERO PEREZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION ENFERMERIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LABORDA USON CARMEN. JEFE SERVICIO LABORATORIO. CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA. LABORATORIO BIOQ-MICROBIOLOGIA
- ORTIZ ABRIL DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA
- PASTOR OLIVER ANA. RESPONSABLE ATENCION USUARIO. CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA. SERVICIO ATENCION USUARIO
- FALCES AÑON EVA. ENFERMERA. CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA. RESPONSABLE UNIDADES ASISTENCIALES
- SISAS RUBIO RAQUEL. ENFERMERA, PSICOLOGO. CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA. RESPONSABLE DE UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
- VILLAJOS LUISA. ENFERMERA. CSS SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA. RESPONSABLE ENFERMERIA HEMODIALISIS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desarrollo de actividades de concienciación y formación dentro de un Centro Hospitalario de 188 camas de convalecencia, rehabilitación, cuidados Paliativos y Atención domiciliaria. Con actividad rehabilitadora intrahospitalaria y ambulatoria. Unidad de Hemodiálisis con 190 pacientes en tratamiento. Se detecta una falta de información sobre la transmisión de enfermedades y la existencia de la Infección Nosocomial. Se decide aprovechar la experiencia y conocimientos de un grupo interdisciplinar del Centro de Referencia (Miguel Servet) y del nuestro para la puesta en marcha de este Programa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dentro de los mecanismos de transmisión de enfermedades el más frecuente es a través de las manos. Realizar unos cuidados seguros, es el resultado esperado, y para ello es importante hacer un recordatorio a los miembros del equipo de salud de las técnicas y protocolos básicos de lavado de manos, pero también la formación a las familias para dar cumplimiento a las normas de seguridad y de esa manera proteger la vida y la salud del paciente, la familia y del resto de integrantes del equipo

OBJETIVOS:

Siguiendo las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, sobre estrategias de Seguridad del Paciente, entre las que incluye de forma prioritaria el correcto lavado de manos para:

- Disminuir la infección nosocomial
- Mejorar los conocimientos de los profesionales de la salud
- Dar a conocer la repercusión del lavado de manos en la prevención de las infecciones dentro y fuera del ámbito hospitalario
- Instruir a pacientes y familia en la importancia del lavado de manos.
- Formar en el procedimiento de lavado de manos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE DE LA PROPUESTA:

Francisca Palmero Pérez Directora de Enfermería HSJD

E-MAIL: fpalmero@ohsjd.es Responsable proyecto

Docente de Charlas a profesionales y a pacientes y familias

CARMEN LABORDA USON. Responsable Médico del Servicio de Laboratorio y Microbiología del Hospital San Juan de Dios Docente profesionales, pacientes y familias

DOLORES ORTIZ, Responsable Enfermería del Servicio de Medicina Preventiva Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Docente a Profesionales, Pacientes y familias.

NOMBRE Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE COLABORAN EN LA PROPUESTA:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

285

"LA HIGIENE DE MANOS SALVA VIDAS". ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. PROGRAMA DE CONCIENCIACION Y FORMACION PARA PROFESIONALES Y PACIENTES/FAMILIAS

EVA FALCES Responsable de Enfermería Area Convalecencia con Rehabilitación Despliegue de información
ANA PASTOR Responsable de Servicio de Atención al Usuario Despliegue de información. Docente en charlas a pacientes y familias
RAQUEL SISAS Responsable de Enfermería Area Cuidados Paliativos y Domiciliarios Despliegue de información.
LUISA VILLAJOS Responsable de Enfermería Area de Hemodiálisis Despliegue de información
EVELYN FLORENTIN Coordinadora de Unidad de Convalecencia Despliegue de información
TERESA LOBERA Coordinadora de Unidad de Convalecencia Despliegue de información

Las Sesiones de Impacto se componen de actuaciones complementarias sobre:

Comunes: Revisión suministro de Lociones Hidroalcohólicas, jabones y sust. Hidratantes
Cartelería en Espacios comunes y Unidades Asistenciales

Profesionales: Banner información intranet que aparece al introducir la clave del profesional
Diptico para cada profesional al inicio de la semana de trabajo

Charlas específicas. En cada una de las ediciones por diferentes profesionales, preventivistas, microbiólogos, enfermeras.

