

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 113 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PEMAN MUÑOZ TERESA	261	EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II. IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	334	VALORACION INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	ARMALE CASADO MARIA JOSE	96	PROYECTO DE MEJORA DE LA PRESCRIPCION DEL EJERCICIO FISICO EN PACIENTES CON DIABETES EN CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	3	REVISION DE PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA. IMPLANTACION DE NUEVOS REGISTROS. PROPUESTAS DE MEJORA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MILLAN AGUERRI CRISTINA	430	PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACION GRAFICA DE INTERACCIONES ALIMENTARIAS Y DE FITOTERAPIA A PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	239	FOMENTAR EL EJERCICIO CARDIOSALUDABLE EN UNA MUESTRA DE LA POBLACION QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD DE REBOLERIA CON DIABETES Y/O HIPERTENSION ARTERIAL
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	1	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	SANZ REBOLLO GLORIA	391	DIFUSION, OPINION E IMPACTO DEL BLOG DEL CENTRO DE SALUD S. JOSE NORTE Y CENTRO EN LA POBLACION ATENDIDA
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	QUIRCE SANCHEZ SUSANA	144	RECOMENDACIONES DE SALUD ORAL EN EMBARAZADAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	RAMIREZ ALESON VICTORIA	390	DIFUSION, OPINION E IMPACTO DEL BLOG DEL CENTRO DE SALUD S. JOSE NORTE Y CENTRO EN LA POBLACION ATENDIDA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	OLIVAN OTAL MARIA PILAR	432	GRUPO DE MEJORA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA DE LOS SECTORES DE ZARAGOZA 1 Y 2
Z2	AP	CS SAN PABLO	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	258	IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA PREVENCION DE CAIDAS EN EL ADULTO
Z2	AP	CS SAN PABLO	ESCARTIN LASIERRA PATRICIA	335	GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	GARCIA CATALAN NATALLA	410	PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS
Z2	AP	CS SAN PABLO	LAHOZ MUSTIENES MARIA JOSE	376	MEJORA EN EL ABORDAJE, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS
Z2	AP	CS SAN PABLO	MARTIN PABLO ANA	344	MEJORA DE LA SALUD EN MUJERES A PARTIR DE LOS 45 AÑOS
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	SORIA CABEZA GLORIA	273	EVALUACION DE LA ACTUACION EN LARINGITIS AGUDA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	477	PROYECTO DE GARANTIA DE CALIDAD. CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA 2013
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	249	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISPENSACION INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE	100	AVANZANDO HACIA UN USO MAS RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS CITOSTATICOS Y MEZCLAS INTRAVENOSAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	APARICIO CLAVERIA ASUNCION	52	PLAN DE SENSIBILIZACION Y FORMACION SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE/USUARIO, DIRIGIDO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	AURED GUALLAR MARIA CARMEN	381	ACTUALIZACION EN INMUNOSUPRESION DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO DEL HU MARIA SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE Y DE COMUNICACION ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS IMPLICADOS EN EL PROCESO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	AZPIROZ TELLER MERCEDES	288	MEJORA Y COORDINACION EN LA PETICION DE MATERIAL ESTERIL DESDE QUIROFANO AL SERVICIO DE ESTERILIZACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BAQUEDANO MAINAR LAURA	342	ALTA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A INTERVENCION QUIRURGICA GINECOLOGICA EN HUMS POR PATOLOGIA BENIGNA. CRITERIOS DEL ALTA E INFORME PARA LA PACIENTE Y GINECOLOGO DEL CME DE REFERENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BERGES PEREZ RUT	370	ELABORACION DE GUIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS DE USO FRECUENTE EN OBSTETRICIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CALVO CEBOLLERO ISABEL	378	ENCUESTA DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS MAYORES DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	392	PESARIO VAGINAL EN LA PREVENCION DE LA PREMATURIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CAMPOS CALLEJA CARMEN	475	MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MEDIANTE INFORMACION ESCRITA A PADRES Y/O TUTORES CONSENSUADA AT.PRIMARIA/ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 113 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CARBONEL BUENO IGNACIO	33	GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (IUCSD)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CASADO MERODIO ANA ISABEL	405	ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA NEURALGIA OCCIPITAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CASSINELLO OGEA CONCEPCION	105	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (SECTOR ZARAGOZA 2)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	373	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL S.DE BIOQUIMICA CLINICA (B.GENERAL, INMUNOQUIMICA, PROTEINAS, METALES, HBA1C Y CRIBADO NEONATAL) Y AMPLIACION DE NUEVOS ALCANCES EN B.GENERAL Y CRIBADO NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	265	MEJORA DE LA SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN PACIENTES DE RIESGO QUIRURGICO ELEVADO A TRAVES DE LA HERRAMIENTA: VALORACION GERIATRICA PREOPERATORIA PRONOSTICA (VGPR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	COTERA USUA IGNACIO	70	PROTOCOLO DE FAST-TRACK TRAS CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CRESPO ESTERAS RAQUEL	88	IMPLEMENTACION DE VALORACION ECOGRAFICA INTRAPARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE LA TORRE ARRIETA ISABEL	31	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL EXPLICATIVO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DIGESTIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	318	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
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DIARTE DE MIGUEL JOSE ANTONIO	337	VIA CLINICA DE EVALUACION Y SELECCION DE CANDIDATOS PARA IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESIS AORTICA (TAVI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ESPINOSA CASTELLS RUT	77	RECOGIDA E INFORMATIZACION DE LA ACTIVIDAD REALIZADA FUERA DE QUIROFANO EN LA UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERRER CERON ISABEL	351	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN LAS SECCIONES DE HONGOS-EPIDEMIOLOGIA Y ANTIBIOTICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERRER GRACIA MARIA CRUZ	289	CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA PERIPROCEDIMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESIS AORTICA (TAVI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FONTANA JUSTES ANA CRISTINA	60	DISEÑO ERGONOMICO DE PUESTO DE TRABAJO. EXTRACCION DE SANGRE PERIFERICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GALLEGO LIGORIT LUCIA	42	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS PREVIO A INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL AMBITO DE LA CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GARCIA BLASCO SACRAMENTO	413	IMPLANTACION DE UNA BASE DE DATOS DE INCIDENCIAS QUE AYUDE A OPTIMIZAR EL TRABAJO EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA: DISEÑO, FORMACION Y EVALUACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GARCIA ZUECO JUAN CARLOS	459	MEJORA DE LA CALIDAD DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HEMATOLOGICOS CON RIESGO DE INFECCION FUNGICA INVASORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GAVARA GIMENO CARMEN	402	CONTINUIDAD EN LA ATENCION INTEGRAL DEL BINOMIO PACIENTE CRONICO COMPLEJO-CUIDADOR PRINCIPAL MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEFONICO POST-ALTA HOSPITALARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIL BONA JESUS	171	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA ANESTESICA PREOPERATORIA DE CARA A LA REALIZACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIL MARTINEZ PEDRO	112	EXPORTACION DESDE EL SECTOR II DE LOS PROTOCOLOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES URO-ONCOLOGICOS A LOS SECTORES DE TERUEL Y ALCAÑIZ
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIL SANZ MARIA JESUS	41	PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION ESPECIALIZADA A ATENCION PRIMARIA DEL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA TRATADO PARA SEGUIMIENTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIMENO BALLESTER VICENTE	241	PROMOVER EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS A TRAVES DE LA INFORMACION TECNICO-CIENTIFICA, OBJETIVA, ACTUALIZADA OPORTUNA Y PERTINENTE DEBIDAMENTE PROCESADA Y EVALUADA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIRALDO CASTELLANO PILAR	176	ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LEUCEMIA LINFOIDE CRONICA (LLC) EN ESTADIO I-II/A CONTROLADOS POR ENTREVISTAS TELEFONICAS MENSUALES EN BUSCA DE CAMBIOS CLINICOS SIGNIFICATIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	412	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE EL REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GONZALEZ ALMARCEGUI IGNACIO	186	INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ	287	SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: COMPROBACION DEL GRUPO SANGUINEO EN CABECERA Y VERIFICACION DE COMPATIBILIDAD ENTRE PACIENTE Y UNIDAD A TRANSFUNDIR

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 113 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GRACIA ROCHE CARLOS	383	DETECCIÓN ACTIVA DE PACIENTES COMPLEJOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	360	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION, INFORMACION Y MANEJO CLINICO DE LA CIRUGIA DE ANTEPIE (HALLUX VALGUS)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HERNANDEZ ARAGON MONICA	321	REDUCCION DEL TRAUMA OBSTETRICO: ADECUACION DEL MANEJO DE LA DISTOCIA DE HOMBROS INTRAPARTO PARA LA PREVENCION DE LA PARALISIS BRAQUIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS	286	SEGURIDAD DEL PACIENTE: TALLER DE FORMACION FORMADORES EN HIGIENE DE MANOS. SECTOR II ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HERRERO ALONSO ARTURO	50	IDENTIFICACION Y REGISTRO DE INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES ESPECIFICAS DE LOS SERVICIOS EN UN REGISTRO INFORMatico PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	IDOIPE TOMAS ANGELA	224	IMPACTO EN EL GASTO FARMACEUTICO DE LAS MUESTRAS PARA INVESTIGACION CLINICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA	212	PROTOCOLIZACION DEL MANEJO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JOSE GUTIERREZ YASMINA	461	PROTOCOLO DEL CANCER DE CERVIX DIAGNOSTICADO DURANTE LA GESTACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR	244	ACTUACION PERIOPERATORIA EN PACIENTES CON ALERGIA AL LATEX
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LACOSTA TORRIJOS LUISA	235	PROTOCOLO PARA MANEJO DEL SINDROME VASOPLEJICO REFRACTARIO EN CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER	433	MEJORA DEL CONFORT DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE MANTENIENDO SU NIVEL DE CONCIENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAFUENTE OJEDA NOELIA	63	MANEJO DE LA REACCION ALERGICA PERIOPERATORIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAMARCA BALLESTERO MARTA	384	APLICACION DE PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	394	MEJORA DE LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE UNA SISTEMATICA DE COMUNICACION DE RESULTADOS DE ALARMA DE PACIENTES AMBULANTES A TRAVES DEL S.I.L
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LATORRE IZQUIERDO ANA	471	MEJORA DEL RENDIMIENTO DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA Y DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAVIÑA CASTAN ANA BELEN	40	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
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	279	AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL AREA DE BACTERIOLOGIA: IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LOPEZ CAMPOS MONICA	467	INFORMATIZACION DE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LUQUE CARRO RAQUEL	356	MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTIN SACO GLORIA	354	MEJORA EN LA INFORMACION MICROBIOLÓGICA A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	472	¿SE HA MEJORADO LA SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE EN EL USO CORRECTO DE LA LLAVE DE TRES VIAS EN VIA VENOSA DE PERFUSION INTERMITENTE (VIA SECA)? ESTUDIO COMPARANDO DIFERENTES CIRUGIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MIGUELENA BOBADILLA JOSE MARIA	43	MONITORIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL: PERITONITIS SECUNDARIAS COMUNITARIAS DE ORIGEN COLONICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MILLASTRE BOCOS JUDITH	332	MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII): ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN NUESTRO CENTRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	416	MANTENIMIENTO E IMPLEMENTACION DEL ALCANCE DE LA TINCION ZIEHL-NEELSEN A PARTIR DE MUESTRA DIRECTA PARA LA DETECCION DE MICOBACTERIAS EN DIVERSAS MUESTRAS E INICIACION DE LA ACREDITACION DE NUEVOS ALCANCES EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MORENO VERNIS MIGUEL	64	IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS PARA EVALUAR EL NUMERO DE HISTORIAS QUE NO RECIBE EL SERVICIO SOLICITANTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	256	HACIA UNA ATENCION FARMACEUTICA MAS RACIONAL Y EFICIENTE EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ORTEGA UGARTE SUSANA	291	LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 113 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PALACIAN RUIZ MARIA PILAR	417	MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON FIBROSIS QUISTICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PALANCA ARIAS DANIEL	4	PROMOCION Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PALOMO PALOMO PABLO	229	OPTIMIZACION DEL USO DE NUTRICION ARTIFICIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PASCUAL MANCHO JARA	120	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PARTOS ELECTRONICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEREZ SALILLAS MARIA	240	GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PUERTOLAS ORTEGA MARIA	233	PROTOCOLO PARA SEDACION EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	403	MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA SEGUN LA NORMA ISO 9001:2008
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RE MARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA	382	PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION DE PACIENTES OBSTETRICAS HOSPITALIZADAS CON ALERGIAS ALIMENTARIAS Y/O MEDICAMENTOSAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	REZUSTA LOPEZ ANTONIO	437	MEJORA EN MANEJO DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL	99	MEJORA DE LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROS ARNAL IGNACIO	78	MEJORA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUBIO CUESTA PATRICIA	366	EVALUACION AXILAR MEDIANTE BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (BSGC) PREVIA A LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA PRIMARIA EN EL CANCER MAMARIO LOCALMENTE AVANZADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS	372	REALIZACION DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN EL SINDROME POSPARADA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	414	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE GENITOURINARIO (UROCULTIVOS)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL	284	HISTERECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SALVADOR OSUNA CARLOS	473	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHEZ INSA ESTHER	167	ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL IMPLANTE DE PROTESIS AORTICAS TRANSCATETER (TAVI) EN EL LABORATORIO DE HEMODINAMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS	434	VALORACION MEDIANTE ECOGRAFIA CON CONTRASTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LOS HALLAZGOS DINAMICO MEDIANTE RM
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SAVIRON CORNUDELLA RICARDO	84	INTRODUCCION DE LAS TABLAS DE PESO FETAL Y DOPPLER EN LOS INFORMES ECOGRAFICOS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS FETOS CON BAJO PESO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HU MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SEGURA AZNAR MARIA JESUS	209	GESTION DE ALMACEN PARA GARANTIZAR TRAZABILIDAD EN COCINA HOSPITALARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	247	MAXIMIZAR LA EFICIENCIA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	18	SEGURIDAD CLINICA EN UNIDAD DE REHABILITACION NEUROLOGICA HOSPITALARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SORO ALCUBIERRE GLORIA	134	PROYECTO MEJORA DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEMATOLOGICA: CONSULTA DE ENFERMERIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	TOBAJAS HOMS JOSE JAVIER	367	TELEECOGRAFIA OBSTETRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	UNZUETA SALVADOR BEGOÑA	448	ELABORACION DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS HABITUALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VALLES TORRES JORGE	274	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE EVALUACION ANESTESICA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA EN PACIENTES ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VELA MARQUINA MARIA LUISA	423	PROCEDIMIENTO-GUIA DE IMPLANTACION DE LA ISO 9001 EN SERVICIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II, CON APOYO METODOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VILLAR FERNANDEZ ISABEL	336	OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VILLUENDAS USON MARI CRUZ	415	MEJORA DEL METODO DE TOMA DE MUESTRA DE HEMOCULTIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MONITORIZACION MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 113 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VIÑERTA SERRANO ESTHER	326	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA
Z2	HOSP	H SAN JUAN DE DIOS	GARCIA MENA MERCEDES	28	MINIMIZACION DE RESIDUOS EN UNA UNIDAD DE HEMODIALISIS. PROYECTO INTERNO DE MEJORA
Z2	HOSP	H SAN JUAN DE DIOS	SISAS RUBIO RAQUEL	30	MEJORA EN LA RESOLUCION DE NECESIDADES PARA GARANTIZAR UNA ADECUADA ATENCION EN DOMICILIO DESDE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

**EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II, IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD**

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEMAN MUÑOZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS LA ALMOZARA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· DIAMANTI MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· BLANCO TORRECILLA CRISTIAN. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· PUEYO SALAVERA CLARA MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· UTA CLAUDIA ELENA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· MARTINEZ DURAN SANDRA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· BARA GALLARDO BRAULIO. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· DE LA CRUZ GARCIA JUAN LUIS. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La DM II es una patología de alta prevalencia en el ámbito de Atención Primaria, siendo responsable de importante comorbilidad en pacientes de larga evolución, por lo que supone un reto tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario. La intervención del Médico de Familia es fundamental en la educación para la salud de los pacientes. Los Centros de Atención Primaria son el lugar idóneo para la realización de actividades de promoción de la salud de forma amena y comprensible y contribuyen de este modo a mejorar el conocimiento de la enfermedad y la calidad de vida de nuestros pacientes. La realización de actividades educativas en diabéticos incrementaría la adherencia al tratamiento haciendo al paciente protagonista del seguimiento y control de su enfermedad y disminuyendo así la aparición de complicaciones a medio-largo plazo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Valorar si una intervención continuada de EPS mejora el control metabólico y los factores de riesgo cardiovascular de estos pacientes.  
2-Adecuar cifra de HbA1c, según edad y comorbilidad asociada.  
3-Mejorar sobrepeso/ obesidad.  
4-Desarrollar talleres específicos de EPS sobre alimentación, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y factores de riesgo.  
5-Registrar número de pacientes que acuden a cada taller de EPS.  
6-Evaluar si la realización de talleres mejora los conocimientos de su enfermedad.  
7-Conocer si esta actividad incrementa la satisfacción de los usuarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Realizar anamnesis, exploración física y control analítico que incluyan: consumo de tabaco o alcohol, IMC, perímetro abdominal, TA, metabolismo lipídico, HbA1c, realización de ejercicio, hábitos dietéticos al inicio y al final de la intervención.  
2-Evaluación de resultados de la HbA1c semestralmente.  
3-Monitorización mensual del peso.  
4-Realización bimensual de los talleres específicos.  
5-Registro de asistencia mediante listado de pacientes incluidos en el programa.  
6-Utilización del sistema Hyper-Point al inicio y al final de los talleres para evaluar los conocimientos adquiridos.  
7-Empleo del sistema Hyper-Point al final de los talleres para valorar grado de satisfacción.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.1-Nº de pacientes con DM2 que han mejorado su control del metabolismo lipídico / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.  
1.2-Nº de pacientes con DM2 que han disminuido su perímetro abdominal / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.  
1.3-Nº de pacientes con DM2 que han mejorado su control de TA / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.  
1.4-Nº de pacientes con DM2 que han abandonado el hábito tabáquico / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.  
2-Nº de pacientes con DM2 con HbA1c en rango según edad y comorbilidad / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.  
3-Nº de pacientes con DM2 con pérdida de peso / Nº de pacientes de DM2 incluidos en el programa.  
4-Nº de talleres impartidos de EPS / Nº de talleres propuestos.  
5-Nº de pacientes con DM2 asistentes a talleres / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.  
6-Nº de pacientes con DM2 que han mejorado el nivel de conocimientos al final del programa / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.  
7-Nº de pacientes con DM2 satisfechos al final del programa / Nº de pacientes con DM2 incluidos en el programa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades 2013

E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diseñar del programa de EPS							x	x			
Presentar el programa de EPS									x		
Conocer si una intervención continuada mejora											x

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

**EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II, IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD**

el control metabólico de estos pacientes										
Evaluar en consulta médica semestralmente los resultados de HbA1c										x
Monitorizar en consulta de enfermería mensualmente: Peso ,TA, glucemia basal capilar										
Desarrollar bimensualmente 5 talleres de EPS sobre alimentación, ejercicio físico, tto farmacológico y factores de riesgo en el paciente DM2	x									
Encuesta de conocimientos										
x										
Encuesta de satisfacción										
x										
Evaluación										
x										

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. DIABETES II

OTRA PALABRA CLAVE 2. Eps

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

334

## 1. TÍTULO

**VALORACION INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA PUEYO SALAVERA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS LA ALMOZARA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BLANCO TORRECILLA CRISTIAN. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· DIAMANTI MARIA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· PEMAN MUÑOZ TERESA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· ORTEGA RAPOSO TERESA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· SIMON LOBERA ANA BELEN. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· URIOL GOSS VIVIANA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· SOBREVIELA CELMA NIEVES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente crónico complejo que es el mas 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 nuestro sistema de salud.

Durante el año 2011, se creo un grupo de trabajo multidisciplinar, para desarrollar el "proceso de atención al paciente crónico complejo en el sector Zaragoza II" en el que se definió como paciente crónico complejo a todo paciente crónico que presentara 3 criterios de riesgo de fragilidad y dependencia funcional (enfermedad crónica discapacitante y/o polipatología y/o polifarmacia y/o Ingresos repetidos hospitalarios y/o visitas repetidas a urgencias hospitalarias) y al menos 1 criterio de riesgo social ( vivir solo y/o convivir con personas mayores de 75 años ó minusválidos y/o contar con apoyos domiciliarios insuficientes).

En base a esos criterios en el Centro de Salud, Almozara proponemos realizar la captación de estos pacientes, desarrollar un plan de actuación integral (funcional, mental, clínico y social) del paciente y su entorno familiar colaborando conjuntamente con la Unidad de Valoración Socio Sanitaria (UVSS) del HUMS en el manejo de estos pacientes, con objeto de incrementar su seguridad clínica y disminuir el numero de ingresos hospitalarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocer el nº de pacientes crónicos complejos( PCC) en el C.S. Almozara

2. Reevaluar la seguridad clínica del tratamiento farmacológico (TF)

3. Desarrollar iniciativas de EpS en pacientes y cuidadores que incrementen su seguridad clínica.

4. Disminuir el nº de ingresos en HUMS

5. Realizar seguimiento de altas hospitalarias conjuntamente con la UVSS

6. Incrementar la satisfacción del usuario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Diseñar tabla EXCEL para la captación de pacientes crónico complejos

2.-Valorar en la Historia clínica la presencia de: polifarmacia, fármacos potencialmente inadecuados (FPI), efectos adversos, duplicidad.

3.- Desarrollar dos talleres de autocuidado en PCC

4.-Desarrollar dos talleres de EpS en cuidadores de PCC

5- Revisar a través de intranet el nº ingresos en HUMS y el nº de visitas a Urgencias hospitalarias

6- Revalorar las altas hospitalarias conjuntamente con la UVSS

7.-Presentar el programa al EAP

8.- Realizar encuesta satisfacción a pacientes y cuidadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº de PCC /Nº PC

2. Nº de PCC reevaluados / Nº de PCC

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

334

## 1. TÍTULO

**VALORACION INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA**

3. Nº de PCC y cuidadores incluidos en actividades grupales de EpS/ Nº de PCC

4. Nº de PCC que ingresan en HUMS/ Nº de PCC

5. Nº de PCC con &gt;5 visitas a Urgencias/Nº de PCC

6. Nº Pacientes PCC evaluados conjuntamente UVSS / nº ingresos HUMS

7. Nº Pacientes PCC con encuesta de satisfacción positiva/ Nº PCC

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abr May Jun Jul Ago Sept Oct Nov Dic

1.- Diseñar tabla EXCEL

	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
1.- Diseñar tabla EXCEL		x							
2.-Valoración farmacológica	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3.- Desarrollar dos talleres EpS en PCC					x				x
4.-Desarrollar dos talleres de EpS en cuidadores de PCC				x					x
5- Revisar el nº ingresos en HUMS	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.- Revisar el nº de visitas a Urgencias HUMS	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7- Revalorar las altas hospitalarias con la UVSS		x	x	x	x	x	x	x	x
8.-Presentar el programa al EAP	x								
9.-Encuesta de satisfacción				x					x
10.- Evaluación						x			

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PCC

OTRA PALABRA CLAVE 2. Valoración integral

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

096

**PROYECTO DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON DIABETES EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA****2. RESPONSABLE** ..... MARIA JOSE ARMALE CASADO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- GRACIA PELIGERO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ IRACHE INES. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El ejercicio físico, la dieta y la medicación adecuada constituyen los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus. La prescripción de ejercicio en pacientes con diabetes tiene como objetivo mejorar el control de glucemia, disminuir el riesgo cardiovascular y retrasar la aparición de complicaciones. Además puede reducir la grasa abdominal, mejora el control de peso, mejorar los niveles séricos de lípidos, aumenta el gasto calórico y facilita el metabolismo del tejido adiposo, produce una adaptación cardiaca y reduce el estrés.

Existe una relación directa entre la actividad física y la salud cardiorrespiratoria, con una reducción del riesgo de diabetes de tipo 2 y de síndrome metabólico. A pesar de ello, de saber la importancia del ejercicio físico, la inactividad física está cada vez más extendida en muchos países y ya se le conoce como "la epidemia de la inactividad". La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial).

Aunque a todas las personas con diabetes se les recomienda la realización de ejercicio físico, la motivación principal que les lleva a realizar ejercicio es la diversión en un 31% de los casos y estar en forma en un 28% y sólo un 6% lo realizan realmente por prescripción médica.

Fomentar el hábito de realizar ejercicio físico regular entre las personas diabéticas que acuden a los centros de Atención Primaria probablemente sea una de las actuaciones que tengan un impacto más beneficioso en términos de salud para la población.

Para Enfermería de Atención Primaria el reto consiste en aprovechar su credibilidad profesional y conseguir que un número creciente de pacientes con diabetes se inicien en la práctica del ejercicio físico y que mantengan su adhesión a largo plazo, de modo que muchas personas perciban los beneficios previstos de un estilo de vida físicamente activo.

El ejercicio físico es una parte de la terapia infrutilizada principalmente por la falta de conocimientos por parte de los profesionales sanitarios. En algunas comunidades autónomas y diferentes asociaciones científicas han elaborado guías de práctica clínica que luego no se han difundido entre los profesionales en salud o son poco manejables.

La prescripción del ejercicio físico en la diabetes mellitus debería de seguir unos pasos: realizar una anamnesis para valorar el estado de salud previo (cuestionario PAR-Q), una vez contestado realizar una ficha de prescripción de ejercicio cardiovascular individualizado con la progresión en el entrenamiento; por último informarse de las situaciones especiales de riesgo en las que se puede encontrar una persona con diabetes y las adaptaciones que debe de realizar.

Por lo anteriormente expuesto la posibilidad de mejora es evidente, a muchos pacientes no se les valora adecuadamente su estado de salud previo de forma protocolizada, la prescripción del ejercicio se suele basar en un paseo diario en una o varias sesiones de 30 minutos, en vez de valorar sus preferencias, capacidades, el tipo de ejercicio, la duración, la frecuencia, la intensidad, el gasto calórico, la progresión y las consideraciones especiales que precisa. Ayudaría a la hora de prescribir el ejercicio físico el disponer de unas plantillas en OMI-AP con estos ítems. Y tener un diagrama de flujo que permita al profesional servir de guía a la hora de plantear una prescripción sobre ejercicio físico en diabetes.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** -Identificar las deficiencias en conocimientos sobre ejercicio físico relacionado con la diabetes de los profesionales de enfermería del sector 2 de Zaragoza.

-Analizar la calidad de prescripción del ejercicio físico en consulta programada de enfermería en la patología de diabetes.

-Analizar si existen diferencias sobre prescripción del ejercicio físico en diabetes entre los profesionales que realizan ejercicio físico y los que mantienen una inactividad física.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** -Cuestionario enviado por correo interno a todos los profesionales de enfermería del sector 2 de Zaragoza sobre conocimientos del ejercicio físico en diabetes.

-Encuesta enviada por correo interno de recogida de datos sobre cómo se prescribe el ejercicio físico en diabetes en consulta programada.

-Elaboración, si procede, de un diagrama de flujo que permita al profesional servirle de guía a la hora de plantear una prescripción sobre ejercicio físico en diabetes.

- Realizar unas plantillas en OMI-AP con el tipo de ejercicio, la duración, la frecuencia, la intensidad, el gasto calórico, la progresión y las consideraciones especiales que precisa.

Distribución de tareas y sus responsables:

-Elaboración del cuestionario de conocimientos y de la recogida de datos de prescripción del ejercicio: M<sup>a</sup> José Armalé Casado, Luisa Lozano Del Hoyo, M<sup>a</sup> Teresa Gracia Peligero e Inés Pérez Irache.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

096

**PROYECTO DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON DIABETES EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

-Tratamiento y análisis de los datos obtenidos: M<sup>a</sup> José Armalé Casado, Luisa Lozano Del Hoyo, M<sup>a</sup> Teresa Gracia Peligero e Inés Pérez Irache.  
-Elaboración del diagrama de flujo: M<sup>a</sup> José Armalé Casado, Luisa Lozano Del Hoyo, M<sup>a</sup> Teresa Gracia Peligero e Inés Pérez Irache.  
-Elaboración de plantillas en OMI-AP: M<sup>a</sup> José Armalé Casado, Luisa Lozano Del Hoyo, M<sup>a</sup> Teresa Gracia Peligero e Inés Pérez Irache.  
-Difusión de los datos obtenidos y enseñanza de plantillas y diagrama de flujo para su utilización previa conformidad de la Dirección de Atención Primaria.: M<sup>a</sup> José Armalé Casado, Luisa Lozano Del Hoyo, M<sup>a</sup> Teresa Gracia Peligero e Inés Pérez Irache.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Obtención de un nivel de respuesta al cuestionario de conocimientos de un 40%.  
-Obtención de un nivel de respuesta al cuestionario sobre forma de prescripción del ejercicio de un 40%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ELABORACIÓN CUESTIONARIOS: 01/04/2013 - 01/05/2013  
ENVÍO Y RECEPCIÓN DE CUESTIONARIOS: 01/05/2013- 30/06/2013  
TRATAMIENTO DE DATOS: 01/07/2013- 30/09/2013  
ELABORACIÓN DE PLANTILLAS Y DIAGRAMA DE FLUJO: 01/10/2013- 30/11/2013.  
DIFUSIÓN DEL PROYECTO: 01/12/2013- 20/02/2014.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ejercicio físico, diabetes, enfermería

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

003

## 1. TÍTULO

**REVISION DE PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA. IMPLANTACION DE NUEVOS REGISTROS. PROPUESTAS DE MEJORA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- GRACIA PELIGERO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ IRACHE INES. EIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las complicaciones del pie diabético constituyen la primera causa de amputación no traumática en países occidentales y consumen aproximadamente un 20% de los recursos destinados a la diabetes mellitus. Según la Federación Internacional de la Diabetes, el 15% de las personas con diabetes desarrollarán úlceras en el pie durante su vida.

La ADA (Asociación Americana de Diabetes) mantiene la necesidad del cribado al menos anual en todos los pacientes con diabetes, basándose en el informe de la Task Force de su Foot Care Interest Group por la AACE donde recomienda una mayor frecuencia de revisiones para los pacientes con mayor riesgo de desarrollar úlceras.

Las consecuencias de una inadecuada inspección, así como del mal control vascular y neuropático, supone para los pacientes un aumento de la incidencia de complicaciones del pie diabético y para los profesionales un desaprovechamiento del tiempo invertido en las consultas, aumentando la carga de trabajo.

El cribado dentro de un programa estructurado de atención al pie reduce las úlceras y amputaciones menores de forma no significativa y las amputaciones mayores de forma significativa a los dos años, con un nivel de evidencia 1+. Por ello se recomiendan programas estructurados de cribado, estratificación del riesgo y prevención y tratamiento del pie de riesgo, con un grado de recomendación A.

En el año 2003 (antes de la implementación en 2006 del programa OMI), se realizó un proyecto de mejora de calidad sobre la revisión del pie diabético en la consulta de enfermería (029\_2003 "Proyecto para mejorar la revisión del Pie Diabético en la consulta de enfermería de la áreas 2 y 5 de Zaragoza" del CS Las Fuentes Norte). Este proyecto consistió en una revisión de las historias clínicas en soporte papel sobre anotaciones de revisión de pie diabético y una intervención de educación a profesionales de enfermería sobre cómo hacer una revisión del mismo, en el sector 2 de Zaragoza, con evaluación del proceso anterior y posterior.

En él se comparan los resultados anteriores y posteriores a nuestra intervención y se destaca que las diferencias son significativas entre los pacientes que antes del 2002 nunca se les ha revisado los pies en consulta de enfermería y los que sí se revisan después de nuestra intervención.

En 2011 se evaluaron los datos obtenidos de OMI antes de la implantación de los planes personales y los resultados fueron que se realiza inspección al 12'78%, revisión vascular al 1'05% y exploración neurológica al 10'21%.

Por lo anteriormente expuesto, la posibilidad de mejora es evidente, hay un alto porcentaje de pacientes diabéticos a los que no se les revisa los pies, lo cual es alarmante, dada la importancia de esta actividad para prevenir posibles complicaciones.

Las intervenciones dirigidas a la prevención de las úlceras del pie en pacientes diabéticos, tales como el control integral y la educación de las personas con diabetes y sus familias, han demostrado reducir entre un 50-85% las amputaciones de las extremidades inferiores. Estas acciones deben estar al alcance de la población, por lo tanto, en el primer nivel asistencial. Son los profesionales de enfermería, los que por cualificación y accesibilidad están capacitados para realizar esta actividad y educar en autocuidados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los resultados obtenidos en 2003 en la encuesta anterior a la intervención fueron que un 32'5% de los profesionales registraban la inspección los pies a sus pacientes diabéticos cada año y un 22'6% nunca, palpar pulsos un 27% anualmente, un 37'3% nunca, la sensibilidad vibratoria al año un 10% y nunca un 88'7% y realizar un índice tobillo brazo el 2'7% anualmente y nunca un 88%. Al terminar nuestra intervención educativa a profesionales un 53% realizaban la inspección de pie, un 42% palpaban pulso pedio y un 28% hacían la revisión de la sensibilidad. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa estadístico Spss 8.0. Para la evaluación de resultados se utilizó mediante pruebas no paramétricas el test de McNemar para muestras apareadas. El nivel de significación se estableció para todos los resultados en  $p < 0'05$ . Para la extracción de datos a partir de 2011 se utilizó el programa OMI-PROSA, con el cual se evaluó la cartera de servicios.

Los resultados de la inspección de pie en 2011 es de un 12'78% y en 2012 de un 20'59%, la revisión de pulsos en extremidades inferiores en 2011 es de un 1'05% y en 2012 de un 5'89%, la revisión de la sensibilidad se registra en un 10'21% en el 2011 y en 2012 de un 11'23% con diferencia significativa para una  $p < 0'05$  en todo los casos.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS statistics 19. El nivel de significación se estableció para todos los resultados en  $p < 0'05$

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desde hace dos años en OMI se incorporó como planes de cuidados estandarizados en el apartado de diabetes, la revisión de pie diabético, como plan específico, siendo mucho más accesible al profesional.

Nuestra hipótesis y justificación es: evaluar si la incorporación en OMI del protocolo "AP-exploración pie", que se carga automáticamente en los planes personales jerarquizados, al crear el episodio de diabetes, desde el año 2011 ha influido positivamente en su realización por parte de los profesionales enfermeros, mediante estudio transversal en el año 2012, ya realizado y presentado los resultados.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

003

**REVISION DE PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA. IMPLANTACION DE NUEVOS REGISTROS. PROPUESTAS DE MEJORA**

Tras su evaluación planteamos como mejora de calidad una intervención educativa a los profesionales de enfermería sobre la revisión de pie diabético y en la utilización y cumplimentación del protocolo AP-exploración pie, en el segundo año del proyecto.

No existen en estos momentos trabajos que evalúen los protocolos de exploración de pie diabético, como potenciadores de mejora de las revisiones de pie diabético versus educación a profesionales de enfermería.

**- OBJETIVOS GENERALES:**

Primer año 2012:

-Evaluar la incidencia en cartera de servicios de la incorporación del protocolo AP-exploración pie.

Segundo año 2013:

-Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería del Sector 2 sobre "cómo educar en el autocuidado" a todos los pacientes en riesgo.

-Mejorar la cumplimentación de registros en OMI de revisión de pie diabético.

**-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

-Aumentar en un 20% las revisiones de pie diabético al finalizar el proyecto.

-Educar al 50% de los profesionales de enfermería de cada Centro de Salud del Sector 2 en la revisión de pie diabético al finalizar el proyecto

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estudio transversal el primer año 2012. El segundo año 2013 ejecutar un ensayo comunitario, cuasiexperimental. La población diana del primer año son pacientes diabéticos que están en la cartera de servicios en los C.S. del sector 2 de Zaragoza y controlados en consulta de enfermería. Y el segundo año la población diana son los profesionales de enfermería del sector 2 de Zaragoza. Los recursos humanos son 3 profesionales de enfermería y 1 enfermera residente de enfermería comunitaria.

Los criterios de inclusión: -Pacientes diabéticos que están en cartera de servicios en los CS del sector 2 de Zaragoza. -Profesionales de enfermería del sector 2 de Zaragoza. Los criterios de exclusión: -Pacientes diabéticos no incluidos en cartera de servicios y, por tanto, no son controlados en consulta de enfermería. -Pacientes diabéticos inmovilizados.

La medición se realizó en Enero de 2012 a partir de los programas de explotación de datos de OMI-AP, siendo nuestro universo la población mayor de 14 años, adscrita a nuestro Sector 2 de Zaragoza, con un episodio abierto de diabetes.

**Responsables:**

-Búsqueda bibliográfica: M<sup>a</sup> Luisa Lozano y M<sup>a</sup> José Armalé.

-Análisis y discusión de resultados: M<sup>a</sup> Luisa Lozano, M<sup>a</sup> José Armalé, Inés Pérez y M<sup>a</sup> Teresa Gracia.

-Elaboración de programas de sesiones: M<sup>a</sup> Luisa Lozano y M<sup>a</sup> José Armalé.

-Desarrollo de programas de sesiones en los centros de salud del sector: M<sup>a</sup> Luisa Lozano, M<sup>a</sup> José Armalé, Inés Pérez y M<sup>a</sup> Teresa Gracia.

-Evaluación de resultados: M<sup>a</sup> Luisa Lozano, M<sup>a</sup> José Armalé, Inés Pérez y M<sup>a</sup> Teresa Gracia.

-Presentación de resultados en el equipo: M<sup>a</sup> Luisa Lozano, M<sup>a</sup> José Armalé, Inés Pérez y M<sup>a</sup> Teresa Gracia.

-Información de los resultados a dirección: M<sup>a</sup> Luisa Lozano, M<sup>a</sup> José Armalé, Inés Pérez y M<sup>a</sup> Teresa Gracia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores de resultado intermedio seleccionados han sido:

-Inspección de pies, obtener datos de OMI en año 2012 y 2013.

-Exploración de la sensibilidad, obtener datos de OMI en año 2012 y 2013.

-Exploración vascular, obtener datos de OMI en año 2012 y 2013.

-Evaluación de conocimientos mediante encuesta anterior y posterior a la educación a profesionales de enfermería en habilidades de revisión de pie diabético y utilización de los planes de cuidados estandarizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de dos años, según cronograma

**CRONOGRAMA:**

Búsqueda bibliográfica: Febrero, marzo y abril del 2012

Extracción de datos de OMI-AP: marzo y abril del 2012, noviembre y diciembre 2012, octubre y noviembre 2013.

Análisis y discusión de resultados: diciembre y enero del 2012.

Desarrollo de programa de sesiones: enero, febrero, marzo y abril 2013.

Evaluación y presentación a dirección: diciembre 2013

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

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

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

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

003

REVISION DE PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA. IMPLANTACION DE NUEVOS REGISTROS. PROPUESTAS DE MEJORA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

430

**PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACION GRAFICA DE INTERACCIONES ALIMENTARIAS Y DE FITOTERAPIA A PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL**

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MILLAN AGUERRI  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ORTIGA ZARAZAGA NADIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.  
· MANDADO ALMAJANO DANAE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.  
· VALLES LOBACO FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.  
· LOBERA AREVALO LOURDES. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.  
· SANCHO MARCO INMACULADA. EAC. CS SAN JOSE SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aunque es evidente que en el tratamiento con anticoagulantes orales (ACOs) las interacciones con otros fármacos son las que pueden generar mayor riesgo para el paciente, no deben olvidarse factores como la fitoterapia o la dieta al considerar las interacciones farmacocinéticas, ya que por ejemplo podemos encontrar plantas que contienen inductores metabólicos o inhibidores así como alimentos con alto contenido en vitamina K, que pueden dar lugar a una disminución del efecto anticoagulante, así como al contrario dietas pobres en vitamina K podrían causar un aumento del mismo.  
Es necesario considerar la dieta y la fitoterapia como dos factores que pueden alterar la respuesta farmacológica de los ACOs y que deben ser revisados en caso de pacientes con mal control de la coagulación.  
Por lo tanto ante un efecto no esperado sobre la alteración de la coagulación, no debe olvidarse la fitoterapia y la alimentación como elementos causales.  
Según indica la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición en el documento sobre recomendaciones nutricionales con el paciente en tratamiento con anticoagulantes orales, la importancia de la alimentación en estos pacientes reside en indicar que NO hay alimentos prohibidos, sino que debe evitarse abusar de ellos o realizar modificaciones drásticas en su consumo.  
En este aspecto y teniendo en cuenta que la mayor parte de los pacientes que siguen un tratamiento con ACO son de edad avanzada y con limitaciones en su capacidad de comprensión, se hace necesaria la Educación Sanitaria mediante el desarrollo del contenido con gráficos que faciliten su seguimiento terapéutico.

Si bien se dispone de material informático diverso, entre este el Manual del Servicio Aragonés de Salud de Atención al paciente en tratamiento con anticoagulación oral en Atención Primaria, se hace necesario mejorar y sintetizar dicha información con el fin de hacerlo más atractivo y pedagógico, así como realizar una ampliación y revisión de nuevos elementos de fitoterapia y dietoterapia, recientemente comprobada su interacción con ACOs, para la inclusión en dicha información.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar técnicas de trabajo en grupo con equipo de profesionales de Enfermería de CS Fuentes Norte para completar y perfilar hoja informativa elaborada de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral, en base a las evidencias científicas disponibles y actualizadas, invitando a colaborar a profesionales expertos en la materia.

Ofrecer y difundir hoja informativa elaborada y consensuada de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral en consulta de Enfermería Programada (EpS individualizada), con el fin de mejorar el manejo correcto del tratamiento anticoagulante y disminuir morbilidad asociada al mal manejo de este, así como aumentar la eficiencia en el Programa.

Promover la motivación al paciente en su correcto autocuidado en la conjunción del tratamiento anticoagulante y dietoterapia/ fitoterapia, a través de la hoja informativa elaborada, consensuada y mejorada, gráficamente comprensible para todo tipo de población, utilizando para ello recursos accesibles para la diversidad de pacientes como: fotografías o dibujos en color, tablas, esquemas, gráficos o diagramas en color; lo que facilita la atención y asimilación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión de equipo con técnicas de grupo para mejorar la hoja informativa de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral.

Elaboración de cuestionario de reparto entre profesionales de Enfermería de CS Fuentes Norte para mejora de la hoja informativa de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral.

Elaboración final de la hoja informativa de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral, con diversas herramientas.  
Difusión entre profesionales para su utilización en EpS individualizada en consulta de Enfermería de Atención Primaria, en principio del CS Fuentes Norte, pudiendo hacerlo extensible a todo profesional que lo requiera tanto del propio centro como del Sector II u otros Sectores.