Paciente y Familia:

Folleto diptico en la mesilla de cada paciente hospitalizado
Folleto tríptico en espacios comunes y zona ambulatoria
Charlas divulgativas y exposición de cortos relacionados.

ORGANIZACIÓN:

Realización de campaña dividida en 4 semanas de impacto sobre profesionales y usuarios. Esta campaña se desarrolla en "Semana de Concienciación" con la siguiente organización:

- 24-30 de Enero de 2011
- 2-8 de Mayo de 2011 (ncluyendo el día 5 de Mayo, en el cual se desarrollará ampliamente programa)
- 19-25 de Septiembre
- 12-18 de Diciembre

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores a utilizar para la EVALUACIÓN:

Según parámetros del Ministerio de Sanidad y Política Social

- Cuestionario de percepción de:
 - o Directivos
 - o Profesionales
 - o Pacientes
- Cuestionario de conocimientos de:
 - o Profesionales
 - o Pacientes y familias

Tratamiento estadístico y valoración en el año 2012

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 año Enero de 2011 a Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- colaboración profesionales en charlas 150 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 285

"LA HIGIENE DE MANOS SALVA VIDAS". ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. PROGRAMA DE CONCIENCIACION Y FORMACION PARA PROFESIONALES Y PACIENTES/FAMILIAS

Total 150 €

11. OBSERVACIONES. Si somos seleccionados, nos gustaría poder utilizar el programa informático para el tratamiento de datos estadísticos en el ámbito social y sanitario spss.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 657

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REVISION DEL USO DE LA MEDICACION POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE MARIA BELEN PINA GADEA
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CELAYA LECEA MARIA CONCEPCION. FARMACEUTICA. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA. SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR Z
- VALLES LOBACO FRANCISCA. ENFERMERA. EAP LAS FUENTES NORTE.
- VIÑUALES SOTO MARIA AGUSTINA. ENFERMERA. EAP ACTUR SUR.
- GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA. ENFERMERA. EAP FERNANDO EL CATOLICO.
- ARILLA PORTALATIN PILAR. ENFERMERA. EAP SAN JOSE SUR.
- ARRIETA HIGUERAS ELENA. ENFERMERA. EAP SAN JOSE SUR.
- CANO GABARRE YENIFER. ENFERMERA. CS SAN PABLO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el sector Zaragoza II, los mayores de 65 años representan un 22% de la población, pero son los principales consumidores de fármacos y los responsables del 80% del gasto farmacéutico. La mayoría de los estudios coinciden en mostrar la existencia de un elevado consumo de fármacos en los ancianos con una media que oscila entre 4 y 8 fármacos por persona y día. La polifarmacia supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas, de interacciones y de reacciones adversas a medicamentos y es un factor de riesgo para la mortalidad en los ancianos.

Existen múltiples factores que afectan a la calidad de utilización de medicamentos en el paciente anciano:

1. Infrautilización de medicación apropiada. Las consecuencias del no tratamiento están muy estudiadas y se relacionan con un incremento de la mortalidad y morbilidad, un aumento del riesgo de institucionalización así como un aumento de los ingresos hospitalarios por descompensación o complicaciones y una reducción de la calidad de vida.
2. Medicación inapropiada. Existen fármacos que deberían ser evitados en los ancianos y/o en pacientes con determinadas patologías. Asimismo, se pueden dar dosis, frecuencias o duraciones de tratamiento inapropiadas en el anciano. Algunos problemas de dosificación pueden ser debidos a no tener en cuenta los cambios que se pueden dar en la farmacocinética o farmacodinamia en el anciano, como la disminución del aclaramiento renal.
3. Sobreutilización. No todos los fármacos prescritos tienen una indicación clara y no todos los administrados tienen eficacia demostrada, además la automedicación es frecuente en nuestro medio.
4. Adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas, entendiéndose por adherencia como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente.