Distribución de las tareas y sus responsables;

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

430

**PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACION GRAFICA DE INTERACCIONES ALIMENTARIAS Y DE FITOTERAPIA A PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL**

Organización de reunión de equipo con profesionales de Enfermería de CS Fuentes Norte para desarrollar técnicas de trabajo en grupo; ( Brainstorming, interaccion grupal, diálogos simultáneos, intercambio de ideas, el arte de preguntar, puesta en comun, razonamiento, reflexión) acerca de la la hoja informativa de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral: Cristina Millan Aguerri, Francisca Valles Lobaco, Lourdes Lobera Arevalo, Danae Mandado Almajano, Nadia Ortiga Zarazaga

Elaboración del cuestionario anónimo de mejora con items y escalas de estimación, asi como texto libre, acerca de la hoja informativa de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral; Danae Mandado Almajano, Nadia Ortiga Zarazaga, Cristina Millan Aguerri

Difusión de los datos obtenidos tras las técnicas grupales; Cristina Millan Aguerri, Nadia Ortiga Zarazaga, Danae Mandado Almajano

Elaboración de la maqueta final con resultados obtenidos de mejora de técnicas grupales con equipo de Enfermería de la hoja informativa de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral;

elaboración de fotografías o dibujos en color, tablas, esquemas, gráficos o diagramas en color; Cristina Millan Aguerri, Nadia Ortiga Zarazaga, Danae Mandado Almajano, Lourdes Lobera Arevalo, Inmaculada Sancho Marco

Difusión de los datos obtenidos tras maquetar y enseñanza de la hoja informativa para su utilización previa conformidad de la Dirección de Atención Primaria; Cristina Millan Aguerri, Danae Mandado Almajano, Nadia Ortiga Zarazaga, Lourdes Lobera Arevalo, Francisca Valles Lobaco, Inmaculada Sancho Marco

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Obtención de un nivel de respuesta a la hoja informativa de interacciones alimentarias y de fitoterapia a pacientes con tratamiento anticoagulante oral , por parte de los profesionales de Enfermería cuando se presente en el equipo de un 60 % de satisfacción

Obtención de una comprensión del manejo adecuado de dietoterapia y fitoterapia unido al tratamiento anticoagulante (TAO) por parte de los pacientes en consulta individualizada en un 70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ENVIO Y RECEPCION DE CUESTIONARIOS: 01/05/13- 30/06/13  
REALIZACION DE TECNICAS GRUPALES REUNION EQUIPO: 01/07/13-30/09/13  
TRATAMIENTO DE DATOS: 01/10/13- 30/11/13  
ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA: 01/12/13- 02/01/14  
DIFUSION DEL PROYECTO: 03/01/14- 28/02/14

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes TTº ACOs y PROFESIONALES

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. eficiencia, mejora, EPs individualizada, Consulta Programada Enfermeria  
OTRA PALABRA CLAVE 2. ampliar, explorar, sintetizar, prevencion secundaria y terciaria

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

239

**FOMENTAR EL EJERCICIO CARDIOSALUDABLE EN UNA MUESTRA DE LA POBLACION QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD DE REBOLERIA CON DIABETES Y /O HIPERTENSION ARTERIAL**

2. RESPONSABLE ..... LAURA ROMERO FERNANDEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BRUN SOTERAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ DOMINGUEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
- UBALDE SAINZ JESUS MANUEL. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
- FERRANDEZ LONGAS CONSUELO. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
- ZAPATA ABAD MARIA TERESA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
- AGUILAR CALVO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sedentarismo es uno de los males de este siglo y acompaña a varias patologías como problemas musculoesqueléticos enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad... este hecho está refrendado en numerosas publicaciones ;La OMS; la estrategia Europea de salud; y así la estrategia para la nutrición actividad física y prevención de la Obesidad del Ministerio de Sanidad y en ARAGON" Estrategia PASEAR" Recomiendan la realización de Actividad Física; Y Conocemos el programa de otros Centros de Salud y su satisfacción , y consideramos que sería adecuado iniciar nuestro programa en nuestro Centro de salud, pero con mediciones específicas para valorar los resultados , y si son eficientes proponer la continuación del programa. y llevar el aumento de la actividad Física a toda la Zona de salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. iniciamos el proyecto este año

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. \*Fomentar el ejercicio Físico en personas que acuden al CS con riesgo Cardiovascular (diabetes ,HTA) :50 % de los apuntados

\*Mejoría de los Factores de Riesgo CV \*\*Disminución peso : 5%  
\*\*Tension Arterial <140/90: 100%

\*Valoración de satisfacción de los profesionales y de los pacientes: &gt;75

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las responsables Dra :Romero y Carmen Brun (Ats ), han contactado con asociaciones Ozanam gabinete medioambiental del ayuntamiento Servic. Aragonés de Cardiología y CS San Pablo;Para solicitud de colaboración y consejo ;Y al personal del C.S. , en total 7 Médicos y 7 enfermeras . Se ha organizado un calendario de Paseos de unos 40 minutos de duración y 20 minutos de relajación ,estiramiento e información sanitaria y social; para que los pacientes que se le propongan y acepten( cada 2 profesionales por paseo) proponer y realizar "Paseos Cardiosaludables"; con valoración de datos médicos de las Historias clínicas, y el diseño de una encuesta satisfacción para los profesionales y pacientes, al inicio y al terminar el año

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. \*Valoración satisfacción de los profesionales y pacientes al inicio del programa y al final del año; mediante la contestación de una Encuesta de satisfacción

\*Valoración de peso talla e IMC en la consulta de cada paciente

\*Valoración de Tensión arterial en la consulta de cada paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio el 10 de Abril con un paseo cada semana (los miércoles ) de 9:30 a 10:30 (descanso en Enero y Diciembre, Julio y Agosto)

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. mayores de 18 años
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. población ,ACTIVIDAD FISICA

OTRA PALABRA CLAVE 2. Población disminución riesgo cardiovascular

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

001

**TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS**

## 2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLAMIL JARAUTA EMMA. MIR 4º. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- NAVARRO SALDAÑA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ SANZ MARISOL. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- PEÑA LOPEZ ANA ISABEL. PSICOLOGO/A. DAP ZARAGOZA 2. USM

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar los conocimientos del cuidador en lo relacionado con el cuidado Mejorar la atención a los dependientes.  
optimizar recursos  
Facilitar accesibilidad a los diferentes servicios sociosanitarios.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Conseguir el 50% de aceptación de usuarios elegidos  
Que la asistencia sea del 70% de los inscritos  
Que la satisfacción sobre el curso sea alta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De enero a Julio de 2013 la primera convocatoria las sesiones se realizaran los miercoles de Abril y mayo de 12 a 13,30 h.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cuidadores

OTRA PALABRA CLAVE 2. apoyo

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

391

## 1. TÍTULO

**DIFUSION, OPINION E IMPACTO DEL BLOG DEL CENTRO DE SALUD S. JOSE NORTE Y CENTRO EN LA POBLACION ATENDIDA**

2. RESPONSABLE ..... GLORIA SANZ REBOLLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MELON JUNCOSA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA  
· ISANTA POMAR CARLOS. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA  
· ESPINOZA MOSQUERA PAUL ALFREDO. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Conocimiento y difusión de la herramienta de comunicación confeccionada por los Residentes de 4º año de los centros de -salud S. Jose Norte y Centro : Blog de S. Jose

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Inicialmente se han realizado encuestas de conocimiento y utilización de dicho blog , y posteriormente se realizaran medidas de intervencion ( informacion y difusion activa con folletos informativos y carteleria

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el nivel de conocimiento y utilización del Blog , para valorar su grado de utilidad como herramienta de comunicacion entre los profesionales del centro y los usuarios del mismo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. informacion y difusion activa con folletos informativos y carteleria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores , como porcentaje de poblacion que conoce el blog y que lo utiliza asiduamente .Modo por el que les ha llegado la informacion  
Nivel de satisfaccion del usuario

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. nicio Febrero 2.013  
Finalizacion : Noviembre 2.013

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Blog

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

**RECOMENDACIONES DE SALUD ORAL EN EMBARAZADAS**

2. RESPONSABLE ..... SUSANA QUIRCE SANCHEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento de prolactina y de estrógeno en el embarazo hace que algunas mujeres en período de gestación sean más susceptibles a problemas odontológicos como la gingivitis y las caries. Aunque no se pueden evitar el incremento de estas hormonas, si se puede prevenir la aparición de las enfermedades bucales durante el embarazo y prevenirlas si llegan a aparecer. Una correcta salud bucal previa y revisiones periódicas en el odontólogo son claves para una buena salud bucal durante el embarazo.

Durante el embarazo se producen grandes cambios en la mujer a todos los niveles: en el aspecto físico, en el químico y en el psicológico.

Esto hace que la cavidad bucal de la embarazada sea más susceptible a padecer gingivitis y caries específicamente después del 3er mes del embarazo.

Los cambios hormonales hacen que los tejidos aumenten la irrigación sanguínea y sufran una mayor capacidad inflamatoria ante los irritantes locales externos.

Aumenta así la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis, las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños como el masticar o cepillarse los dientes, denominada también, gingivitis del embarazo.

Si la gingivitis no se trata, puede evolucionar hacia enfermedad periodontal afectando así el hueso de soporte, pérdida parcial de hueso y riesgo de pérdida de los dientes.

Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries ni otros problemas como gingivitis, sarro, flemones, etc. ya que estas patologías no sólo afectan a la salud de la madre, sino también a la del hijo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: conseguir la disminución de la gingivitis en las embarazadas, mediante la implantación de un protocolo específico de prevención.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Actividades del programa:

- Elaboración de un tríptico informativo que se repartirá entre los profesionales
- Charlas informativas a matonas y tocólogos del sector, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla
- Creación de grupos de población susceptible a padecer dicha enfermedad, mediante captación a través de otros profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Determinación de índices gingivales y periodontales (índice de o'leary)  
- Apertura de historias clínicas para evaluación y seguimiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y su seguimiento durante el mismo

- Apertura de historia clínica
- Instrucciones de higiene oral

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Gestantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Embarazadas

OTRA PALABRA CLAVE 2. Prevención

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

**RECOMENDACIONES DE SALUD ORAL EN EMBARAZADAS**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

390

**DIFUSION, OPINION E IMPACTO DEL BLOG DEL CENTRO DE SALUD S. JOSE NORTE Y CENTRO EN LA POBLACION ATENDIDA**

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA RAMIREZ ALESON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PINEDA FONT PABLO. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- ROBLES TAPIA YOLANDA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Conocimiento y difusión de la herramienta de comunicación confeccionada por los Residentes de 4º año de los centros de -salud S. Jose Norte y Centro : Blog de S. Jose

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Inicialmente se han realizado encuestas de conocimiento y utilización de dicho blog , y posteriormente se realizaran medidas de intervencion ( informacion y difusion activa con folletos informativos y carteleria

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el nivel de conocimiento y utilización del Blog , para valorar su grado de utilidad como herramienta de comunicacion entre los profesionales del centro y los usuarios del mismo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. informacion y difusion activa con folletos informativos y carteleria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores , como porcentaje de poblacion que conoce el blog y que lo utiliza asiduamente .Modo por el que les ha llegado la informacion  
Nivel de satisfaccion del usuario9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Febrero 2.013  
Finalizacion : Noviembre 2.013

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Blog

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

**GRUPO DE MEJORA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA DE LOS SECTORES DE ZARAGOZA I Y 2**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR OLIVAN OTAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ARNAL ALONSO JOSE MARIA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA  
· LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA  
· PEÑA SEGURA JOSE LUIS. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA  
· GARCIA VERA CESAR. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA  
· GALBE SANCHEZ VENTURA JOSE. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. PEDIATRIA  
· OLMEDILLAS ALVARO MARIA JOSE. PEDIATRA. CS ARRABAL. PEDIATRIA  
· ELIAS POLLINA JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUJIA INFANTIL  
· DOMINGUEZ CUNCHILLOS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECTOR MEDICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde abril de 2011 un grupo estable e interdisciplinario de pediatras del sector I y II de atención primaria (AP) y especializada (AE), junto a las subdirecciones médicas de AP del sector II y del H. Miguel Servet, mantiene reuniones periódicas con la finalidad de favorecer la comunicación entre estos niveles asistenciales. Durante este tiempo se ha propiciado la creación de grupos de trabajo que han desarrollado protocolos consensuados (infección del tracto urinario, atención al recién nacido de muy bajo peso, obesidad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, estreñimiento y laringitis), realizado jornadas y sesiones clínicas conjuntas, así como propuestas de mejoras asistenciales como el acceso a pruebas complementarias y creación de una consulta abierta a los pediatras de AP (Nefrología Pediátrica) mediante vía telemática.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar problemas relacionados con la continuidad asistencial. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica estableciendo protocolos de actuación y evaluando los resultados. Favorecer la comunicación y relación entre los profesionales de ambos niveles y su formación. Mejorar la utilización de las tecnologías de la información y comunicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones mensuales, tercer martes de cada mes, del grupo de mejora con elevación de acta. Impulsar grupos de trabajo de profesiones de AP-AE y con la creación y presentación de protocolos de patologías prevalentes, a modo orientativo para el año 2013-2014, bronquiolitis, abordaje del soplo cardíaco, y asma. Difusión de los mismos a todos los pediatras tras ser aprobados por la comisión de calidad del sector 2, y quedar disponibles en la página web del sector.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reuniones del Grupo de Mejora al menos 10 anuales, evaluación semestral. Actas de las reuniones, con la asistencia de al menos el 60% de los componentes.

Confección de protocolos asistenciales de patología prevalente con participación de AP y AE al menos de 3 años. Evaluación anual.

Implementación de 1 consulta telemática anual y evaluación de resultados (nº de interconsultas, conocimiento de la misma entre los pediatras, tiempo de respuesta, y resolución de problemas) de la existente y de la de nueva creación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio abril 2013 a junio 2014.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. infancia-adolescencia
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. coordinación primaria especializada

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

258

**IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA PREVENCION DE CAIDAS EN EL ADULTO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL BELLOSO RODANES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAHOZ MUSTIENES MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- MAZA INVERNON ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- CASORRAN ROYO MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- MARIN VELAZQUEZ PEDRO JOSE. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Prevalencia de fracturas en mayores de 65 años es > 18 % en los últimos 12 meses con 1 o más caídas. Esta cifra aumenta con la edad. Aumenta significativamente cuando existen 3 o más enfermedades crónicas. El envejecimiento de la población, la pruripatología y la polifarmacia, así como el sedentarismo, son por sí mismos elementos que incrementan de forma importante las caídas.

La utilidad del proyecto radica en informar a la población de elementos y condicionantes que favorecen su caída y que trabajando conjuntamente con los sanitarios se pueden minimizar.

Encuesta al inicio y a los 12 meses sobre caídas sufridas, consecuencias.

Desconocemos la situación de partida de nuestra población pues no se recogen en la historia clínica las caídas como tal, pero tenemos los datos de trabajos nacionales publicados respecto a frecuencia, causas, etc

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Elaboración de un "TRIPTICO INFORMATIVO" con la colaboración de los pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disminuir las caídas.

-Disminuir la prescripción y consumo de fármacos que puedan favorecer las caídas.

-Crear hábitos en la población respecto a realizar ejercicios de fortalecimiento muscular, flexibilización y equilibrio.

-Animarlos a poner en práctica las RECOMENDACIONES dirigidas a EVITAR LAS CAIDAS (recogidas en el tríptico).

-Fomentar estilos de vida saludable: ejercicio físico, alimentación, sueño y descanso, aumentar las actividades de grupo o sociabilizadoras.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Utilización del tríptico elaborado como instrumento de trabajo con la población.

-Charlas interactivas dirigidas a los pacientes: ejercicios a realizar, vivienda libre de obstáculos, consejos a seguir en la vía y transporte público, alimentación adecuada. -Recogida de sus aportaciones y elaboración de un cartel con las 10 más interesantes, que se expondrá en distintos lugares del Centro de Salud y de la zona de Salud. (Dra Belloso)

-Sesiones formativas a los profesionales sanitarios sobre fármacos que pueden aumentar el riesgo de caídas. (Dra Lahoz)

-Taller de aprendizaje para los sanitarios de los ejercicios a enseñar a los pacientes. (Dra Lahoz)

-Selección en consultas de medicina y enfermería de los pacientes más susceptibles de sufrir caídas (edad, pruripatología, caídas anteriores, fármacos que pueden producir caídas). (DUES)

-Crear un registro de participantes en el proyecto para la posterior evaluación de caídas a medio plazo. (Dr Marín)

-Informar del proyecto al Consejo de Salud. (Dra Maza)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Variación del número de caídas previo y posterior a la actividad: mediante encuesta previa de la situación y tras un periodo de seguimiento.

-Variación de la prescripción de fármacos que favorecen las caídas (grupo de benzodiazepinas): información obtenida del Servicio de Farmacia de AP.

-Nº de participantes y nº de charlas impartidas.

-Nivel de aceptación de la actividad.

-Número de sesiones formativas a los sanitarios/número de asistentes.

-Encuesta de evaluación a los participantes de la charlas así como las tareas de observación y evaluación de las personas docentes, propias de las actividades para Educación para la Salud.

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

-Duración: 12 meses, con posibilidades de ampliación.

-Cronograma: -1 charla interactiva/mes (excepto los meses de julio y agosto).

- Sesiones formativas/ 1 trimestre.

-Taller de aprendizaje ejercicios 1 en mayo 2013.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

258

**IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA PREVENCION DE CAIDAS EN EL ADULTO**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

335

## 1. TÍTULO

**GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO**

## 2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ESCARTIN LASIERRA

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENO FELIU LUIS ANDRES. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ RODRIGUEZ JEOVANNY MARGARITA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ AYZA MANUEL. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- MAZA INVERNON ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- BELLOSO RODANES MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sedentarismo o falta de ejercicio físico es uno de los males endémicos de nuestra sociedad del siglo XXI. Se acompaña de otros problemas asociados músculo esqueléticos, enfermedades cardiovasculares, obesidad y otras patologías como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades mentales y otros. La Organización Mundial de la Salud, las principales líneas de acción de la Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y al obesidad o el Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, también conocida como Estrategia NAOS<sup>1</sup> recomiendan la realización de actividad física además de una dieta adecuada. En Aragón, como marco de promoción de alimentación y actividad física se desarrolla la Estrategia PASEAR<sup>2</sup>. También somos conscientes de cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población y como una favorable red social puede ser un factor protector de la salud<sup>3</sup>. Atendiendo a la necesidad de mejorar la salud de las personas, no solo a través de la atención clínica en las consultas si no también con intervenciones comunitarias proponemos un programa de paseos cardiosaludables que estimulen la realización de ejercicio físico entre nuestros pacientes y la mejora de sus redes sociales.

1 [http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/estrategia/que\\_es/](http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/)

2 <http://tinyurl.com/c3b7swq>

3 Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Potenciar la realización de ejercicio físico en nuestros pacientes  
Mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes  
Estimular la realización de actividades de Salud Comunitaria por parte de las profesionales del Equipo de Atención Primaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de 2 paseos semanales ( lunes y miércoles) de 40 minutos de duración con estiramientos previos y posteriores a los mismos. Ampliación a una jornada más de paseo (viernes) de forma autónoma por parte de los usuarios.

Formación de los participantes en la realización adecuada de ejercicio físico (frecuencia cardíaca óptima, posibles mejoras en su salud...) durante los paseos.

Formación de los profesionales en prescripción de ejercicio físico a través de sesiones clínicas formativas trimestrales.

Mejora de la relación sanitaria-paciente fuera del Centro de Salud.

Conocer otros recursos relacionados con el cuidado de la salud (centros de formación, medioambientales, etc) que existen en el barrio.

Evaluación anual con usuarios y profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo: aumentar el nº de usuarios que realizan ejercicio físico (paseos):  
nº de paseantes (>18 años)/nº de personas adscritas a este CS (>18 años)

Objetivo: aumentar el nº de profesionales del EAP que participan en los paseos:  
nº de miembros del EAP que participan en los paseos/nº total de miembros del EAP

Objetivo: aumentar el nº de profesionales sanitarios del EAP que participan en los paseos:  
nº de miembros del EAP que participan en los paseos/nº total de profesionales sanitarios del EAP

Los datos se obtendrán a través de un listado diario elaborado ad hoc en el que figuran nº de usuarios y nombre de profesionales que participan en la actividad. Trimestralmente, análisis de estos indicadores por parte de la Comisión de Participación Comunitaria. Estos resultados se presentan de forma trimestral al resto del EAP y al

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

335

**GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO**

Consejo de Salud del barrio.

Se realizará también un listado mensual de los nuevos usuarios que participen en los paseos para valorar si existen nuevas incorporaciones.

Se realizará una encuesta al final del año a médicos y enfermeras sobre la prescripción de ejercicio físico en las consultas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Paseos bisemanales : ENERO- JUNIO 2013 /SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2013 2014....
2. Sesiones clínicas (in)formativas: MARZO- JUNIO- SEPTIEMBRE
3. Visita a recursos comunitarios del barrio: ABRIL-JUNIO- SEPTIEMBRE
4. Evaluación y presentación de resultados: DICIEMBRE

11. OBSERVACIONES. Este proyecto nació en 2010 al abrigo de una actividad comunitaria del Barrio de San Pablo llamada Carrera del Gancho. En los últimos años se ha desarrollado un calendario de paseos en el que cada vez participan más vecinas y profesionales y que ha permitido mejorar las relaciones entre ambos. Además ha permitido establecer redes con otros recursos comunitarios que trabajan en el barrio. La actividad cuenta con el apoyo del Consejo de Salud y el Equipo de Atención Primaria, al que se presentan resultados de las evaluaciones de forma trimestral. En el año 2011 recibimos la mención especial a los Premios Ebrópolis a las buenas prácticas ciudadanas.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

410

**PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS**

2. RESPONSABLE ..... NATALIA GARCIA CATALAN

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS SAN PABLO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTRO PINEDO NATIVIDAD. MEDICO/A. CS SAN PABLO.
- BOZAL LAHOZ CRISTINA. MEDICO/A. CS SAN PABLO.
- VALVERDE ARANDA SELMA. MEDICO/A. CS SAN PABLO.
- MARTIN PABLO ANA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA; el numero de usuarios del Sistema Aragonés de Salud con tratamiento Anticoagulante Oral va aumentando tanto en cifras absolutas como en tasas de prevalencia relativas. " La importancia socio-sanitaria del TAO es que los gastos originados por el control del TAO (alrededor de unos 90 millones de € anuales) son 15 veces menores que los gastos que supondrían las complicaciones evitadas, pero lo más importante es que evitan, además de importantes secuelas, más de 6.000 muertes anuales."\* ( manual del programa tratamiento anticoagulante C.Aragón)  
Incidir de nuevo sobre estos usuarios no solo en los aspectos técnicos y farmacológicos del ttº sino también en los autocuidados y consejos más generales mediante la EPS, puede mejorar la aparición de complicaciones, interacciones y efectos secundarios, así como manejo de situaciones en las que influye el TAO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. RESULTADOS A CONSEGUIR:

Participación de usuarios en TAO en los talleres, tanto en control venoso como capilar.  
Mejora en los autocuidados e independencia entre usuarios con TAO  
Mejora de la atención sanitaria a este grupo de usuarios, incidiendo en los aspectos más relacionados con los hábitos y estilo de vida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

Captación en consulta enfermería/medicina de pacientes con TAO susceptibles de beneficiarse con este proyecto y deseen mejorar. Informar también de la Actividad en el horario de extracciones en aquellos pacientes con determinación venosa del TAO. Divulgar también el programa en las residencias de 3ª Edad en las que hay residentes con TAO.

Para la captación; diseño y reparto de encuesta al usuario sobre el TAO.

Sesión informativa del diseño de talleres al resto del EAP, informativa y de ayuda a la captación.

Talleres de Educación Para la Salud:

1. Información anticoagulación. Tratamiento. Seguimiento e interacciones.
2. Dieta y ejercicio en el paciente anticoagulado. Hábitos de vida saludables
3. El autocuidado con el TAO, situaciones a tener en cuenta con el ttº anticoagulante.

Evaluación de Resultados, recogida de datos encuestas y realización encuestas posteriores a la realización de los talleres. Evaluación tanto de la EPS como del programa en los pacientes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo: mejorar el control del INR entre los participantes. Alcanzar el 70% de los pacientes en rango terapéutico en una fecha al azar. (Objetivo programa TAO Aragón):  
rango INR participantes antes del programa/INR post-programa

Objetivo: aumentar la participación en EPS de usuarios anticoagulados  
nº pacientes TAO participantes programa/total pacientes anticoagulados zona Básica

Objetivo: aumentar el nº profesionales implicados en Educación para la Salud en el CS  
nº miembros del EAP que realizan al menos 3 labores de EPS durante un año/nº de miembros del EAP.

Al finalizar el taller se realizara tanto una encuesta subjetiva a los participantes, y se repetirá la encuesta de captación para evaluar los cambios. Las actividades de EPS también serán evaluadas por la Comisión de Participación Comunitaria que existe en el CS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CRONOGRAMA PREVISTO:

- 1- Diseño programa y talleres: abril 2013
- 2- Difusión, Sesión informativa EAP, encuestas captación e información general: -Mayo 2013-Septiembre 2013
- 3- Comienzo Recogida de Datos: Mayo 2013
- 4-Talleres: Octubre-Noviembre 2013
- 5- Evaluación y presentación de resultados: Diciembre 2013

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. .

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

410

**PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS**

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

376

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN EL ABORDAJE, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAHOZ MUSTIENES

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SERRANO LAMARCA BALBINO. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ REMIREZ CARLOS. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ RODRIGUEZ JEOVANNY MARGARITA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- CASTRO PINEDO NATIVIDAD. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- GIMENO FELIU LUIS ANDRES. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA PARICIO LUIS. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La osteoporosis según la DMO ha supuesto un gran aumento de pacientes sobrediagnosticadas de osteoporosis.

Las fracturas osteoporóticas contribuyen a un deterioro en la calidad de vida, aumento de la discapacidad, a una mayor mortalidad y a un alto costo económico en la atención de la población de personas mayores de 65 años.

Los factores de riesgo de osteoporosis son muchos y no siempre se tienen en cuenta a la hora de iniciar el tratamiento con fármacos. Se ha extendido el uso en la práctica clínica de alguno de ellos como alteración de DMO o cálculo del riesgo de fractura a 10 años (herramienta FRAX).

Por otro lado vemos que desde hace unos 20 años han ido apareciendo en el mercado distintos fármacos para tratar de evitar las fracturas por fragilidad ósea y en estos años también hemos visto la dudosa o nula eficacia en la prevención de fracturas ( ) y la presencia de fracturas ligadas al uso de bifosfonatos durante más de 3 años (Erviti) , así como cantidad de efectos secundarios, que ha requerido sucesivas alertas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ante estas incertidumbres diagnosticas y terapeuticas sobre la osteoporosis con la falta de consenso y/o evidencias científicas queremos conocer nuestra realidad sobre el abordaje de esta entidad y mejorarlo desde el punto de vista de la eficiencia y seguridad clínica.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Ninguno

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Analizar los criterios diagnósticos de osteoporosis en nuestra población para mejorar la calidad de nuestra prescripción.

- Adecuar los tratamientos farmacológicos según nivel de evidencia científica, alertas existentes e indicaciones costo/efectivas de tratamiento.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Listado de pacientes de nuestro centro de salud en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en los últimos 5 años.

Listado de pacientes de nuestro centro de salud con episodio abierto de osteoporosis en los últimos 5 años. Estratificar muestra en función de la existencia o no de episodio de osteoporosis.

Analizar número de pacientes a los que se les haya solicitado densitometrias y/o calculado el riesgo de fractura por fragilidad a 10 años (FRAX) , así como la existencia de fracturas por fragilidad, en relación con la edad del paciente.

Establecer el origen de las prescripciones: médico de atención primaria, médico de atención especializada (Traumatología, reumatología, ginecología u otras) así como medicina pública o privada.

Analizar adecuación de tratamientos según guías clínicas y alertas del Ministerio de Sanidad y Consumo

Presentación de resultados al equipo.

Establecer las líneas de mejora que se vean necesarias.

Revisión de indicadores a los 12 meses.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes con diagnóstico de osteoporosis y/ o tratamiento con fármacos para la osteoporosis que tengan densitometría y/o FRAX calculado sobre el total de pacientes con diagnóstico de osteoporosis o tratamiento con fármacos para la misma

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con bifosfonatos durante mas de 5 años sobre el total de pacientes en tratamiento con bifosfonatos.

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con cualquier grupo farmacologico para osteoporosis que NO cumple criterio diagnóstico de osteoporosis sobre el total de pacientes en tratamiento con cualquier grupo farmacologico para osteoporosis.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Obtener listados de pacientes: MAYO 2013

- Muestreo estratificado y análisis de prescripciones: MAYO-JUNIO 2013

- Presentación resultados: JUNIO 2013

- Reevaluación indicadores: DICIEMBRE 2013

- Presentación Mejoras conseguidas: ENERO 2014.

## 11. OBSERVACIONES. Se están preparando unos grupos de Educación para la Salud destinado a mujeres entre 45 y 85 años, y entre cuyos temas se trabajara mediante talleres la osteoporosis Iniciaremos en mayo 2013 otro proyecto de calidad destinado a evitar las caídas11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

376

**MEJORA EN EL ABORDAJE, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS**

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

344

**MEJORA DE LA SALUD EN MUJERES A PARTIR DE LOS 45 AÑOS**

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTIN PABLO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... CS SAN PABLO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESCARTIN LASIERRA PATRICIA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
  - CASORRAN ROYO ISABEL. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
  - TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
  - EDO CARMEN. MATRONA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
  - GROS GRACIA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La población femenina (más a determinadas edades) es usuaria frecuente de nuestros servicios sanitarios. En nuestra actividad cotidiana detectamos cómo las mujeres son vulnerables a muchos problemas de salud y se siguen manteniendo mitos y dudas en torno a la salud a partir del climatario y en edades más avanzadas. Procesos fisiológicos que se sobremedicalizan (menopausia, osteoporosis), medidas de prevención de indicación dudosa y otras casi-ignoradas (prevención de caídas, incontinencia urinaria, riesgo cardiovascular), nos plantean si nuestra atención a las mujeres es la más adecuada o si ésta podría mejorar de manera sustancial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir participación de mujeres >45 años en talleres de Educación Para la Salud.

Mejora de la calidad de vida de las mujeres a partir de la perimenopausia  
Mejora de nuestra atención sanitaria a este grupo poblacional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Captación en consulta de enfermería/medicina/matrona de mujeres >45 años que se puedan beneficiar de este proyecto y que manifiesten su deseo en participar.

Charla educativa- participada inicial que permita conocer intereses de las usuarias en relación a la mejora de su salud.

Talleres de Educación Para la Salud que traten:

1. Concepto de menopausia. Desmontando mitos (Patricia Escartín, Isabel Casorrán)
2. La osteoporosis y la prevención de caídas. "Si no nos caemos, no nos rompemos"( Ana Turlan, otros miembros del EAP incluidos en otro proyecto de calidad- ver observaciones)
3. Incontinencia urinaria y sexualidad( Carmen Edo, Carmen Gros)
4. Dieta y ejercicio físico. Estilos de vida que pueden mejorar nuestra salud (Ana Martín, Manuel Rodríguez)

De forma transversal, en estos talleres se quiere potenciar el autocuidado (uso de técnicas de relajación y otras) y la autoestima de las participantes

Observación y evaluación de cada sesión y del conjunto de talleres propuestos.

Sesiones clínicas para el Equipo de Atención Primaria con fines (in)formativos y de sensibilización

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo: aumentar participación de mujeres > 45 años en EPS  
nº pacientes incluidas en el proyecto/nº total de mujeres >45 años

Objetivo: aumentar el nº de profesionales implicados en Educación Para la Salud en el CS  
nº de miembros del EAP que realizan al menos 3 labores de EPS durante un año/nº de miembros del EAP

Se atenderá a las demandas y/o necesidades de las usuarias que acudan a la charla educativa y en las consultas. Después de cada sesión, se realizará una encuesta de evaluación subjetiva a las participantes, así como las tareas de observación y evaluación de las personas docentes propias de una actividad de Educación Para la Salud. Las actividades de EPS son asimismo evaluadas por la Comisión de Participación Comunitaria que existe en el CS. Al inicio y al final del ciclo de talleres se pasará una encuesta de calidad de vida (tipo Cervantes) y se compararán ambas para evaluar si existe alguna variación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Diseño del programa y los talleres: ABRIL- MAYO 2013
2. Charla informativa para pacientes: JUNIO 2013
  3. Captación pacientes: JUNIO- SEPTIEMBRE 2013
  4. Talleres: SEPTIEMBRE- OCTUBRE-NOVIEMBRE 2013
  5. Sesiones clínicas EAP: SEPT-OCT-NOV 2013
  6. Evaluación y presentación de resultados: DICIEMBRE 2013

11. OBSERVACIONES. El proyecto incluye un taller dedicado a la prevención de caídas que enlaza con el proyecto de mejora de la Calidad "Importancia y utilidad de la Educación para la Salud en la prevención de caídas en el adulto" que dará comienzo en el mes de mayo de 2013 en nuestro Centro de Salud, dedicado tanto a mujeres como a

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

344

**MEJORA DE LA SALUD EN MUJERES A PARTIR DE LOS 45 AÑOS**

hombres.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. mujeres >45 años

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

273

**EVALUACION DE LA ACTUACION EN LARINGITIS AGUDA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA****2. RESPONSABLE** ..... GLORIA SORIA CABEZA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS TORRE RAMONA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- CABREJAS LALMOLDA ANA. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL INFANTIL
- MONEO HERNANDEZ ISABEL. PEDIATRA. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- OLIVAN OTAL MARIA PILAR. PEDIATRA. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ BARRANCO JESUS. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- LASARTE VELILLAS JUAN JOSE. PEDIATRA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el mes de Mayo de 2011 existe un grupo de Coordinación de Pediatría de AP y Hospital Infantil. Tras detección de áreas de Mejora y priorización mediante grupo nominal, explicitación de necesidades sentidas por los profesionales de ambos ámbitos y consenso de los miembros del grupo, se priorizan diversos temas sobre los que se planifican actividades de Intervención: Realización de Protocolos y sesiones de Formación conjunta de Pediatras de Atención Primaria, MIR de pediatría y Pediatras de Hospital Infantil.

Uno de los temas seleccionados es la Atención a la Laringitis en Pediatría, en relación con la nueva oportunidad de tratamiento con Dexametasona oral en los Centros de Salud desde Julio de 2012.

Tras la elaboración de un Protocolo conjunto AP-Primaria-AHospitalaria de Atención a la Laringitis Aguda elaborado de acuerdo a conocimientos basados en la evidencia, se acuerda su implantación a partir de Abril de 2013.

Este proyecto se diseña con el fin de conocer la situación previa en la atención a la laringitis en Pediatría en el Sector II de Atención Primaria de Zaragoza. Al no existir un Registro específico en OMI para obtención de resultados.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. O.general: Conocer la situación de la asistencia a la Laringitis en Pediatría en el Sector II de Pediatría de AP de Zaragoza antes y después de la implantación del protocolo de Atención a la Laringitis Aguda en Pediatría.

O específicos:

Cuantificar el registro de síntomas en pacientes afectados de laringitis aguda de 0 a 14 años entre los Pediatras del Sector II de Zaragoza, antes y después de la implantación del Protocolo.

Cuantificar el Registro de Administración de Dexametasona oral a pacientes afectados de laringitis aguda de 0 a 14 años antes y después de la implantación del protocolo

Cuantificar el Registro de entrega de información escrita relativa a laringitis aguda a padres, antes y después de la implantación del Protocolo.

Conocer el registro de derivación de pacientes afectados de laringitis aguda a atención hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Audit de evaluación de Atención a la Laringitis en el niño en Atención primaria, de acuerdo a los criterios expuestos en observaciones. Diseño: Gloria Soria

Obtención de listados de pacientes de 0 a 14 años diagnosticados de Laringitis aguda en Sector Zaragoza II en el año 2012. Selección de la muestra a estudiar: Jesús Ruiz

Elaboración y envío de cuestionario de valoración de la asistencia a la laringitis aguda a los Pediatras de AP, Zaragoza Sector II: Isabel Moneo, Juan José Lasarte

Cumplimentación y envío del cuestionario: Pediatras de AP Sector 2

Análisis de datos: Ana Cabrejas

Difusión de resultados a Pediatras de AP de Zaragoza: Ana Cabrejas, Isabel Moneo

Análisis de datos: Ana Cabrejas, Isabel Moneo, Pilar Oliván

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de cuestionario de recogida de datos mediante consenso del Grupo de trabajo según criterios clínicos definidos en el Protocolo de Asistencia a la Laringitis Aguda en Pediatría. Se objetivará el envío del cuestionario a los Pediatras de AP el 31 de Mayo de 2013 y el 31 de Marzo de 2014.

Elaboración de informe final de resultados el 30 de Junio de 2013 y el 30 de Abril de 2014.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración y envío del cuestionario: Mayo 2013 (previo) y Marzo 2014 (post)

Mecanización informática: Análisis estadístico e Informe: Junio 2013 y Abril 2014

Presentación de resultados a Pediatras de AP: Mayo 2014.

**11. OBSERVACIONES. AUDIT: DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Diseño de estudio realizado por el Grupo de trabajo de Pediatras de AP que pretende conocer la situación de partida previa a la implantación del Protocolo de Actuación en Laringitis aguda en Pediatría, Coordinación Atención primaria /Especializada, y los resultados de su implantación.

Objetivo del estudio: objetivar cuantitativamente la atención al paciente con Laringitis aguda en Pediatría de AP, antes y después de la implantación del protocolo de ACTUACIÓN EN LARINGITIS AGUDA EN PEDIATRÍA.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de carácter retrospectivo

antes y después de la intervención, (del tipo pre-post )

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

273

**EVALUACION DE LA ACTUACION EN LARINGITIS AGUDA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA**

Fuente de datos: Historia Clínica de OMI en Atención Primaria

Fecha del estudio: Enero a Diciembre de 2012 y Marzo2013- Febrero 2014

Población diana: Pacientes de 0 a 14 años de edad con al menos un episodio de laringitis aguda.

Población de estudio: Pacientes de 0 a 14 años de edad pertenecientes al Sector II de Ap de Zaragoza.

Criterios de inclusión al menos un episodio de laringitis aguda.

Criterios de exclusión:

Tamaño de la muestra: 5% de la población o 30-40 historias . A determinar

Muestreo: Técnica de muestreo a determinar

Recogida de datos : Pediatras de AP y Personal MIR de Pediatría en hoja de recogida de datos diseñada al efecto

Tto. estadístico que se va a dar a esos datos: a diseñar

Resultados: Presentación de resultados generales y por servicio en forma de ACTUACIÓN EN LARINGITIS AGUDA EN PEDIATRÍA de AP en Zaragoza . Distribución de informe de resultados a Pediatras de AP e ZaragozaJefes de Servicios y Dirección.

Cronograma previsto:

- Recogida de datos: Abril- Mayo de 2013

- Mecanización informática: Por determinar

- Análisis estadístico y borrador de informe: Por determinar

- Informe final : Junio 2014

- Distribución Informe: Por determinar11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ya mencionado en Observaciones

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

477

**PROYECTO DE GARANTIA DE CALIDAD. CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA 2013**

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . LATORRE RUIZ CRISTINA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA.
- . JAEN BAYARTE ESTEBAN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- . CORCHON CONDON RAUL. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA.
- . PUY ROC SARA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA.
- . REMACHA GARCIA MARIMAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CS VALDESPARTERA.
- . GIMENO CABELLO ANGEL. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA.
- . VAZQUEZ OLIVARES MARGARITA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el C.S. Valdespartera en base a los resultados obtenidos en los objetivos de 2012 se plantearon varias lineas de mejora integradas bajo el titulo general de "Garantía de Calidad del C.S. Valdespartera-Montecanal 2013", con el objetivo de mejorar los resultados y la satisfacción de nuestros usuarios.

Situación de partida: resultados indicadores 2012 y resultados encuesta de satisfacción 2012. Línea 1. Mejora de la seguridad clínica C.S. Valdespartera

Línea 2. Mejora de la información a la población

Línea 3. Mejora del control de la HTA con MAPA

Línea 4. Mejora de la satisfacción de los usuarios (encuesta poblacional)

Línea 5. Mantenimiento certificación ISO 9001 obtenida den 2012

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Línea 1.; sesiones clínicas de seguridad, 2, con asistencia del 80%; alergias registradas en OMI a aumentado del 34% en 2011 al 58% en 2012. Recogida material de punción en domicilio: entregados contenedos al 81%, recogidos 84,24%. Porcentaje de pacientes en rango terapeutico TAO 72,31%.

Línea 2. Instalación pantalla de plasma en admisión con información permanente (obtenida con financiación proyecto 2011). Artículos publicados, 6; charlas ofertadas a la población, 5; talleres realizados, 36 de relación, puerperio, lactancia y obesidad.

Línea 4. Ver resultados encuesta en documento adjunto

Línea 5. Se ha obtenido certificación Norma ISO 9001 en 2012

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad clínica de los pacientes del C.S.

Mejorar la satisfacción de los usuarios

Mejorar la formación en salud de la población abscrita

Mejorar el control de los pacientes hipertensos

Mantener la certificación ISO 9001 en 2013

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ver documento lineas de mejora 2013 del Sector II

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reflejados en documento lineas de mejora 2013 Sector II

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. el proyecto se diseño en diciembre de 2012, el trabajo de campo y la evaluación de resultados se llevaran a cabo desde enero hasta octubre de 2013. La evaluación y diseño de acciones de mejora se realizaran en noviembre de 2013 por cada uno de los responsables de las lineas de mejora y el grupo de calidad.

11. OBSERVACIONES. Se dispone de los documentos de las lineas de mejora 2013 del Sector II , asi como de los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios llevaba a cabo en colaboración con la Universidad de Zaragoza que podemos enviar por la via que se nos indique dada la imposibilidad de incluirlos en este formato11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

249

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISPENSACION INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA REYES ABAD SAZATORNIL
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- IDOIBE TOMAS ANGELA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
  - CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
  - CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
  - PERRINO GARCIA MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
  - REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
  - VILLAR FERNANDEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
  - CASAJUS LAGRANJA PILAR. FARMACEUTICO/A. H 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 en dosis unitarias 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. En aquellas unidades, en las que no es posible o es muy complicada su implantación, como sucede en las Unidades de cuidados intensivos y el Servicio de Urgencias, los sistemas automatizados de dispensación individualizada, tipo pyxis, consiguen optimizar los circuitos de trabajo e inventarios, garantizar la disponibilidad de medicamentos en las unidades de enfermería e imputar los consumos de medicamentos por paciente.

En este proyecto se utilizan una serie de herramientas y estrategias para mejorar la calidad del proceso de utilización de medicamentos en el hospital, de las cuales podemos destacar la implantación de los Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT), la prescripción por principio activo, la Prescripción Electrónica asistida (PE) y la conciliación de medicamentos en los cambios de niveles asistenciales.

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 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.

La prescripción electrónica asistida es una de las medidas que más contribuye a mejorar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos pues 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 que permite la prescripción electrónica de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando la transcripción de las mismas tanto por el farmacéutico, de manera previa a la validación y dispensación de los medicamentos, como por la enfermería para el control y registro de la administración.

Por último, la conciliación de medicamentos, es decir la valoración de la concordancia entre la medicación registrada cuando el paciente accede al hospital y lo que tenía en su domicilio, ha sido considerado por la mayoría de las organizaciones que trabajan para mejorar la seguridad como uno de las prácticas que más contribuyen a disminuir los errores de medicación, ya que el cambio de nivel asistencial está demostrado que es uno de los puntos más vulnerables.

Dentro de los objetivos fijados en la Comisión de seguridad para el 2013, durante el mes de marzo un grupo multidisciplinario ha evaluado la seguridad de los sistemas de dispensación automatizados (SAD) mediante un cuestionario traducido y validado por el ISMP España y el Grupo Tecno de la SEFH. Tras su evaluación se han priorizado las siguientes acciones de mejora para implantarlas a corto plazo:

- Establecer un procedimiento para auditar periódicamente el proceso de preparación de los medicamentos para reponer los SAD y cumplimiento de criterios de calidad de los medicamentos reenvasados disponibles en los SAD.
- Establecer un procedimiento para auditar periódicamente el proceso de reposición de los SAD y la adecuación al consumo de la dotación de medicamentos disponibles en cada SAD.

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

249

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISPENSACION INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS**

- Actualización anual de las claves de acceso a dichos sistemas (eliminando al menos las del personal no presente en los Servicios en ese momento).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante los últimos años se han seleccionado, consensado e implantado una batería de indicadores para valorar la calidad en unidades. En el año 2012 se realizaron 508 intervenciones farmacéuticas, los errores de transcripción detectados fueron del 3,78 % y de 1,09% los de llenado, siendo 25.636 el nº de órdenes médicas transcritas.

También se realizó un seguimiento del cumplimiento de los protocolos de intercambio terapéutico (PIT) establecidos, a través del indicador % Fármacos adquiridos no incluidos en guía (NO autorizados en PIT)/Adquisición fármacos PIT, estando en todos los subgrupos los resultados dentro del objetivo fijado y se elaboraron 3 nuevos protocolos de intercambio terapéutico: Aparato respiratorio, analgésicos opiáceos, revisión de AINES. Se mantuvieron permanentemente actualizadas las interacciones de mayor relevancia clínica, incluidas como ayudas a la prescripción en el programa Dominio.

En el año 2011 toda la estructura de los sistemas de gestión e información de medicamentos utilizados en el hospital se modificaron para trabajar por principio activo, realizándose actualmente toda la prescripción electrónica por principio activo. Además durante 2011-2012 se implantó prescripción electrónica en 5 unidades: Neurología, Neumología, Neurocirugía, Medicina interna planta 11 e Infecciosos y se extendió la dispensación en dosis unitarias a Medicina Interna Planta 10, asociada a prescripción electrónica. Por otro lado, durante el año 2012 se concilió la medicación de 5232 pacientes pendiente de ingresos en las salas de observación del Servicio de Urgencias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Incrementar la adhesión a la Guía Farmacoterapéutica y la aplicación de los PIT: implantación de los nuevos PIT aprobados por la CEMA  
- Incrementar las ayudas a la prescripción electrónica: Actualizar las interacciones farmacológicas más importantes y las alertas ante insuficiencia renal del paciente.  
- Incrementar la implantación de la prescripción electrónica y de los sistemas automatizados de dispensación (SAD)  
- Mejorar las condiciones de conservación de los medicamentos en kardex/pyxis  
- Cumplimiento de los criterios de calidad de los medicamentos reenvasados disponibles en los SAD  
- Adecuar el contenido de kardex/pyxis al consumo de los medicamentos  
- Mejorar el proceso de reposición de los sistemas de dispensación individualizada de medicamentos.  
- Valorar las necesidades para la puesta en marcha de la prescripción electrónica asociada a pyxis.  
- Establecer un sistema de mantenimiento de claves para mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas a los sistemas de dispensación automatizados, tipo Pyxis  
- Disminuir los errores asociados al cambio de nivel asistencial en el ingreso del paciente a través del Servicio de Urgencias  
- Mejorar el registro y la repercusión de la conciliación de la medicación al ingreso de los pacientes en Salas de Observación del Servicio de Urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los responsables de las actividades serán los farmacéuticos del área de unidades y de urgencias (a excepción de la elaboración de PIT, cuyo responsable es el farmacéutico de CIM) con la colaboración del resto de farmacéuticos del servicio y de la enfermera supervisora.