Un tercio de los ancianos tratados no cumplen adecuadamente el tratamiento y más del 90% toman dosis menores a las prescritas. Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. Algunas son consecuencia de actos involuntarios como olvidos o confusión pero en otras ocasiones el paciente puede dejar de tomar la medicación por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, etc.

Es decir la falta de adherencia es un problema complejo influido por muchos factores, y para abordarlo la clave está en identificar cuáles son estos factores y diseñar estrategias individuales para corregirlo.

Existen varios métodos para medir la adherencia al tratamiento entre ellos el cuestionario de Morisky-Green está reconocido como muy fiable si el paciente se declara no cumplidor.

Las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia pueden ser múltiples y pueden consistir en simplificar el régimen terapéutico, dar información oral y escrita, emplear sistemas personalizados de dosificación pero sobre todo fomentar la comunicación paciente-profesional sanitario y explorar los motivos de no adherencia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 657

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REVISION DEL USO DE LA MEDICACION POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos generales:

- Mejorar la adherencia al tratamiento y el conocimiento de los tratamientos que los pacientes están tomando.

Objetivos específicos:

- Protocolizar el proceso de revisión del uso de la medicación en por parte del personal de enfermería.
- Integrar el Plan de Revisión del Uso de la medicación en la historia clínica electrónica OMI_AP.
- Disponer de sistemas personalizados de la dosificación como herramienta de mejora de la adherencia en pacientes polimedicados.
- Entregar hojas de medicación individualizadas con el plan farmacoterapéutico del paciente.
- Registrar los posibles problemas con la con la medicación que se detecten en la revisión (Duplicidades terapéuticaa, exceso de envases del mismo fármaco, fármacos caducados, innecesario, sospechas de RAM, otros).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Explotar la base de datos de OMI_AP para conocer que pacientes mayores de 75 años están en tratamiento con 6 o más fármacos.

- 2. Elaborar el programa de revisión del uso de la medicación por parte del personal de enfermería
- 3. Integrar el Programa de Revisión del Uso de la Medicación en la Historia clínica informatizada OMI_AP.
- 4. Difundir el programa de revisión del uso de la medicación por todos los equipo de AP dirigido al personal de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % pacientes a los que se les ha realizado la revisión del uso de la medicación con el cuestionario de valoración global del tratamiento

- % pacientes que en el test de Morisky-Green da buena adherencia sobre el total de pacientes a los que se les ha hecho el test.
- % pacientes de pacientes que presentan mala adherencia se les ha incluido en el plan de cuidados estandarizado de Gestión Ineficaz de la Propia Salud.
- % pacientes que han sido susceptibles de un sistema personalizado de dosificación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Abril 2011 Fecha de finalización: Enero 2012

- 1. Explotación de datos de la historia clínica informatizada para conocer los pacientes mayores de 75 años en tratamiento con 6 o más fármacos (Abril 2011)
- 2. Elaboración del programa de revisión del uso de la medicación por parte del personal de enfermería e integración en OMI_AP (Mayo 2011)
- 3. Integrar el Plan de Revisión del Uso de la Medicación en la Historia clínica informatizada OMI_AP (Junio 2011)
- 4. Difusión del programa de revisión del uso de la medicación a los EAP (Junio y julio 2011)
- 5. Evaluar los resultados de la implementación del Programa de Revisión del Uso de la Medicación (Enero 2012)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Sistemas personalizados de dosificación	700 €
· Ordenador portátil	600 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

629

ADECUACION DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DADO DE ALTA EN EL HOSPITAL DE CONVALECENCIA DEL SECTOR ZARAGOZA-2