- Elaboración de los PIT encargados por la CEMA.
- Aplicación y difusión de los nuevos Protocolos de Intercambio Terapéutico
- Actualizar el listado de las interacciones farmacológicas más relevantes de los fármacos incluidos en GFT
- Establecer listado de fármacos de alto riesgo que precisan vigilancia cuando hay deterioro de la función de la renal
- Difusión de la prescripción por principio activo
- Formación de médicos prescriptores
- Ampliación de la prescripción electrónica en dos plantas: Digestivo y Psiquiatría
- Revisión de caducidades de los medicamentos en kardex/pyxis
- Revisión de la adecuación del stock de kardex/pyxis
- Establecer un procedimiento para auditar el proceso de preparación y de reposición de los medicamentos en los SAD
- Actualización anual de las claves de acceso a dichos sistemas.
- Evaluar las ventajas de la prescripción electrónica ligada a Pyxis y trasladarlas a la responsable del área informática del SALUD.
- Conciliar la medicación del ingreso de los pacientes en salas de observación del Servicio de Urgencias
- Valorar el impacto real de la conciliación desde el Servicio de Urgencias en la disminución de errores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

- Elaboración de los PIT que se seleccionen
- % fármacos adquiridos no incluidos en GFT en relación al total (subgrupos de fármacos incluidos en los nuevos PIT)
- Elaboración del listado de interacciones de mayor trascendencia clínica incluidas en el nuevo programa informático.
- Definición de listado de fármacos de alto riesgo en pacientes con deterioro severo de función renal
- Nº unidades con prescripción electrónica
- Nº de revisiones de caducidad de medicamentos en kardex/pyxis

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

249

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LAS UNIDADES CON SISTEMA DE DISPENSACION INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS**

- % de medicamentos sin movimiento en los últimos 6 meses en kardex/pyxis
- % errores en la preparación de los medicamentos para reposición en SAD/kardex
- N° errores notificados por las unidades en el llenado de pyxis
- N° de errores registrados en el llenado de los kardex
- % de pacientes conciliados respecto al número de pacientes pendientes de ingreso en salas de observación
- % de aceptación de las recomendaciones realizadas en la conciliación en Urgencias aceptadas en la planta 9° y 11° del Hospital General

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 consensuar objetivos a alcanzar y definir los indicadores a medir. 1er trimestre 2013  
Elaboración y difusión de los PIT. 2º semestre 2013  
Actualización del listado de las interacciones farmacológicas más relevantes de los fármacos incluidos en GFT. 1er trimestre 2013  
Establecer listado de fármacos de alto riesgo que precisan vigilancia función renal. 2º trimestre 2013  
Difusión de la prescripción por principio activo. Enero a Diciembre 2013  
Formación de médicos prescriptores. 1er semestre 2013  
Ampliación de la prescripción electrónica en dos plantas: Digestivo y Psiquiatría. Digestivo: Primer trimestre 2013. Psiquiatría: 2º trimestre 2013  
Revisión de caducidades de los medicamentos en kardex/pyxis. Enero a Diciembre 2013  
Revisión de la adecuación del stock de kardex/pyxis. 2º semestre 2013  
Actualización anual de las claves de acceso a dichos sistemas. 4º trimestre 2013  
Establecer un procedimiento para auditar el proceso de preparación y de reposición de los medicamentos en los SAD. 2º trimestre 2013.  
Evaluar las ventajas de la prescripción electrónica ligada a Pyxis y trasladarlas a la responsable del área informática del SALUD. 2º y 3º trimestre 2013.  
Conciliar la medicación de los pacientes pendientes de ingreso en salas de observación del Servicio de Urgencias Enero a Diciembre 2013  
Valorar el impacto de la conciliación realizada en Urgencias 2º y 4º Trimestre 2013

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Sistemas de dispensación individualizada

OTRA PALABRA CLAVE 2. Seguridad

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

100

## 1. TÍTULO

**AVANZANDO HACIA UN USO MAS RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS CITOSTATICOS Y MEZCLAS INTRAVENOSAS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE AGUSTIN FERRANDEZ

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ PUENTE CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
- GALEGO VIZOSO TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA HEMATOLOGIA
- PALACIN MARTIN PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGIA
- LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La elevada carga asistencial del área de farmacotecnia (mas de 33.000 preparaciones sólo de citostáticos en 2012) 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 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, actualizado y extendido la prescripción electrónica en el Hospital de día de Hematología, Oncología y reumatología. Se va a iniciar en la planta de Hematología.

Se ha impartido formación continuada al personal de enfermería de laboratorio de farmacia y de hospital de día sobre manipulación con agentes citostáticos.

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 60 fármacos y se ha introducido dicha información en 60 bombas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Mantener la prescripción electrónica en el Servicio de Hematología, Oncología y Reumatología

2.- Actualización protocolos oncopediatria y protocolización en programa de gestión de citostáticos.

3.- Formación continuada personal de enfermería laboratorio de farmacia y del Hospital de día.

4.- Mejorar la seguridad en las preparaciones de citostáticos.

5.- Minimizar tiempos de espera del paciente

6.- Mejorar la seguridad en la administración de citostáticos.

7. Mejora en la imputación de consumos por servicio y por paciente.

\*\* Condicionados a mantener el programa informático actualmente disponible.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de prescripción electrónica para los clínicos del Servicio de Hematología, Oncología y Reumatología.

2.- Reuniones informativas con los clínicos del Servicio de Oncopediatria para actualizar los protocolos.

3.- Mantener reuniones periódicas con el personal de enfermería de hospital de Día, realizar sesiones informativas con el personal de laboratorio de farmacia.

4.- Medir mensualmente los tiempos de espera entre prescripción-validación y preparación dentro del tiempo que están citadas.

5.- Mantener el doble control en las preparaciones de citostáticos.

6.- Extender la utilización de bombas inteligentes, mediante la incorporación progresiva de nuevos fármacos a la farmacoteca disponible en el software de dichas bombas para conseguir la administración segura de fármacos citostáticos.

7.- Análisis de la utilización de las bombas y del impacto en la practica clínica.

8.- Aprender de los errores: Difusión de las alertas generadas y revisión de los criterios correctos de administración de los medicamentos citostáticos implicados en las alertas.

9.- Seguimiento del consumo de medicamentos en oncología y hematología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° prescripciones informatizadas/N° prescripciones totales.- >90%

N° protocolos actualizados/N° protocolos utilizados en oncopediatria.- 60%

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

100

**AVANZANDO HACIA UN USO MAS RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS CITOSTATICOS Y MEZCLAS INTRAVENOSAS**

Nº de sesiones informativas para el personal de enfermería de hospital de día, y del laboratorio del servicio de Farmacia informativas.- 2 por grupo.

Nº de preparaciones con doble control/Nº de preparaciones realizadas.- 100%

Tiempo medio de espera entre prescripción y validación.- <25mín

Preparaciones con cita preparadas sin retraso.- 90%

Nº de fármacos incluidos en "farmacotecas" en las bombas de infusión hospital de Día/nº de fármacos nuevos totales.- >95%

Elaboración de un Informe anual de la utilización de las bombas inteligentes en el Hospital de día.

% alertas de velocidad inadecuada de administración y monitorización

Los indicadores se van a obtener del mismo programa informático y se van a realizar con una periodicidad trimestral.

Registro de las reuniones realizadas.

Registro de tiempos entre prescripción-validación y entre validación-preparación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesiones de actualización en los servicios (oncología, reumatología y hematología): Febrero, mayo y noviembre.

Reuniones informativas en oncopediatria: Abril y Mayo

Reuniones periódicas con personal de enfermería de hospital de día y farmacia: marzo y octubre.

Análisis de los tiempos de espera: febrero, abril, junio, octubre y diciembre

Incorporación progresiva de fármacos a la "farmacoteca" y monitorización de incidencias: febrero, mayo, octubre, diciembre

Mantener doble control de preparaciones citostáticas: todos los meses.

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

052

**PLAN DE SENSIBILIZACION Y FORMACION SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE/USUARIO, DIRIGIDO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO****2. RESPONSABLE** ..... ASUNCION APARICIO CLAVERIA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION AL PACIENTE
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- BARANGUAN BADIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- VALLESPIN MESEGUER MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME RAMON Y CAJAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
- SEDANO GIMENO MAR. PERSONAL SUBALTERNO. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
- ANTO PANZANO CARMEN. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. RADIODIAGNOSTICO
- SADABA ALMENDARIZ ANDRES. MEDICO/A. CME RAMON Y CAJAL. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- VELLILLA MARCO ISABEL. MEDICO/A. CME RAMON Y CAJAL. NEUROLOGIA
- ESTELA REMON JESUS. PERSONAL DE MANTENIMIENTO. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS GENERALES

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El objetivo es fomentar la implicación de todos los profesionales en la orientación de su actividad y de los recursos disponibles hacia la mejora de la seguridad del paciente/usuario, mediante un programa de formación dirigido a todos los profesionales del centro. Partimos de la base de una encuesta, que se realizó previamente a dichos profesionales el año 2012, y, basándonos en sus resultados, se detectó la necesidad de formación dirigida a los trabajadores del centro, en esta materia. Por otro lado se estudiaron los instrumentos actuales de detección y notificación de eventos adversos y se comprobó la falta de conocimiento, por parte de los trabajadores del centro, de cualquier circuito existente para recogerlos y notificarlos.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Incrementar la formación de los profesionales del centro con respecto al tema de seguridad del paciente.

Sensibilizar a los profesionales del centro sobre la importancia de la notificación de incidentes y eventos.

Favorecer que los trabajadores notifiquen los eventos adversos, mediante la implementación de instrumentos que faciliten y promuevan su recogida.

Conocer los eventos adversos ocurridos y registrarlos

Evaluar y analizar la información recogida, para mejorar la seguridad de los usuarios del centro

Informar a los profesionales de los resultados obtenidos.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales del centro.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Programación de un plan informativo/formativo sobre seguridad del usuario, con varios niveles de formación y distintas características de contenido dirigidos a 4 grupos diferentes de profesionales del centro.

Las charlas se llevarán a cabo en el periodo de tiempo comprendido entre mayo y noviembre 2013, estableciendo un calendario/ horario, acorde con la actividad asistencial del centro.

El profesorado estará integrado por personal del HUMS, en colaboración con el Sº de Calidad y el Sº de Formación Continuada.

Diseñar los contenidos de las sesiones formativas

Elaborar 2 encuestas diferentes, dirigidas a los profesionales asistentes a las sesiones formativas, para validar los resultados de la formación y la incidencia del plan sobre la seguridad del paciente.

Realización de las sesiones formativas y de las encuestas

Resultados

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Se controlará su realización y eficacia, mediante cómputo de la asistencia a las charlas: Porcentaje de asistentes a las charlas en relación al número total de trabajadores convocados.

Se evaluará su efectividad a través de los resultados de las encuestas:

Porcentaje total de encuestas con resultado satisfactorio frente a número de encuestas recogidas.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Se iniciará el proyecto en el mes de febrero de 2013 y se finalizará en el

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

052

**PLAN DE SENSIBILIZACION Y FORMACION SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE/USUARIO, DIRIGIDO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO**

mes de diciembre de 2013.

Calendario de actividades:

Elaboración del proyecto, durante los meses de marzo y abril

Localizar al profesorado, en el mes de abril.

Diseñar el contenido de las sesiones formativas, en el mes de abril.

Establecer el calendario de las sesiones formativas, en el mes de abril.

Diseñar el contenido de las 2 encuestas, la primera se realizara en el mes marzo y la segunda en el mes de septiembre.

Realización de las sesiones formativas y de las encuestas, durante los meses de mayo, junio, octubre y noviembre.

Resultados, en el mes de diciembre

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

381

**ACTUALIZACION EN INMUNOSUPRESION DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO DEL HU MARIA SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE Y DE COMUNICACION ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS IMPLICADOS EN EL PROCESO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN AURED GUALLAR
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLASCO PEIRO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- SANZ JULVE MARISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- GARCIA LABORDA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el paciente con insuficiencia cardíaca terminal, el trasplante cardíaco es la única opción terapéutica disponible en la actualidad que ha demostrado poseer un impacto positivo de gran magnitud sobre la supervivencia. Por ello, se considera el tratamiento de elección ante cardiopatías evolucionadas en situación funcional avanzada, no mejorables de forma suficiente con otros procedimientos médicos y/o quirúrgicos.

En España, esta terapia se inició en 1984, y en Zaragoza, el programa de trasplante cardíaco del Hospital Universitario Miguel Servet comenzó en el año 2000.

Al inicio del proceso, en Noviembre de 1999, se editó un protocolo de actuación común: "Programa de Trasplante Cardíaco del Hospital Universitario Miguel Servet", para todos los Servicios implicados en el proceso: Cardiología, Cirugía Cardíaca, Anestesiología, medicina Intensiva, Anatomía Patológica, Microbiología y la enfermería correspondiente.

La modulación de la respuesta inmune es el objetivo fundamental del tratamiento inmunosupresor. Este se basa en dos conceptos: en primer lugar, suprimir la respuesta del sistema inmune contra órganos extraños sin alterar la respuesta contra microorganismos y tumores, y en segundo, revertir la respuesta inmunológica contra un órgano trasplantado (rechazo) una vez iniciada. Cuando se inicia la inmunosupresión en un paciente trasplantado se pretende prevenir el rechazo agudo y crónico, intentando minimizar la morbimortalidad infecciosa y neoplásica, y vigilar la toxicidad de los fármacos. Sin embargo, el patrón de inmunosupresión ideal no se ha alcanzado todavía. De ahí que las pautas de inmunosupresión utilizadas van cambiando con el tiempo y hacen necesarios sucesivos documentos de consenso entre los diferentes grupos de trasplante en el ámbito nacional e internacional.

Es labor fundamental de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante de Cardiología el manejo de la inmunosupresión desde el momento de la preparación del receptor cuando se dispone de una donación, así como el seguimiento ulterior, inicialmente en colaboración con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y posteriormente de forma ambulatoria a lo largo de toda la vida del paciente.

Han surgido grandes avances en inmunosupresión desde el año 1999, que se han ido aplicando a nuestros pacientes, y transmitiendo de forma verbal al resto de Servicios. Sin embargo, este protocolo no ha sido revisado desde entonces.

Por lo anteriormente expuesto, desde el servicio de Cardiología, y en colaboración con los Servicios de Medicina Intensiva y Cirugía Cardíaca proponemos un proyecto de calidad destinado a actualizar la Sección de Inmunosupresión del Programa de Trasplante Cardíaco, adaptado al conocimiento basado en la evidencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo primordial de esta actualización es plasmar y dejar constancia de las modificaciones que ya se están aplicando al tratamiento farmacológico inmunosupresor del paciente trasplantado cardíaco, basadas en guías clínicas Internacionales, y en la experiencia compartida con el resto de Grupos de Trasplante Cardíaco en España. Como segundo objetivo, pretendemos unificar las pautas de actuación entre los distintos Servicios implicados, para minimizar posibles errores y mejorar la seguridad de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para conseguir estos objetivos se van a consensuar las nuevas pautas de actuación ante la inmunosupresión en el paciente trasplantado cardíaco, con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la evidencia científica disponible en el momento actual. Revisaremos las publicaciones de Sociedades Científicas de entidad: European Society of Cardiology, American Heart Association e International Society for Heart and Lung Transplantation, para aplicarlas a nuestro medio. De la misma manera revisaremos la Conferencia de Consenso de los Grupos Españoles de Trasplante Cardíaco, publicada en 2007 en la Revista Española de Cardiología.

Se tratará de un documento en tamaño DIN A4, encuadernado, que se distribuirá a todos los Servicios previamente mencionados, como anexo al protocolo ya existente

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

381

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION EN INMUNOSUPRESION DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO DEL HU MARIASERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE Y DE COMUNICACION ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS IMPLICADOS EN EL PROCESO**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:

1. Revisión de las Historias clínicas de los pacientes trasplantados desde la realización del protocolo, analizando el tratamiento inmunosupresor administrado en la inducción inmunosupresora previa al trasplante, el tratamiento recibido en UCI, el tratamiento con el que el paciente es dado de alta y los cambios en la inmunosupresión durante la evolución.

2. Tras la publicación de este Anexo de actualización en Inmunosupresión, comprobar que la difusión ha sido adecuada, de modo que cada uno de los Servicios implicados dispongan de las copias necesarias para su uso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar la actualización de la Sección de Inmunosupresión del Programa de Trasplante Cardíaco con la presentación de resultados al finalizar el mismo.

2º trimestre 2013: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades

Diseño del proyecto

3º trimestre 2013: Recogida y Análisis de datos

Elaboración del protocolo

4º trimestre 2013: Difusión de protocolo y distribución a los Servicios previamente mencionados, relacionados con el trasplante cardíaco.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

288

**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 ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- LOPEZ FUERTES PEDRO. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
- FRANCO FERRANDO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
- JIMENEZ BEA LIRIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Contempla la mejora en la comunicación que se establece entre quirófano de cirugía ortopédica y traumatología y la central de esterilización, debido a los errores en la entrega de material estéril a quirófano y viceversa, Asimismo, se pretende contemplar la posibilidad de mejorar el método de lavado del instrumental quirúrgico que llega a la central de esterilización, para su adecuada conservación.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** -Se ha confeccionado un listado de todo el instrumental, accesible desde cualquier terminal de ordenador tanto de la central de esterilización, como del área quirúrgica  
- Se ha conseguido la actualización automática de dicho listado cada vez que se modifique  
- Se ha evaluado el grado de satisfacción de los trabajadores implicados en el proceso, tras una primera fase de prueba, obteniendo resultados muy satisfactorios

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Pretendemos mejorar la comunicación entre servicios, así como facilitar, agilizar y protocolarizar el proceso de petición de material vía telefónica, aumentando así el grado de satisfacción, motivación e implicación de los trabajadores que intervienen en el proceso.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** - Describir los procesos y pasos a seguir de cómo mandar el documento utilizado en la comunicación entre unidades  
- Elaborar un documento protocolarizado para la comunicación entre las unidades que sirva de refuerzo a la vía telefónica  
- En una segunda fase, iniciarse en la informatización de los procesos de comunicación

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** - Confeccionar un diario de campo que recoja la actividad desarrollada en el programa  
- Reuniones programadas entre los servicios  
- Segunda tanda de encuestas de satisfacción  
- Visitas informadas entre los diferentes servicios

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Desde que se formó el grupo de trabajo en Marzo del 2011, se realizaron diferentes encuestas y reuniones a lo largo de dicho año y el posterior (2012). Puesto que el proyecto no se ha concluido, se pretende continuar a lo largo del presente año 2013.

**11. OBSERVACIONES.** 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

342

**ALTA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A INTERVENCION QUIRURGICA GINECOLOGICA EN HUMS POR PATOLOGIA BENIGNA. CRITERIOS DEL ALTA E INFORME PARA LA PACIENTE Y GINECOLOGO DEL CME DE REFERENCIA**

2. RESPONSABLE ..... LAURA BAQUEDANO MAINAR  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· RUBIO CUESTA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· MIÑANO NAVARRO ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· DEL TIEMPO MARQUES PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· CATALAN SESMA TOMAS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A DIARIO SE REMITEN A CONSULTAS EXTERNAS PACIENTES DESDE LOS CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES (CME) QUE PRESENTAN PATOLOGÍA BENIGNA QUE REQUIERE INTERVENCION QUIRURGICA POR NUESTRA PARTE. TAL ES EL CASO DE MIOMAS, QUISTES OVARIICOS, PROLAPSOS GENITALES, INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, POLIPOS ENDOMETRIALES COMO EJEMPLOS MAS REPRESENTATIVOS. UNA VEZ QUE SE HA REALIZADO LA CIRUGIA PERTINENTE PARA CADA PATOLOGIA, SE LES CITA EN CONSULTAS NUEVAMENTE PARA RECOGER EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA Y MONITORIZAR EL POSTOPERATORIO DE LAS PRIMERAS 4-6 SEMANAS TRAS LA INTERVENCION. UNA VEZ COMPROBADA SU CORRECTA EVOLUCION, ESTAS PACIENTES DEBERÍAN CONTROLARSE EN SU MAYORIA EN LAS CONSULTAS DE LOS CME DE REFERENCIA Y NO EN LAS CONSULTAS HOSPITALARIAS PARA EVITAR SOBRECARGAR LAS MISMAS. ES NECESARIO CONCIENCIAR A LOS PROFESIONALES DE LA IMPORTANCIA DE DAR EL ALTA DE LAS CONSULTAS HOSPITALARIAS DE ESTAS PACIENTE, YA QUE EN DICHAS CONSULTAS DEBERIAN REVISARSE UNICAMENTE AQUELLAS PACIENTES CON PATOLOGIAS O FACTORES DE RIESGO QUE REQUIERAN UN SEGUIMIENTO MAS MINUCIOSO Y QUE PRECISEN CONTROLES CON PERIODICIDAD MENOR QUE EL RESTO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DAR EL ALTA DE CONSULTAS HOSPITALARIAS AL 90%DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO SOMETIDAS A PATOLOGIA BENIGNA SIN MAS FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGIA GINECOLOGICA EXCLUYENDO: ENDOMETRIOSIS SEVERAS, TUMORES BORDERLINE, COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO, MALA EVOLUCION EN LA PRIMERA VISITA AL MES DE LA INTERVENCION O CUALQUIER PATOLOGIA QUE REQUIERA UN TRATAMIENTO ESPECIAL QUE PRECISE MONITORIZACION ESPECIAL.  
- EVITAR LA SOBRECARGA ASISTENCIAL EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.  
- SECUNDARIAMENTE, CONSEGUIR DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA DE DICHAS CONSULTAS Y PODER OFRECER A LA PACIENTE QUE REALMENTE LO NECESITE UNA ATENCION DE MAYOR CALIDAD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -UNA VEZ QUE A LA PACIENTE SE LE DA EL ALTA HOSPITALARIA SE CITA EN CONSULTAS EXTERNAS DESDE LA SECRETARIA DE LA PLANTA DE GINECOLOGIA EN 4-6 SEMANAS SIEMPRE QUE SE TRATE DE PATOLOGIA BENIGNA Y LA EVOLUCION DEL POSTOPERATORIO HAYA SIDO FAVORABLE.  
- CUANDO SE VE A LA PACIENTE EN CONSULTA, SE LE ENTREGA Y SE LE EXPLICA EL INFORME DE LA CIRUGIA CON EL RESULTADO DE LA ANATOMIA PATOLOGICA Y SE REVISLA LA HERIDA QUIRURGICA.  
- UNA VEZ QUE SE COMPRUEBA LA CORRECTA EVOLUCION, EL CARACTER BENIGNO DE LA PATOLOGIA TRATADA Y QUE NO REQUIERA UN CONTROL EXHAUSTIVO, SE LE DA EL ALTA DE CONSULTAS EXTERNAS Y SE LE INFORMA DE QUE PASA A CONTROL EN CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES.  
- SE HACE ENTREGA DE UN INFORME ADICIONAL EN EL QUE SE REFLEJA LA FECHA EN QUE SE REALIZARON LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y LA FECHA PREVISTA DE SU REVISION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES PARA QUE ELLA PUEDA SOLICITAR LA CITA CON DICHO INFORME

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -COMPROBAR MEDIANTE REVISION DE HISTORIAS CLINICAS QUE LAS PACIENTES SON VISTAS EN LOS PLAZOS PROPUESTOS EN CONSULTAS EXTERNAS Y SE LES ENTREGA FIRMADO EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA Y EL ADICIONAL CON LA INFORMACION PARA LA PACIENTE.  
-COMPROBAR DESDE EL SERVICIO DE CITACIONES QUE AUMENTAN LAS ALTAS DADAS DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE FORMA SIGNIFICATIVA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -ELABORAR UN INFORME TIPO EN EL QUE SE ESPECIFIQUEN LAS FECHAS EN LAS QUE ESTAN REALIZADAS LAS PUEBAS COMPLEMENTARIAS, LA PATOLOGIA TRATADA Y LA FECHA PREVISTA PARA LA SIGUIENTE VISITA MEDICA EN EL CME. MAYO 2013  
- REUNIR A LOS PROFESIONALES QUE PASAN A DIARIO POR LAS CONSULTAS EXTERNAS PARA CONCIENCIARLOS DE LA IMPORTANCIA DE LAS ALTAS A ESTAS PACIENTES Y EXPLICARLES LOS INFORMES QUE DEBEN RELLENAR PARA ENTREGAR A CADA PACIENTE. INFORMAR ASIMISMO A LOS MEDICOS DE LOS CME. JUNIO 2013  
-PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO. JUNIO 2013.  
-MONITORIZAR MEDIANTE LA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y DESDE EL SERVICIO DE CITACIONES LA EVOLUCION DE LAS ALTAS EN LOS ULTIMOS MESES. MARZO 2014

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

1. TÍTULO

ALTA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A INTERVENCION QUIRURGICA GINECOLOGICA EN HUMS POR PATOLOGIA BENIGNA. CRITERIOS DEL ALTA E INFORME PARA LA PACIENTE Y GINECOLOGO DEL CME DE REFERENCIA

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

370

**ELABORACION DE GUIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS DE USO FRECUENTE EN OBSTETRICIA****2. RESPONSABLE** ..... RUT BERGES PEREZ

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- PEÑA DE BUEN NATALIA. MIR 3°. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- URIARTE PINTO MOISES. MIR 3°. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
- DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- VILLACAMPA ALONSO MARTA. EIR MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- LAHOZ FUERTES JOAQUINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA 7ARIA PLANTA PUERPERIOS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El Servicio de Obstetricia en sus áreas de Paritorio, planta de Alto Riesgo Obstétrico y plantas de Puerperios destaca por la alta rotación de pacientes, así como por frecuentes cambios y ajustes en los tratamientos prescritos a las mismas. Ello, junto con la importante presencia de personal en formación, la existencia puntual de personal de nueva incorporación y la especial situación del tratamiento conjunto al binomio madre-hijo, hace necesario un especial impulso a la seguridad en la administración de los fármacos prescritos. El objetivo de la implantación de este proyecto es mejorar la calidad de nuestra asistencia mediante la difusión de una guía visible de administración de fármacos de uso frecuente en obstetricia.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** •Mejorar la seguridad y la calidad asistencial de las pacientes atendidas en las áreas de Paritorio, planta de Alto Riesgo Obstétrico y plantas de Puerperios.  
•Disminución de la aparición de incidentes/accidentes debido a errores en la administración de fármacos  
•Facilitar el reconocimiento de posibles efectos adversos debidos a la administración de fármacos.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** •Presentación del proyecto a las matronas de Paritorio. La actividad la realizarán las matronas y residente de matrona.

•Presentación del proyecto a las enfermeras de las plantas de Alto Riesgo Obstétrico y Puérperas. La actividad la realizarán la enfermera, matronas y residente de matrona.

•Elaboración de una tabla/listado actualizado de los fármacos más frecuentemente utilizados en la atención a las pacientes en las plantas de Alto Riesgo Obstétrico, Puérperas y Paritorio en el que se detalle:

a.Preparación y vía de administración

b.Reacciones adversas y efectos secundarios más frecuente

c.Interacciones y particularidades en su forma de administración

La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Difusión de la tabla/listado en Paritorio. La actividad la realizarán las matronas y residente de matrona.

•Difusión de la tabla/listado en plantas de Alto Riesgo Obstétrico y Puérperas. La actividad la realizarán la enfermera, matronas y residente de matrona.

•Realización de encuesta de valoración del listado/tabla a matronas y enfermeras de las unidades. La actividad la realizarán las matronas, residente de matrona y enfermera.

•Evaluación de los indicadores obtenidos en las encuestas. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

•Reunión para valoración global del proyecto y posibilidad de revisión anual y extensión a otras unidades del hospital. La actividad la realizará todo el personal del equipo de mejora.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

370

ELABORACION DE GUIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS DE USO FRECUENTE EN OBSTETRICIA

y realización de ajustes necesarios. Enero 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO****ENCUESTA DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS MAYORES DE ARAGON****2. RESPONSABLE** ..... ISABEL CALVO CEBOLLERO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- GRACIA BALAGUER JAVIER. MEDICO/A. H DEFENSA. CARDIOLOGIA
- IRIARTE IRURZUN. MEDICO/A. CONSEJO ARAGONES DE PERSONAS MAYORES. CONSEJO ARAGONES DE PERSONAS MAYORES
- DE JUAN MONTIEL JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- LUKIC ANTONELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- SANZ BESCOS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- SANCHEZ RUBIO LEZCANO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- BARCENA CAAMAÑO MARIO. MEDICO/A. CS OURENSE. ATENCION PRIMARIA
- SANTOLARIA AISA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- MAÑAS FERRER RICARDO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA
- GIMENO GONZALEZ MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El 1 de enero de 2012 había en España 8.221.407 personas mayores de 65 años, el 17,4% sobre el total de la población, representando las personas de 80 y más años el 5,3% del total. En Aragón las personas de 65 años y mas eran de 270.618, un 20% de la población total, con un 6,2% de personas octogenarias. Según los datos de Proyección de la población de España a largo plazo elaborada por el INE el crecimiento natural de la población se hará negativo desde 2020 y la población mayor de 64 años se duplicará en 40 años, pasando a constituir el 31,9% de la población total de España en el año 2049.

El envejecimiento es un proceso universal, heterogéneo, multidimensional (biológico, psicológico, social, cultural) y multidireccional, con diferencias de ritmo, ganancias y pérdidas, que abarca todo el curso de la vida y que está influido por causas internas y externas. Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, las condiciones de vida y trabajo y el estilo de vida, junto con la edad, sexo y factores constitucionales y genéticos determinan el estado de salud y diferentes modos de envejecer. El concepto de salud en la vejez se relaciona estrechamente con la capacidad funcional, de forma que su mantenimiento o pérdida determina la condición de enfermo o sano por encima incluso de la existencia de enfermedades. La edad se asocia a pluripatología y a cronicidad pero no tiene porqué ir unida inexorablemente a pérdida de capacidad funcional y discapacidad. En este momento en que la esperanza de vida es larga, el gran desafío de la medicina y de la sociedad es promover acciones que incrementen la esperanza de vida libre de discapacidad, generando bienestar y calidad de vida al ciudadano y al mismo tiempo reduciendo costes sociales y sanitarios, actuando preventivamente sobre las patologías que más impacto tienen en la salud.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se asocian al envejecimiento, son la primera causa de muerte de la población y una causa importante de discapacidad. En el año 2010, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares constituyó la primera causa de muerte en España (31,2% del total de defunciones). En las mujeres fueron la primera causa, con el 35,2% de las defunciones mientras que en los hombres fueron la segunda causa de muerte, después del cáncer, con el 27,4%. Dentro del grupo de las ECV, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares ocupan el primer y segundo lugar en número de defunciones. Las mejoras diagnósticas y terapéuticas han conseguido disminuir la mortalidad, pero han incrementado la cronicidad, las consultas médicas, las hospitalizaciones y el número de años vividos con discapacidad. Las cardiopatías limitan por sí mismas la capacidad funcional y empeoran la discapacidad generada por otras patologías. Es fácil de entender que en una persona mayor, ya limitada por problemas osteoarticulares en su deambulacion, o por otros problemas, la aparición de disnea de esfuerzo o angina por una patología cardiaca pueden suponer una caída dramática en su capacidad funcional y en su grado de autonomía. Los estudios demuestran que en las franjas de edad más altas, los factores de riesgo, las comorbilidades y la pluripatología se acumulan, se detectan datos de tratamiento subóptimo en la mayoría de las condiciones evaluadas, polifarmacia no siempre justificada, escaso autocontrol y amplio margen de mejora en la difusión e implantación de medidas preventivas.

El concepto de envejecimiento con éxito, activo o saludable "envejecer bien" va ligado al mantenimiento de la capacidad funcional, y para conseguirlo es necesario promover acciones de sensibilización social y de los profesionales sanitarios, evitar los paternalismos y promover el autocuidado y el estilo de vida saludable, que mejore la salud cardiovascular y disminuya la discapacidad en cada una de las etapas de la vida. Antes de la implantación de medidas en este sentido es necesario profundizar en el conocimiento de la situación actual de la salud cardiovascular de las personas mayores, de sus factores de riesgo, su estilo de vida y su situación funcional.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el conocimiento sobre la identificación, presencia de factores de riesgo cardiovascular y de enfermedad cardiaca en las personas mayores.

2. Mejorar el conocimiento sobre alimentación, actividad física y en general estilo de vida en los distintos estratos de edad en los mayores.

3. Mejorar el conocimiento sobre el grado de control farmacológico de factores cardiovasculares "mayores", adherencia al tratamiento y polifarmacología en los mayores.

4. Mejorar el conocimiento sobre grados de autonomía y discapacidad de las personas mayores afectas o en riesgo alto de enfermedad cardiovascular.

## 1. TÍTULO

**ENCUESTA DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS MAYORES DE ARAGON**

5. Conocer si las personas mayores identifican los síntomas de alarma de un ataque agudo o una descompensación de un problema cardíaco crónico y como actuar en casos de síntomas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participen profesionales de distintos ámbitos pertenecientes a la Sociedad Aragonesa de Cardiología (SAC), Fundación Aragonesa del Corazón (FAC), Consejo de Personas Mayores de Aragón (COAPEMA), Programa Aragonés de Mujer y Corazón (PAMYC) y personas expertas de distintos ámbitos pertenecientes a distintos sectores del SALUD.

2. Elaboración de la encuesta de salud cardiovascular de las personas mayores de Aragón, con el asesoramiento técnico y el apoyo necesario para garantizar el enfoque a resultados y la calidad de sus datos. De entrada, se propone realizar un total de 600 encuestas, asociado a un error muestral total de  $\pm 4\%$  de un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza fijado en el 95%, siendo  $p=q=0,5$ .

3. Población de la muestra: Mayores de 65 años de la comunidad autónoma Muestreo estratificado, distribuyendo las encuestas entre los estratos según criterios: edad, sexo, provincia, proporcional al tamaño de hábitat de los municipios de Aragón, a la forma de vida (solo, en familia, residencia).

4. Datos que se deberían recoger en la encuesta: Prevalencia de factores de riesgo (HTA, Diabetes, Colesterol, Tabaco, Obesidad, Sedentarismo), Grado de control de factores (tomar TA, determinaciones analíticas, tipo de alimentación y grado de actividad física...), eventos cardiovasculares sufridos, tratamiento farmacológico y grado de cumplimiento, actuación ante síntomas de alarma, índices funcionales y grado de dependencia.

5. Análisis de los datos recogidos y grabados en base de datos tras tratamiento estadístico del global para todas las encuestas conjuntas, de los resultados desagregados por sexo, por lugar de residencia: rural, urbano, por entorno vital (solo, en familia, residencia...)

6. Elaboración de conclusiones que recojan el conocimiento de aquellos aspectos que definen la percepción que tienen las mayores sobre su salud cardiovascular, el conocimiento de estas enfermedades y los factores que contribuyen a su desarrollo, el estilo de vida (hábitos de alimentación y ejercicio), la prevalencia de la patología cardiovascular, el tipo y grado de cumplimiento de la terapéutica prescrita, y la importancia que atribuyen a las enfermedades cardíacas como causa de muerte y discapacidad en relación con otras patologías.

7. Plantear acciones de mejora en base a los resultados de la encuesta para intentar corregir las deficiencias halladas.

8. Colaboración a través de los distintos colectivos sanitarios con COAPEMA en la puesta en marcha de un programa de envejecimiento activo basado en los resultados de la encuesta y en el fomento de la marcha en compañía como actividad cardiosaludable.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Realización de la encuesta: SI/NO  
2.- Porcentaje de encuestas correctamente cumplimentadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2º TRIMESTRE 2013: Constitución del grupo de trabajo. Reparto tareas y responsabilidades. Elaboración del cuestionario de la encuesta.  
3º Y 4º TRIMESTRE 2013: Completar elaboración de la encuesta. Formación del personal encuestador. Evaluación del cuestionario. Realización de la encuesta  
1º TRIMESTRE 2014: Recogida y grabación de datos soporte informático. Análisis estadístico de resultados.  
2º TRIMESTRE 2014: Difusión resultados. Identificación puntos de mejora y planificación nuevas acciones.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. >65 años
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SALUD CARDIOVASCULAR

OTRA PALABRA CLAVE 2. DISCAPACIDAD

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

392

**PESARIO VAGINAL EN LA PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... H MIGUEL SERVET
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . FRANCO ROYO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- . ENVID LAZARO BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- . GARCIA ENGUITA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- . DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- . MONTAÑES BELLO PAOLA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- . PALACIOS LAZARO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- . SAVIRON CORNUDELLA RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA PREMATURIDAD SIGUE SIENDO UNO DE LOS GRANDES PROBLEMAS DE LA OBSTETRICIA QUE SIGUE SIN RESOLVERSE. LA TASA DE PREMATURIDAD OSCILA ENTRE UN 5 Y UN 10% POR LO QUE LA REPERCUSIÓN ECONOMICA, MÉDICA Y SOCIAL ES DE SUMA IMPORTANCIA.

EXISTEN ESTUDIOS EN LOS QUE LA COLOCACIÓN DE UN PESARIO VAGINAL EN ACORTAMIENTOS CERVICALES PATOLOGICOS MEJORA LOS RESULTADOS EN PREMATURIDAD EXTREMA. ESTO DARÍA LUGAR A IMPORTANTES BENEFICIOS:

1. ECONÓMICOS. EL COSTE DE LA PREMATURIDAD EXTREMA ES ELEVADÍSIMO TANTO EN SU VERTIENTE ASISTENCIAL (INGRESO MATERNO, INGRESOS PROLONGADOS EN UCI NEONATAL, EN NEONATOS, REVISIONES MÚLTIPLES, CORRECCIONES DE DEFECTOS ASOCIADOS EN OFTALMOLOGIA, TRAUMATOLOGIA, PRUEBAS, ETC) COMO EN SU VERTIENTE SOCIAL (REHABILITACIÓN PRECOZ, RETRASO PSICOMOTOR, DEPENDENCIA, ETC)
2. SOCIALES. PROBLEMAS IMPORTANTES A NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN, ADAPTACIÓN, AUTONOMÍA, ETC.
3. MEDICOS. SUPONE UN AVANCE IMPORTANTE EN UN PROBLEMA CRONIFICADO E INCLUSO EN CRECIMIENTO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DISMINUCIÓN DE LA PREMATURIDAD EXTREMA, DONDE LOS FETOS SE ENCUENTRAN EN LOS LÍMITES DE LA VIABILIDAD O INCLUSO FUERA DE ELLOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SISTEMATIZACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA LONGITUD CERVICAL EN LA ECOGRAFÍA DE SEMANA 20 DE EMBARAZO Y CONTROLES ECOGRÁFICOS DE EVOLUCIÓN DEL PROCESO: PILAR PEREZ, PILAR GARRIDO, MARTA PALACIOS, PAOLA MONTAÑES, RICARDO SAVIRON, TANIT CORBACHO, ELENA DE DIEGO, DIEGO LERMA  
EVALUACIÓN DE GESTACIÓN, VALORACIÓN DE DATOS ECOGRÁFICOS, COLOCACIÓN DEL PESARIO VAGINAL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO HASTA SU FINALIZACIÓN:

CARLOS DE BONROSTRO, BLANCA ENVID, MARIA JESUS FRANCO, PILAR GARCIA, JOSE MANUEL CAMPILLOS  
COORDINACIÓN DEL PROYECTO Y RECOGIDA DE DATOS: JOSÉ MANUEL CAMPILLOS MAZA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NUMERO DE CERCLAJES DE EMERGENCIA REALIZADOS A LO LARGO DEL AÑO (TECNICA DE RESCATE)

TASA DE PREMATURIDAD EXTREMA DEPURADA

LA OBTENCIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE

- \* ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN QUIRÓFANO DE URGENCIAS.
- \* DATOS PEDIÁTRICOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMER SEMESTRE 2013:

- \* DESARROLLO DEL PROYECTO
- \* SISTEMATIZACIÓN DE ACTUACIONES: ECOGRÁFICAS Y ASISTENCIALES.
- \* INICIO DEL PROYECTO.

SEGUNDO SEMESTRE 2013

- \* AFIANZAMIENTO DEL PROYECTO
- \* ANÁLISIS DE PROBLEMAS
- \* CORRECCIÓN DE DESVIACIONES
- \* RECOGIDA DE DATOS
- \* EVALUACIÓN PARCIAL DE RESULTADOS

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

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. EDAD REPRODUCTIVA
- .SEXO. Mujeres
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. .... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. .... 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

392

**PESARIO VAGINAL EN LA PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

475

**MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MEDIANTE INFORMACION ESCRITA A PADRES Y/O TUTORES CONSENSUADA AT.PRIMARIA/ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA****2. RESPONSABLE** ..... CARMEN CAMPOS CALLEJA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- BENITO RUIZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- VILLANUA PERIZ NATIVIDAD. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- TELLO MARTIN ANGELA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- ROMERO SALAS YOLANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención en urgencias a pacientes pediátricos contempla, la resolución de problemas que requieren una atención inmediata, descartar patología grave ante problemas aparentemente banales o poco evolucionados, realizar pruebas complementarias y procedimientos especializados para el diagnóstico, y todos ellos suelen precisar la información, educación y sensibilización a la familia sobre instrucciones para los cuidados, vigilancia de sintomatología y procedimientos a realizar según evolución tras el alta de urgencias. En el programa de mejora de calidad de la Unidad de Urgencias de Pediatría, desde el 2004, se han ido desarrollando protocolos específicos de atención incluyendo en ellos las denominadas "Hojas Informativas" para familia y paciente que tienen el objetivo de dar una información clara, precisa y suficiente.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información al paciente en los cuidados y vigilancia domicilio tras alta de urgencias de pediatría para cada una de las patologías de las que se dispone información  
- Consenso en los contenidos de información al paciente entre la Unidades implicadas  
- Mejorar la eficacia de la información incorporando la opinión del usuario  
- Mejorar la satisfacción de padres y/o tutores

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de las Hojas Informativas actuales, valoración del cumplimiento del indicador de entrega actual en las diferentes patologías

- Establecer comunicación bidireccional con Atención Primaria del Sector a través del Grupo de Trabajo Pediatría Primaria-Hospitalaria vigente en la actualidad y que realiza reuniones periódicas.
- Consensuar los contenidos de las Hojas de Informativas con las Unidades implicadas.
- Reunión informativa conjunta Servicio de Pediatría-Atención Primaria
- Análisis de la valoración de padres y/o tutores sobre la comprensión y utilidad de la información escrita
- Realizar encuesta de satisfacción telefónica tras entrega de hoja informativa, y analizar los resultados de la información recibida y posibles sugerencias
- Incorporar sugerencias derivadas del análisis de los resultados
- Evaluación de indicadores de forma semestral
- Reunión del equipo de mejora para análisis de los resultados

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores:**

- Reuniones con Grupo de Trabajo Pediatría Atención Primaria- Atención Hospitalaria
- Número de Hojas Informativas consensuadas A Primaria/A Especializada Pediatría/
- Número de Hojas Informativas existentes
- N° de Hojas Informativas optimizadas tras feed-back familiar
- Número pacientes con patología de la que se dispone Hojas de Información y se entrega / Número de pacientes con patología que dispone de Hoja de información
- Encuesta de satisfacción padres y/o tutores

Para la evaluación se analizarán los registros de:

- Programa informático de urgencias hospitalarias (PCH), en el que se registra las "Ordenes al alta"
- Encuestas

Se monitorizarán de forma semestral comunicando los resultados en las reuniones de calidad de la unidad

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013- Septiembre 2013:**

- Reuniones de trabajo con Grupo de Trabajo Pediatría Atención Primaria- Atención Hospitalaria
- Consenso entre las diferente Unidades
- Sesión informativa en el Servicio Pediatría

Septiembre 2013-continuidad

- Evaluación de indicadores de forma semestral
- Encuesta de satisfacción padres y/o tutores
- Reunión equipo de mejora para análisis de los resultados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

475

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MEDIANTE INFORMACION ESCRITA A PADRES Y/O TUTORES CONSENSUADA AT.PRIMARIA/ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA**

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

033

**GUÍA CLÍNICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)**

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CARBONEL BUENO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- RIPALDA MARIN JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
  - MATEO AGUDO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
  - ARROYO RUBIO DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
  - ORTEGA LAHUERTA PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
  - APUNTATE LACASA CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
  - CALVO LOPEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Este hecho se ha agravado aún más en la cirugía artroscópica de hombro por la disminución del número de especialistas encargados de realizar dichas intervenciones. Además el número de quirófanos asignados para esta cirugía también ha sufrido una importante disminución en los últimos meses, pasando de 5 quirófanos semanales hasta Junio de 2012 a 1 ó 2 semanales en la actualidad. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los paciente intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con nuestra iniciativa de mejora en la calidad de la atención pretendemos:
1. Disminuir el número de pacientes en lista de espera para intervención quirúrgica de artroscopia de hombro y, especialmente, reducir la gran demora existente en la actualidad
  2. Mejorar la calidad percibida por el paciente evitando la necesidad del ingreso hospitalario, al tiempo que se conserva la seguridad en el procedimiento mediante la adecuada selección de los casos susceptibles de ser intervenidos en cirugía ambulatoria.
  3. Mejorar la eficiencia del procedimiento quirúrgico mediante la disminución del coste asociado al ingreso hospitalario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI). En dicho proyecto participan el Dr Carbonel Bueno y el Dr Ripalda Marín que son los facultativos que actualmente realizan la cirugía artroscópica hombro y el Dr Mateo Agudo como Jefe de Sección de la Unidad de Artroplastias en la que actualmente se encuentran incluidos los 2 facultativos previamente citados. Por parte del Sº de Anestesiología participa el Dr Arroyo, facultativo con amplia experiencia en la anestesia de la patología del hombro, y el Dr Ortega como coordinador del Sº de Anestesiología CRTQ. Además también participa el personal de enfermería que trabaja en el quirófano de Traumatología de CSI compuesto por Carolina Apuntate Lacasa y María Teresa Calvo López

La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe en el bloque quirúrgico de la planta 2 del edificio multifuncional y ya se ha comentado con la subdirección médica ofreciéndonos facilidades al respecto. Para este efecto los traumatólogos componentes del grupo deberán realizar un listado con el material necesario y presentarlo a subdirección médica para su aprobación. El siguiente paso sería el adiestramiento del personal de enfermería que sería sólo del material específico de hombro ya que las 2 profesionales que trabajan en el quirófano de CSI de Traumatología poseen experiencia en la cirugía artroscópica. Además serían asesoradas tanto por traumatólogos como por anestesistas para esta labor. El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con las siguientes patologías: tendinitis calcificante de hombro, síndrome subacromial y capsulitis adhesiva. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-. La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato. Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

033

**GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. N° de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso  
Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha prevista de inicio sería a corto-medio plazo debiendo seguir los siguientes pasos:

- Disponibilidad de medios materiales y dotación del quirófano: 1 mes.
- Elaboración de la guía CSI para artroscopia de hombro: 2 meses.
- Implantación del procedimiento: comenzar a apuntar los pacientes a este protocolo, o reconvertir casos de la lista de espera actual para lo cual requerirán una nueva consulta de anestesia.