2. RESPONSABLE PILAR TABUENCA ESPADA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- Servicio/Unidad .. ENFERMERA DE ENLACE DE SECTOR
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PALMERO PEREZ FRANCISCA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. DIRECTORA DE ENFERMERIA
- TOBAJAS SEÑOR EVA. ENFERMERIA. DIRECCION AP SECTOR ZARAGOZA-2. RESPONSABLE DE ENFERMERIA DE EAPS
- FALCES AÑON EVA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. RESPONSABLE DE AREA DE CONVALECENCIA
- BRUN SOTERAS CARMEN. ENFERMERIA. AP SECTOR ZARAGOZA-2. C.S. REBOLERIA
- ANDRES GOMEZ NOELIA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. HOSPITALIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Serviría de base todo el contenido introductorio del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Pero baste con recordar que en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente. Así como que en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 56 se encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo (hoy de Sanidad y Asuntos Sociales) la coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, para permitir el acceso de los profesionales y otros interesados a la historia clínica. Igualmente, en la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y sus normas de desarrollo, se aborda la interoperabilidad como capacidad de posibilitar el intercambio de información, que exige homogeneidad en la definición del conjunto de datos que no deben faltar en las historias clínicas y facilita la interoperabilidad entre sistemas de información distintos y la localización y comprensión de la información. La Comisión de Cuidados de nuestra Comunidad Autónoma (CA) elaboró unos criterios básicos, considerados criterios de calidad, que debían estar contenidos en todos los Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería (en adelante ICCE), y que están basados en el modelo de necesidades de Virginia Henderson, modelo adoptado para los cuidados de enfermería en el Servicio Aragonés de Salud. Todos los elementos considerados conjunto mínimo de datos en el Real Decreto 1093/2010 citado al principio están reflejados en los criterios de calidad elaborados por la Comisión de Cuidados de la CA. La realidad nos muestra que, una vez extendida la realización del ICCE en los hospitales de nuestra CA, la variabilidad de contenidos es tal que no pueden hacerse estudios comparativos entre los de unas y otras procedencias, ni pueden instaurarse estrategias de abordaje uniformes a partir de la recepción del ICCE. Los ICCEs recibidos en Atención Primaria Sector Zaragoza-2 provienen casi exclusivamente del Hospital de referencia, Universitario Miguel Servet, y del Hospital de Convalecencia adscrito al sector mediante convenio singular, San Juan de Dios. El desarrollo de la informatización en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) nos permite abordar este proyecto de mejora de la calidad asistencial, mediante el que se pretende introducir los cambios y mejoras oportunos en el ICCE elaborado en este Hospital para que sus contenidos presenten un alto nivel de homogeneidad con los criterios de calidad establecidos por la Comisión de Cuidados y con el conjunto mínimo de datos contemplado en el Real Decreto 1093/2010, en el ámbito de la colaboración entre el HSJD y las estructuras del Servicio Aragonés de Salud, a través de la Enfermera de Enlace del Sector Zaragoza-2.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS GENERALES

- Adecuar los contenidos del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería elaborado en las unidades de hospitalización del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, al conjunto mínimo de datos establecido para el Sistema Nacional de Salud (RD 1093/2010, de 3 de septiembre, BOE 225 de 16 de septiembre)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

629

ADECUACION DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DADO DE ALTA EN EL HOSPITAL DE CONVALECENCIA DEL SECTOR ZARAGOZA-2

Los profesionales de enfermería del HSJD dispondrán de la formación, información y recursos necesarios para conseguir en sus registros:

- Explicitar el índice de Barthel detallado y su puntuación final en todos los ICCEs.
- Objetivar en todos los ICCEs el nombre, parentesco si existiera y teléfono o dirección de contacto del cuidador principal, o el nombre, domicilio y/o teléfono del centro hospitalario o residencial al que se traslada el paciente al alta.
- Cumplimentar en todos los casos las recomendaciones relativas a cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria.
- Reflejar en el ICCE el tipo de cuidados de enfermería que ha precisado el paciente durante el ingreso, o el Plan de Cuidados individualizado que le ha sido de aplicación.
- Indicar los problemas de salud, reales o potenciales, que permanecen pendientes de resolver al alta hospitalaria, utilizando para ello la taxonomía NANDA y su codificación.
- Citar los problemas de salud resueltos durante el ingreso si los hubiera, igualmente mediante la taxonomía NANDA y sus códigos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Trabajar con los responsables de enfermería del HSJD y su departamento de informática los cambios a realizar en su sistema de información. Responsable: Pilar Tabuenca.