No sería necesario el adiestramiento del personal de enfermería ya que las 2 profesionales que trabajan en el quirófano de CSI de Traumatología poseen experiencia en la cirugía artroscópica.

La evaluación del procedimiento se realizaría a los 6 meses midiendo los índices previamente expuestos. Existe la posibilidad de revisión del proyecto pudiéndose añadirse nuevas técnicas quirúrgicas para otras patologías de hombro también tratadas mediante cirugía artroscópica.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Disminución de lista de espera quirúrgica.

OTRA PALABRA CLAVE 2. ahorro económico y mejoró de la calidad percibida por el paciente al evitar el ingreso hospitalario

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

405

**ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA NEURALGIA OCCIPITAL****2. RESPONSABLE** ..... ANA ISABEL CASADO MERODIO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- GRACIA NAYA MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE NEUROLOGIA
- SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- PEÑA CALVO PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- JUDEZ LEGARISTI DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- SEBASTIAN TORRES BERTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La neuralgia occipital (de Arnold) corresponde a un síndrome doloroso en la zona de recorrido de los nervios occipitales mayor, menor y tercer nervio occipital. Su diagnóstico puede ser complicado por la similitud con otros tipos de cefalea de localización occipital y la posibilidad de subyacer causas secundarias que impliquen un estudio y tratamiento específico. Estos tipos de cefalea son, en los casos severos, un problema clínico de difícil manejo que obliga a tratamientos con gran cantidad de fármacos a dosis elevadas, y que en la mayoría de los casos ocasionan importantes efectos secundarios, necesitan atención médica frecuente, ingresos hospitalarios repetidos, lo que supone un deterioro en la calidad de vida de vida del paciente y un incremento del gasto sanitario.

Forma parte del criterio diagnóstico (Headache Classification Committee, IHS, 2004) el alivio temporal total o parcial por bloqueo con anestésico local y corticoide del nervio. En los pacientes en los que las tandas de bloqueo proporcionan una analgesia de poca duración, puede ser útil la radiofrecuencia pulsada de los nervios occipital mayor y menor. La radiofrecuencia pulsada de estos nervios a nivel periférico es una técnica sin efectos secundarios sistémicos, sin alteración neurológica permanente y con escasas complicaciones, que si es efectiva proporciona una analgesia de entre tres y seis meses de duración, una disminución importante del tratamiento farmacológico del paciente y una mejora de su calidad de vida, con todas las implicaciones socioeconómicas que esto conlleva. Estos pacientes son estudiados en nuestro hospital por la Unidad de Cefaleas. Una vez hecho el diagnóstico e instaurado tratamiento médico, las cefaleas occipitales refractarias son remitidas a la Unidad de Dolor. En la actualidad, en la Unidad de Dolor del HUMS tenemos una lista de espera para primeras visitas (mediada desde Citaciones) mayor de seis meses. Sin embargo, para técnicas invasivas que no precisan quirófano, la lista de espera (interna de la unidad) es mucho menor, no superando generalmente el mes. Estos pacientes, dado que ya han sido estudiados, diagnosticados y llevan un tratamiento analgésico adecuado por su neurólogo, no precisan una primera visita en la Unidad de Dolor extensa ni la instauración de un tratamiento médico por nuestra parte, y por tanto, con una anamnesis muy precisa y una explicación de las técnicas de bloqueo y radiofrecuencia (y entrega de consentimientos informados) es suficiente, pudiéndose realizar dicha primera visita en el tiempo y hueco de una cita de revisión y el bloqueo anestésico el mismo día de la primera visita. Además, desde hace unos meses, en nuestro hospital podemos realizar radiofrecuencia pulsada de nervios periféricos en la sala de infiltraciones de la Consulta de Dolor por lo que no precisamos entrar tampoco en la lista de espera quirúrgica para dicho procedimiento.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer una colaboración multidisciplinar en el manejo de la neuralgia occipital. Disminuir la lista de espera para el abordaje invasivo de la neuralgia occipital así como el consumo farmacológico y la incidencia e intensidad de la neuralgia occipital

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La principal medida prevista es el cambio de circuito de acceso de estos pacientes a la Unidad de Dolor, saltando la lista de espera desde Citaciones (dado que no precisan una primera visita tal como se expone en apartado 4). A partir de este cambio fundamental en la dinámica actual se instaura un protocolo de actuación en neuralgia occipital:

1. Diagnóstico y tratamiento médico de la neuralgia por Unidad de Cefaleas.
2. Si tratamiento no efectivo, remitir directamente al paciente con Hoja de Consulta interna a Unidad
3. 2 bloqueos anestésicos (separados entre 10-15 días) con resultado positivo
4. Radiofrecuencia pulsada
5. En los casos de resultados negativos del bloqueo diagnóstico y radiofrecuencia, se reenvían a Unidad de Cefaleas, para reevaluación y seguimiento del caso, y se da el alta por la Unidad del Dolor.

El responsable de Unidad de Cefaleas es el Dr. Gracia Naya y la responsable del proceso en la Unidad de Dolor la Dra. Casado Merodio.

Se intentará mejorar el retraso existente en el tratamiento de estos pacientes por su entrada en la Lista de Espera de primeras visitas y se instaura un protocolo de actuación con vistas a optimizar el tratamiento de dichos pacientes y para que los casos en los que no sea efectivo la reevaluación por parte de la Unidad de Cefaleas sea lo más precoz posible.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

405

## 1. TÍTULO

**ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA NEURALGIA OCCIPITAL**

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluará:

- el tiempo (en días) entre la recepción de la Hoja de Consulta hasta la primera cita en la Unidad de Dolor (tiempo medio en ver a los pacientes),
  - porcentaje de los pacientes vistos antes de un mes,
  - tiempo medio desde primera cita hasta realización de primer bloqueo,
  - porcentaje de bloqueos anestésicos positivos (considerando como positivo la disminución de la EVA mayor del 50% en las dos horas siguientes al bloqueo o la disminución de la EVA mayor del 30% en los 7 días posteriores al bloqueo),
  - tiempo medio entre bloqueo anestésico positivo y radiofrecuencia,
  - porcentaje de radiofrecuencias con resultado positivo (considerando como positivas la disminución de la EVA mayor del 25% a los 45 días de su realización),
  - porcentaje de pacientes que con resultado positivo de la radiofrecuencia han disminuido o dosis o número de fármacos analgésicos
  - porcentaje de pacientes con resultado negativo a tratamiento en Unidad de Dolor (y remitidos a Unidad de Cefaleas por fracaso de tratamiento invasivo).
- Se valorará al paciente en las visitas a la Consulta de Dolor y mediante control telefónico y se introducirán los datos en una base de datos para su análisis.  
Estos indicadores se monitorizarán bimensualmente para ir siguiendo la evolución de los mismos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Explicación del proyecto a los facultativos de la Unidad del Dolor y Servicio de Neurología y determinación de los parámetros de calidad (Mayo)  
Puesta en marcha del protocolo de derivación tratamiento (Mayo)  
Revisión de los resultados (tiempo de espera desde la derivación por Neurología a la atención por la Unidad del Dolor, disminución de los episodios de dolor, disminución de la intensidad del dolor, duración de la mejoría, disminución del consumo de fármacos) (Diciembre)  
Presentación de resultados (Enero)

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Disminucion lista de espera

OTRA PALABRA CLAVE 2. optimizacion de recursos sanitarios

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

105

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (SECTOR ZARAGOZA 2)****2. RESPONSABLE** ..... CONCEPCION CASSINELLO OGEA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. S° HEMATOLOGIA, BANCO DE SANGRE
- CASALDUERO VIU JACOBO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. S° URGENCIAS
- GALLEGO MONTAÑES SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. S° DIGESTIVO (UNIDAD DE SANGRANTES)
- MUÑOZ MEL MARIA ASUNCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MUÑOZ MELLADO MARIA ASCENSION
- GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- PUENTE MANGIRON FERNANDO. MEDICO/A. BANCO DE SANGRE Y TEJIDOS DE ARAGON. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La hemorragia masiva (HM) es la principal causa de muerte hospitalaria evitable en los Hospitales de tercer nivel. Sucede en los pacientes politraumatizados, con hemorragia postparto, con cirugía cerebral, cardiaca, vascular, oncológica, hepática, u ortopédica, con rotura de un aneurisma aórtico, o con hemorragia gastrointestinal. A pesar del alto consumo de recursos humanos y de costes que conlleva, actualmente fallecen entre el 20% y el 50% de quienes la presentan. Las principales complicaciones que derivan en muerte son: el shock hemorrágico, la insuficiencia renal aguda grave, la triada mortal (coagulopatía, hipotermia y acidosis), el fallo hepático, y el síndrome postresucitación.

Para salvar la vida de los pacientes con hemorragia masiva se requiere el trabajo coordinado de equipos multidisciplinares que trabajan a distancia. El primer obstáculo es la dificultad en reconocer que una hemorragia grave ha derivado o va a derivar en hemorragia masiva y por tanto es una emergencia, el segundo obstáculo es que se requiere la comunicación y trabajo coordinado entre equipos que trabajan a distancia.

La reanimación del paciente con HM siguiendo un protocolo de transfusión masiva (PTM) institucional, ha mostrado aumentar la supervivencia y se recomienda en todas las guías de manejo de la hemorragia y transfusión masivas, sin embargo en el Hospital Miguel Servet no se dispone de este protocolo. El PTM debe garantizar la comunicación y el trabajo coordinado entre los profesionales, y asegurar, la disponibilidad precoz de los hemoderivados y productos hemostáticos, y la estandarización de los cuidados. Sus pilares son:

- 1- Reconocimiento precoz de una HM como emergencia, y puesta en marcha del PTM.
- 2- Trabajo coordinado de quienes participan en la resucitación del paciente, y en la detección y tratamiento precoz de la causa de la hemorragia
- 3- Priorizar el control de la hemorragia sobre la monitorización del paciente
- 4- Resucitación hemostática del paciente, que implica:
  - a. Resucitación restrictiva con hipotermia permisiva
  - b. Evitar la tetraada mortal (hipoperfusión, acidosis, hipotermia y coagulopatía) con la utilización precoz de hemoderivados y productos hemostáticos.
- 5- Monitorizar la oxigenación y la coagulopatía y corregir los déficit por objetivos

Como se reanima una HM afecta a la supervivencia. Recientemente ha cambiado la forma de reanimar a los pacientes con hemorragia grave en los conflictos bélicos, y esto ha derivado en una caída en la mortalidad global del 50%. Estos cambios consisten en priorizar el control de la hemorragia, disminuir la coagulopatía utilizando ácido tranexámico (ATX) (NE: I), transfundir los hemoderivados y productos hemostáticos en ratios fijos (NE: II), minimizar el uso de fluidos para evitar la hipervolemia y coagulopatía dilucional (NE: III), prevenir y tratar la hipotermia, la acidosis y la hipoperfusión, mientras se mantiene una hipotensión permisiva apropiada a las lesiones y fisiopatología del paciente, hasta el cese de la hemorragia.

Aunque investigación sobre los cuidados del paciente con hemorragia masiva se ha basado principalmente en estudios observacionales retrospectivos y prospectivos y paneles de expertos, ya que la conducción de estudios clínicos randomizados está dificultada por aspectos éticos y logísticos; de ahí, que las recomendaciones no se soporten sobre una evidencia científica tan "robusta" como ocurre en otras disciplinas; sin embargo recientemente se han publicado estudios prospectivos randomizados con amplia muestra de pacientes que requieren ser incorporados inmediatamente a la práctica diaria.

Además se deben considerar 2 aspectos muy importantes. Por una parte cuando una hemorragia no masiva se reanima con altos ratios de plasma y de plaquetas, aumenta la morbilidad por síndrome postresucitación; mientras que este tratamiento en una hemorragia masiva aumenta la supervivencia, por tanto es vital saber reaccionar para activar y concluir un protocolo de transfusión masiva. Por otra parte hasta que se controla el foco de sangrado en una hemorragia masiva hay un estado hipocoagulable, pero, tras su control, se activa un estado de hipercoagulabilidad muy trombotogénico. Por esto, el objetivo inicial es reconocer la hemorragia masiva y controlar la hemorragia y tras conseguirlo, el objetivo es evitar la trombosis con trombotoprofilaxis.

La intervención de diferentes especialidades y niveles asistenciales y el hecho de tratarse de pacientes jóvenes con serio riesgo vital y / o funcional, supone un estrés adicional para los diferentes profesionales implicados, que verán mejorada su actividad al disponer de una orientación común que regule y coordine las diferentes actividades. Desde el punto de vista organizativo, puede decirse que la asistencia al paciente con hemorragia masiva "tensa" los resortes asistenciales y pone a prueba los diferentes circuitos, hasta el punto de que podría considerarse un indicador clave de los mecanismos de respuesta a la demanda global de asistencia urgente en pacientes graves.

Este proyecto de mejora pretende disminuir la mortalidad (actualmente 50%) y síndrome postresucitación que asocia la hemorragia masiva en nuestro hospital, para ello se requiere en primer lugar un protocolo consensuado y adaptado a los recursos disponibles, y en segundo lugar un entrenamiento en el tratamiento multidisciplinar

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

105

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (SECTOR ZARAGOZA 2)**

de las diferentes situaciones y tipos de pacientes con hemorragia masiva. Para conseguirlo tras consensuar el protocolo se pretende distribuir entre los profesionales que pueden estar implicados en una hemorragia masiva y adquirir un entrenamiento en el manejo de la hemorragia masiva con cursos y talleres de simulación.

A lo largo del año 2012 se estructuró un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs representantes de los servicios más directamente implicados en el tratamiento de pacientes con hemorragia masiva en el H. Universitario Miguel Servet con el objeto de consensuar un protocolo de manejo eficiente para la atención al paciente con hemorragia masiva.

Los objetivos iniciales del mismo eran:

- Minimizar la variabilidad en la asistencia al paciente con hemorragia masiva
- Establecer un plan coordinado de actuación entre los diferentes Servicios implicados
- Formación para implantar el protocolo de hemorragia y transfusión masiva en el Sector 2
- Evaluar la repercusión de la implantación del protocolo

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Durante el año 2012 y 2013 la Comisión de Transfusiones del Hospital Miguel Servet de Zaragoza ha establecido y mejorado un protocolo que incluye los canales de comunicación entre los servicios implicados, así como un mayor conocimiento del proceso que sigue el paciente desde el diagnóstico de la hemorragia masiva hasta su tratamiento definitivo. Es preciso continuar en esta línea de trabajo formando y haciendo partícipes al conjunto de los profesionales de cada uno de los servicios.

La elaboración e implantación de un protocolo asistencial a pacientes de estas características desde la realidad de los recursos materiales y humanos de que dispone este centro hospitalario, va a permitir mejorar la calidad en cada uno de los eslabones de esta cadena asistencial, reforzándose en los puntos de encuentro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Redacción y aprobación del protocolo de hemorragia y transfusión masiva, .... TODO EL GRUPO  
2. Implantación del protocolo de transfusión masiva en cada uno de los Servicios implicados .... CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO EN SUS RESPECTIVOS SERVICIOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Encuesta sobre como se trata una hemorragia masiva antes y después de la colocación de los poster y de los los talleres de formación en las diferentes situaciones  
2. Mortalidad por hemorragia masiva considerando la transfusión de 10 unidades de productos sanguíneos en 24 horas (actual 50)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fin de abril 2013: protocolo consensuado y aprobado por el grupo y presentado a la Unidad de Calidad Asistencial para su aprobación  
- Mayo y Junio 2013: Disponibilidad de productos hemostáticos en las neveras de las Unidades con casos de hemorragia masiva y  
- Mayo y Junio 2013 Colocación del póster resumen del protocolo en estas unidades  
- Mayo y Junio 2013 Sesión en las unidades donde es probable la emergencia por hemorragia masiva para explicar la aplicación del protocolo  
- Mayo del 2013 a Diciembre del 2014: Formación y entrenamiento en el trabajo coordinado sobre como tratar las diferentes causas de hemorragia masiva y en los diferentes tipos de pacientes

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hemorragia masiva

OTRA PALABRA CLAVE 2. transfusion masiva

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

373

**SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL S.DE BIOQUIMICA CLINICA (B.GENERAL, INMUNOQUIMICA, PROTEINAS, METALES, HBA1C Y CRIBADO NEONATAL) Y AMPLIACION DE NUEVOS ALCANCES EN B.GENERAL Y CRIBADO NEONATAL**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA DE JALON COMET ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
  - VENTURA VENTURA PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
  - GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
  - ORTEGA MARCOS CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
  - CALVO RUATA MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
  - LASIERRA MONCLUS ANA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
  - MARTIN CASTILLO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA-AREA PREANALITICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La acreditación de los laboratorios clínicos según la norma UNE-EN ISO 15189 es un proceso largo que conlleva cambios relevantes en la sistemática de trabajo y una vez implantada ha de mantenerse en el tiempo y progresivamente ir ampliando a nuevos alcances. 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 actividad de un laboratorio clínico. ENAC evalúa regularmente a las entidades acreditadas, comprobando que mantienen su competencia técnica mediante visitas de seguimiento y auditorías de reevaluación. Por tanto nuestra oportunidad de mejora es por una parte el mantenimiento de la acreditación hasta ahora conseguida y la ampliación de nuevos alcances en Bioquímica General y Cribado Neonatal. En concreto, en el bloque de Bioquímica General se amplía el alcance a las determinaciones de Ferritina, Factor Reumatoide y Antiestreptolisina O (ASO), y en el bloque de Cribado Neonatal a las determinaciones de los aminoácidos Citrulina y Metionina y de las acilcarnitinas Decenoilcarnitina (C10:1), Miristoleilcarnitina (C14:1), 3-Hidroxiestearoilcarnitina (C18-OH), Linoleoilcarnitina (C18:1), 3-Hidroxilinoilcarnitina (C18:1-OH), Glutarilcarnitina + 3-Hidroxihexanoilcarnitina (C5DC + C6OH).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ENAC ha otorgado la acreditación de los alcances de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, HbA1c y Cribado Neonatal.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo principal es conseguir la acreditación por ENAC para las nuevas determinaciones incluidas en los alcances de Bioquímica General y Cribado Neonatal. Así como mantener la acreditación hasta ahora conseguida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma UNE-EN ISO 15189.

1. Revisión de todos los procedimientos, formatos y registros.
2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.
3. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad.
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
5. Sesiones de formación para el personal de las Secciones implicadas.
6. Auditorías internas.
7. Auditoría externa ENAC.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Fase preanalítica:

1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado (3 horas desde la extracción de las muestras).  
Estándar: > 85%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual
2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido (rango de 4 - 22 °C).  
Estándar: < 5%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual
3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria y otros centros periféricos.  
Estándar: < 5%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

373

## 1. TÍTULO

**SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL S.DE BIOQUIMICA CLINICA (B.GENERAL, INMUNOQUIMICA, PROTEINAS, METALES, HBA1C Y CRIBADO NEONATAL) Y AMPLIACION DE NUEVOS ALCANCES EN B.GENERAL Y CRIBADO NEONATAL**

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas.  
Estándar: < 5%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

5. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados.  
Estándar: < 1%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

6. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.  
Estándar: = 3 días  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

Fase analítica:

7. Indicador: Porcentaje de cumplimiento de las especificaciones de calidad a partir de los resultados del control interno.  
Estándar: > 90%  
Análisis: mensual/trimestral  
Evaluación: anual

8. Indicador: Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo.  
Estándar: > 90%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

9. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos.  
Estándar: < 5%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

Fase postanalítica:

10. Indicador: Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado.  
Estándar: > 95%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

11. Indicador: Porcentaje de cumplimiento de la sistemática de comunicación de resultados de alarma al clínico.  
Estándar: > 100%  
Análisis: mensual  
Evaluación: anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades de las fases preanalítica, analítica y postanalítica: durante todo el año.