2.- Realizar sesiones de enfermería por unidades de hospitalización para mostrarles las modificaciones realizadas en su sistema de información. Responsable: Francisca Palmero.

3.- Programar cuatro actividades formativas dirigidas al personal de enfermería, en diferentes fechas y horarios para facilitar el acceso a todo el personal de las unidades, con contenidos relacionados con las diferentes leyes que regulan la necesidad de homogeneizar la información y los beneficios que en la continuidad asistencial se derivan de esta homogeneización. Responsables: Eva Falces, Carmen Brun.

4.- Facilitar a los profesionales el acceso a la taxonomía NANDA. Taller. Responsable: Noelia Andrés.

5.- Promover que fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas aporten datos al sistema de información para enriquecer el ICCE al alta. Sesión clínica. Responsable: Eva Tobajas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se registrará la asistencia tanto a las sesiones formativas como a los talleres.

Se preparará una hoja de cálculo en la que se irán volcando los datos relativos a los ICCE recibidos por la enfermera de enlace del sector (EES) desde 1 de junio hasta 30 de noviembre de 2011.

De esta información, se extraerá un corte el 31 de agosto y otro el 30 de noviembre, aportando datos parciales y globales.

Indicadores:

1. Porcentaje de enfermeras formadas.
Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de enfermeras asistentes al menos a 2 actividades (sesión/taller)} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de enfermeras del HSJD}$
2. Porcentaje de ICCEs con Barthel detallado.
Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de ICCEs en los que consta el Barthel detallado} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de ICCEs recibidos por EES}$
3. Porcentaje de ICCEs con datos de destino al alta completos.
Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de ICCEs con datos de destino al alta completos} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de ICCEs recibidos por EES}$
4. Porcentaje de ICCEs con recomendaciones al alta.
Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de ICCEs con recomendaciones al alta} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de ICCEs recibidos por EES}$
5. Porcentaje de ICCEs en los que se cita el Plan (o tipo) de Cuidados durante el ingreso.
Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ ICCEs con PdeC (o tipo de cuidados) explícito} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de ICCEs recibidos por EES}$
6. Índice de diagnósticos de enfermería (taxonomía NANDA y código)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

629

ADECUACION DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE DADO DE ALTA EN EL HOSPITAL DE CONVALECENCIA DEL SECTOR ZARAGOZA-2

Fórmula: N° de diagnósticos (resueltos o pendientes) elaborados / N° de pacientes registrados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio = Abril-2011 Fecha de finalización = Diciembre-2011

Calendario:

- Desarrollo del ICCE con los Servicios Informáticos del HSJD = Abril-2011.
- Difusión sistema de información en U. de enfermería de hospitalización = Mayo-2011 (1 sesión) y Septiembre-2011 (1 sesión).
- Sesiones formativas (4) de cumplimentación del ICCE = Mayo-2011, Junio-2011, Septiembre-2011 y Octubre-2011.
- Talleres (2) taxonomía NANDA = Mayo-2011, Septiembre-2011.
- 1 Sesión clínica con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas = Mayo-2011.
- Análisis de los ICCEs emitidos = Cortes en 31-Agosto-2011 y 30-Noviembre-2011.
- Evaluación del proyecto y elaboración de la memoria final = Diciembre-2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. *** El coste de las horas de docencia no se computa porque van a ser ofrecidas por las componentes del Equipo del Proyecto, personal del Sector Zaragoza-2 del SALUD y personal del Hospital San Juan de Dios.

OBSERVACIONES del SECTOR