Auditoría interna de seguimiento: Enero 2013.  
Auditoría interna de nuevos alcances: Abril o Mayo 2013.  
Auditoría externa ENAC: Junio - Julio 2013.  
Enero 2014: Evaluación y elaboración de la memoria.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

265

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN PACIENTES DE RIESGO QUIRURGICO ELEVADO A TRAVES DE LA HERRAMIENTA: VALORACION GERIATRICA PREOPERATORIA PRONOSTICA (VGPR)**

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad ..
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALDERON LARRAÑAGA AMAIA. EPIDEMIOLOGO/A. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. GRUPO EPICHRON
- POBLADOR PLOU BEATRIZ. ESTADISTICO/A. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. GRUPO EPICHRON
- PRADOS TORRES ALEXANDRA. MEDICO/A. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. GRUPO EPICHRON
- GARCIA GIL PILAR. INFORMatico/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento de la estenosis aórtica (EAO) severa sintomática es el recambio valvular aórtico mediante cirugía cardiaca abierta. Los pacientes con EAO severa sintomática tratados médicamente tienen una mortalidad al año de 40% y a los 5 años del 68%. La mortalidad quirúrgica del reemplazo valvular aórtico electivo por EAO severa es del 4%. El riesgo aumenta con la edad, la disfunción VI y las comorbilidades. Un tercio de los pacientes con EAO severa sintomática no son remitidos al cirujano o son rechazados por este por elevado riesgo quirúrgico. A estos pacientes se dirige en principio la prótesis aórtica percutánea (TAVI).

Existen dos scores para estimar el riesgo del reemplazo valvular aórtico: el STS-PROM (de la Thoracic Surgery Society), que infraestima el riesgo, y el EuroScore logístico, que lo sobreestima. Se considera que un paciente tiene un alto riesgo quirúrgico si la mortalidad a los 30 días de la cirugía es >15%. Una gran limitación a estos scores es que no incluyen ciertas características que incrementan también el riesgo quirúrgico como la fragilidad, deterioro cognitivo y funcional del paciente o la comorbilidad y polifarmacia.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Es fundamental poner de manifiesto problemas no detectados con anterioridad (síndromes geriátricos) antes de plantearse cualquier técnica intervencionista, de cara a estimar el beneficio de la misma y los riesgos que puede sufrir el paciente durante el procedimiento y en el seguimiento. En las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología de valvulopatías se recomienda la presencia de un Geriatra en el "heart team", sin especificar el tipo de valoración o test que podrían resultar útiles en este sentido.

De los pacientes tratados con TAVI en nuestro centro en un año (inicio de la técnica en abril de 2012) el 92% son mayores de 70 años, y el 85% mayores de 80 años. Esta línea de mejora con el diseño de la herramienta: Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR), tiene en cuenta dimensiones de la calidad como es la calidad científico-técnica utilizando los conocimientos más actualizados de valoración preoperatoria geriátrica y pronóstica.

En cuanto a los resultados esperados están aumentar la seguridad del paciente tratando de evitar errores diagnósticos/terapéuticos, y la eficiencia tratando de optimizar los recursos utilizados:

- Pacientes de riesgo quirúrgico elevado derivados y valorados con la herramienta: Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR) >90%
- Mortalidad en pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación negativa para la intervención: expectativa de vida < 12 meses
- Mejora de la supervivencia y calidad de vida en pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención: ausencia de fallecimiento y una mejor calidad de vida a los 6 meses y al año

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: Geriatra-UVSS, Cardiólogos, Informático, Investigadores Grupo EpiChron (IACS). Responsable: Geriatra

2. Diseñar herramienta: Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR) de predicción de fragilidad y mortalidad a corto y largo plazo, que incluya la valoración geriátrica integral y test marcadores pronósticos de mortalidad. Estará compuesta por varios test marcadores de fragilidad y mortalidad teórica estratificada en varios grados (leve, moderada y severa) y su equivalencia en porcentaje. Esta información pretende ayudar al cirujano en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes en quienes por su complejidad es difícil hacerlo.

Responsable: Geriatra

3. Adaptación del formulario de HP-Doctor incluyendo Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR) en el formato de informe de la UVSS

Responsable: Informático

4. Derivación de pacientes de riesgo quirúrgico elevado a la UVSS-Geriatra para Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR).

Los Cardiólogos hemodinamistas solicitarán valoración geriátrica preoperatoria de los pacientes de riesgo quirúrgico elevado candidatos a TAVI con sospecha de expectativa de vida superior a 12 meses.

Responsable: Cardiólogos

5. Empleo de la herramienta Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR) en pacientes de riesgo

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

265

**MEJORA DE LA SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN PACIENTES DE RIESGO QUIRURGICO ELEVADO A TRAVES DE LA HERRAMIENTA: VALORACION GERIATRICA PREOPERATORIA PRONOSTICA (VGPR)**

quirúrgico.

Estos pacientes complejos se valoraran de forma integral (física, funcional, mental y social) a través de la herramienta mencionada para determinar pronóstico de fragilidad y mortalidad a corto-largo plazo.

Responsable: Geriatria

6.Elaboración de informe en HP-Doctor que incluya la valoración del paciente de riesgo quirúrgico elevado y el pronóstico de fragilidad, deterioro funcional y mortalidad a corto y largo plazo.

Podrá ser visualizado en intranet por los facultativos que han solicitado la valoración.

Responsable: Geriatria

7.Medir la capacidad predictiva de mortalidad de la herramienta Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR) en pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación negativa para la intervención

Responsable: Investigadores Grupo EpiChron

8.Medir la efectividad de la intervención quirúrgica realizando control postquirúrgico de los pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención, analizando su situación de fragilidad, funcional, de calidad de vida y mejora de la supervivencia.

Responsable: Geriatria e Investigadores Grupo EpiChron

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Pacientes de riesgo quirúrgico elevado derivados y valorados con la herramienta: Valoración Geriátrica Pronóstica Preoperatoria (VGPR)

(a/b)x100:

a=nº pacientes de riesgo quirúrgico elevado con valoración geriátrica pronóstica preoperatoria

b=nº pacientes de riesgo quirúrgico elevado en quienes se ha solicitado valoración geriátrica preoperatoria

2.Pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención

(a/b)x100:

a=nº pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención

b=nº pacientes de riesgo quirúrgico elevado con valoración geriátrica pronóstica preoperatoria

3.Mortalidad en pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación negativa para la intervención:

Media y mediana de la supervivencia de pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación negativa para la intervención

4.Mejora de la supervivencia y calidad de vida en pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención:

(a/b)x100:

a=nº pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención en los que se constata la ausencia de fallecimiento y una mejor calidad de vida a los 6 meses y al año

b=nº pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar\_ abril/13

2.Diseñar herramienta de valoración preoperatoria pronostica\_ abril/13

3.Adaptación del formulario de HP-Doctor\_ abril/13

4.Derivación de pacientes de riesgo quirúrgico elevado desde Cardiología a Geriatria, valoración geriátrica y pronóstica y elaboración de informe con pronóstico de mortalidad teórica \_ mayo/13-diciembre/13

5.Control postquirúrgico de los pacientes valorados e intervenidos \_ octubre/13-diciembre/14

6.Medir la capacidad predictiva de mortalidad de la herramienta (VGPR)\_2014

7.Medir la efectividad de la intervención quirúrgica en los pacientes con indicación positiva para la intervención tras su valoración con la herramienta VGPR \_2014

8.Propuesta de línea de mejora\_2014

11. OBSERVACIONES. La valoración geriátrica de estos pacientes se iniciará en mayo/13, por lo que para poder medir la capacidad predictiva de mortalidad en los pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación negativa para la intervención y la efectividad de la intervención quirúrgica en los pacientes de riesgo quirúrgico elevado con indicación positiva para la intervención tras su valoración con la herramienta VGPR, la línea de mejora precisa de 2 años para su adecuada implementación.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

265

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN PACIENTES DE RIESGO QUIRURGICO ELEVADO A TRAVES DE LA HERRAMIENTA: VALORACION GERIATRICA PREOPERATORIA PRONOSTICA (VGPR)

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes de riesgo quirúrgico elevado

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. población, geriátrica, pronóstica

OTRA PALABRA CLAVE 2. valoración, riesgo, mejora

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

070

**PROTOCOLO DE FAST-TRACK TRAS CIRUGIA CARDIACA**

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO COTERA USUA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GALLEGO LIGORIT LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
  - VALLEJO GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
  - GARCIA MANGAS PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POSTCARDIACA
  - GUTIERREZ IBAÑES PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POSTCARDIACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se pretende diseñar un protocolo de Fas-track (extubación temprana) tras cirugía cardíaca con el objetivo de disminuir la estancia en las Unidades de Cuidados Críticos y en el Hospital. Un Fast-track seguro y efectivo podría reducir los costes hospitalarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras un adecuada revisión bibliográfica estableceremos un protocolo de Fast-track en Cirugía Cardíaca que pondremos en marcha. Queremos demostrar que el fast-track en cirugía cardíaca disminuye la duración total de la intubación y la estancia en UCI, reduciendo de esta forma los gastos hospitalarios sin comprometer la salud de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer un protocolo de Fast-track en cirugía cardíaca. Cumplimiento por parte de los servicios de C. Cardíaca, Anestesiología y Reanimación, así como la UCI postcardíaca.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo de intubación. Tasa de reintubación. Tiempo de estancia en UCI. Tasa de reintervención de los pacientes. Complicaciones postoperatorias durante la estancia en UCI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año desde la aprobación de este proyecto de mejora. Se prolongará durante más tiempo en el caso de no obtener una muestra suficiente.

1. Revisión bibliográfica.
2. Establecer el protocolo de manejo.
3. Aplicación del mismo.
4. Medir indicadores. Analizarlos.
5. Resultados.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Fast-Track, Cirugía cardíaca, estancia en UCI, extubación.

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

088

**IMPLEMENTACION DE VALORACION ECOGRAFICA INTRAPARTO****2. RESPONSABLE** ..... RAQUEL CRESPO ESTERAS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS Y URGENCIAS
- CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS Y URGENCIAS
- PASCUAL MANCHO JARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS Y URGENCIAS
- HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS Y URGENCIAS
- MARTINEZ SUÑER SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS Y URGENCIAS
- TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS Y URGENCIAS
- TOBAJAS HOMS JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS Y URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La valoración de la posición y de la actitud de la cabeza fetal durante el parto se realiza habitualmente por tacto vaginal. Sin embargo, la exploración clínica mediante el tacto vaginal como único método diagnóstico intraparto, en ocasiones, puede resultar dificultosa e imprecisa. Esto puede tener implicaciones importantes en la toma de decisiones sobre distintos aspectos del parto.

Estudios recientes sugieren, que el uso de la ecografía puede mejorar estos problemas proporcionando una serie de medidas objetivas de progresión de la cabeza fetal durante el trabajo de parto y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.

En los partos distócicos, es fundamental conocer con exactitud la posición de la cabeza fetal para la correcta elección y aplicación del instrumento obstétrico más adecuado. El uso de la ecografía es de crucial importancia para la valoración de la variedad de la presentación antes de la realización de un parto instrumentado y puede además ayudar en la predicción de un parto vaginal exitoso.

La evidencia científica disponible hasta el momento valora el papel de la ecografía transabdominal y transperineal en la segunda fase del parto, en la decisión sobre la vía de parto (cesárea/parto vaginal) y la necesidad de tocurgia.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Tutschek B, Torkildsen EA, Eggebø TM. Comparison between ultrasound parameters and clinical examination to assess fetal head station in labor. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41(4):425-429.
2. Ghi T, Youssef A, Maroni E, Arcangeli T, De Musso F, Bellussi F, Nanni M, Giorgetta F, Morselli-Labate AM, Iammarino MT, Paccapelo A, Cariello L, Rizzo N, Pilu G. Intrapartum transperineal ultrasound assessment of fetal head progression in active second stage of labor and mode of delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41(4):430-435.
3. Molina FS, Nicolaidis KH. Ultrasound in labor and delivery. *Fetal Diagn Ther.* 2010;27(2):61-
4. Verhoeven CJ, Rückert ME, Opmeer BC, Pajkrt E, Mol BW. Ultrasonographic fetal head position to predict mode of delivery: a systematic review and bivariate meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40(1):9-13.
5. Sherer DM. Can sonographic depiction of fetal head position prior to or at the onset of labor predict mode of delivery? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40(1):1-6.
6. Souka AP, Haritos T, Basayiannis K, Noikokyri N, Antsaklis A. Intrapartum ultrasound for the examination of the fetal head position in normal and obstructed labor. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13: 59-63.
7. Zahalka N, Sadan O, Malinger G, Liberati M, Boaz M, Glezerman M, et al. Comparison of transvaginal sonography with digital examination and transabdominal sonography for determination of fetal head position in the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(2): 381- 386.
8. Akmal S, Kametas N, Tsoi E, Hargreaves C, Nicolaidis KH. Comparison of transvaginal digital examination with intrapartum sonography to determine fetal head position before instrumental delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21(5): 437 - 440.
9. Akmal S, Tsoi E, Kametas N, Howard R, Nicolaidis KH. Intrapartum sonography to determine fetal head position. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 12(3): 172 - 177.
10. Kreiser D, Schiff E, Lipitz S, Kayam Z, Avraham A, Achiron R. Determination of fetal occiput position by ultrasound during the second stage of labor. *J Matern Fetal Med* 2001; 10(4): 283-286.
11. Chou MR, Kreiser D, Taslimi MM, Druzin ML, El-Sayed YY. Vaginal versus ultrasound examination of fetal occiput position during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(2):521-524.
12. Molina FS, Terra R, Carrillo MP, Puertas A, Nicolaidis KH. What is the most reliable ultrasound parameter for assessment of fetal head descent? *Ultrasound Obstet Gynecol.* *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;36(4):493-499.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

088

**IMPLEMENTACION DE VALORACION ECOGRAFICA INTRAPARTO**

13. Dupuis O, Silveira R, Zentner A, Dittmar A, Gaucherand P, Cucherat M, Redarce T, Rudigoz RC. Birth simulator: reliability of transvaginal assessment of fetal head station as defined by the American College of Obstetricians and Gynecologists classification. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(3): 868-874.

14. Buchmann E, Libhaber E. Interobserver agreement in intrapartum estimation of fetal head station. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 101(3): 285-289.

15. Dückelmann AM, Bamberg C, Michaelis SA, Lange J, Nonnenmacher A, Dudenhausen JW, Kalache KD. Measurement of fetal head descent using the 'angle of progression' on transperineal ultrasound imaging is reliable regardless of fetal head station or ultrasound expertise. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35(2):216-22.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminución de la variabilidad en la práctica clínica:**

- Implementación de un protocolo de manejo de la segunda fase del parto y su difusión a todo el personal sanitario implicado en el proceso del parto.
- Introducción de una prueba de imagen objetiva (ecografía transperineal y transabdominal) en la evaluación de la progresión del parto, como ayuda a la exploración y valoración clínica.

**2. Mejora de la percepción subjetiva de capacitación del personal en el manejo de la segunda fase del parto:**

- Avanzar en nuestro sentimiento de equipo, ya que en el proceso del parto intervienen profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- Aumentar la confianza de los facultativos ante la toma de decisiones previa a la realización de un parto instrumental o cesárea.

**3. Optimización de los recursos existentes en nuestro medio:**

- Optimización de los medios diagnósticos a nuestra disposición, puesto que en la unidad de paritorios existen dos ecógrafos, que pueden utilizarse para la realización de las ecografías intraparto.
- Optimización del potencial del personal del servicio ya que los facultativos que atienden los partos poseen la formación necesaria para su realización.

**4. Mejora de la seguridad clínica de la paciente:**

- Disminución del número de tactos vaginales y por lo tanto del riesgo de infección inherente.
- Limitar las indicaciones de parto instrumental y de cesárea, disminuyendo los eventos adversos obstétricos ligados a ambos.

**5. Mejora de la satisfacción de las usuarias por:**

- Aumento de la confianza de la paciente al poder corroborar los datos de la exploración clínica con una prueba de imagen.
- Mejora de la calidad de la información transmitida a la gestante.
- Disminución del intervencionismo obstétrico.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MÉTODO:****MATERIAL:**

Se utilizarán cualquiera de los dos ecógrafos Aloka SSD-1400 disponibles en la unidad de paritorios.

**PROCEDIMIENTOS:**

Se realizará una ecografía intraparto en los siguientes casos:

1. Antes de cualquier instrumentación (siempre que no sea urgente).

2. En todas las gestantes en las que se objeque una segunda fase de parto prolongado y una variedad anterior por exploración clínica y se cumplan condiciones para parto instrumentado se realizará:

- Ecografía transabdominal: Valoración ecográfica de la variedad fetal
- Ecografía transperineal: Medición del ángulo de progresión de la cabeza fetal
- Si se confirma una variedad anterior y el ángulo de progresión es  $>120^\circ$ , existe un 90% de probabilidades de parto vaginal (espontáneo o instrumentado), por lo que prolongaremos 1 hora más el expulsivo, a la espera de un parto espontáneo.
- Si se confirma una variedad anterior y el ángulo de progresión  $<120^\circ$ , dado que la probabilidad de evolución a un parto vaginal es muy baja, se indicará la instrumentación (forceps o vacuum según criterio clínico).

3. En todas las gestantes en las que se objeque una segunda fase de parto prolongado y una variedad anterior por exploración clínica y no se cumplan condiciones para parto instrumentado se realizará:

- Ecografía transabdominal: Valoración ecográfica de la variedad fetal
- Ecografía transperineal: Medición del ángulo de progresión de la cabeza fetal
- Si se confirma una variedad anterior y el ángulo de progresión es  $>120^\circ$ , existe un 90% de probabilidades de parto vaginal (espontáneo o instrumentado), por lo que prolongaremos 1 hora más el expulsivo, a la espera de un parto espontáneo o que se cumplan criterios de parto instrumentación.
- Si se confirma una variedad anterior y el ángulo de progresión  $<120^\circ$ , dado que la probabilidad de evolución a un parto vaginal espontáneo es muy baja, se indicará una cesárea.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

088

**IMPLEMENTACION DE VALORACION ECOGRAFICA INTRAPARTO**

4. En todos los casos de cesárea electiva y cesárea en curso de parto por parto estacionado se realizará una ecografía transabdominal para valorar:

- Localización de la placenta
- Situación fetal
- Variedad de la cabeza fetal
- Segmento uterino (miomas, adenomiosis...)

## ACTIVIDADES:

1.- Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de todos los colectivos implicados en el proceso del parto. (Dr. Castán)

2.- Revisión de la evidencia científica existente. (Dra. Tejero)

3.- Diseño, por parte del equipo, de un protocolo de actuación para sistematizar el uso de la ecografía en el manejo de la segunda fase del parto. (Dra. Crespo)

4.- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los colectivos implicados. (Dr. Tobajas)

5.- Periodo de formación del personal. (Dra. Martínez)

6.- Revisión y presentación periódica de indicadores para mejorar el sentimiento de participación del personal en el proyecto. (Dra. Hernández)

7.- Encuesta a facultativos y matronas del Servicio de Obstetricia para evaluar la difusión e implantación del protocolo (Dra. Rodríguez, responsable del grupo de calidad del servicio de Obstetricia)

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

- Encuesta a facultativos y matronas del Servicio de Obstetricia implicados en el proceso del parto:
  - Conocimiento del protocolo de ecografía intraparto.
  - Evaluación de su utilidad en la práctica clínica diaria.

La elaboración y recogida de las encuestas se realizará a través de la persona responsable del grupo de mejora de calidad del servicio de Obstetricia.

- Recogida trimestral y anual de los indicadores obstétricos relacionados con el protocolo:
  - Tasa de cesárea
  - Tasa de parto instrumental

- Análisis de los resultados mediante el estudio comparativo entre las tasas de cesárea e instrumentación en el año previo a la implantación del protocolo y en el año posterior.

## INDICADORES:

- Porcentaje de partos instrumentados en los que se ha utilizado el recurso de la ecografía intraparto:
  - Índice actual: 0%.
  - Objetivo diciembre 2013: >40%.

- Porcentaje de facultativos/matronas que conocen el recurso de la ecografía intraparto para el manejo de la segunda fase de parto:

- Índice actual: 5%.
- Objetivo diciembre 2013: >50%.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CRONOGRAMA: (Actividades 2013)

Formación de equipo: Abril

Revisión de evidencia científica: Abril

Diseño de protocolo de actuación: Mayo

Sesión con presentación de protocolo: Mayo

Periodo de formación: Junio-Agosto

Presentación de indicadores: Diciembre

Encuesta: Diciembre

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

088

**IMPLEMENTACION DE VALORACION ECOGRAFICA INTRAPARTO**

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

031

**ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL EXPLICATIVO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DIGESTIVOS****2. RESPONSABLE** ..... ISABEL DE LA TORRE ARRIETA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- ROY GUERRERO LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
- HURTADO RUBIO CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La práctica asistencial es cada vez más compleja debido a diversos factores entre los que se encuentran, el aumento importante de la información científica disponible, y los constantes cambios de las necesidades y expectativas que se generan en la sociedad respecto al servicio sanitario y sus profesionales. Esto requiere que el profesional sanitario se mantenga actualizado para poder abordar las necesidades de salud de la población.

Los procedimientos endoscópicos realizados en nuestra unidad son numerosos y muy distintos entre sí, abarcando una gran cantidad de técnicas diagnósticas y terapéuticas que requieren el uso de diverso instrumental. Actualmente, en nuestra unidad no existe ningún tipo de protocolo de actuación de enfermería de las diferentes técnicas endoscópicas, que sirva para unificar criterios de actuación y orientar al personal de nueva incorporación. Los conocimientos sobre las diferentes técnicas llevadas a cabo en el servicio de endoscopia digestiva son esenciales para desempeñar unas intervenciones de enfermería de calidad.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** -Estandarizar y unificar intervenciones de enfermería en las distintas técnicas endoscópicas.

- Orientar al profesional de nueva incorporación y mejorar su acogida.
- Mejorar la calidad de los cuidados prestados aumentando el número de pacientes atendidos por profesionales enfermeros que siguen los protocolos de actuación creados en la unidad.
- Prevenir y controlar el número de complicaciones.
- Garantizar la seguridad del paciente.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios atendidos en nuestra unidad.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** -Formar equipo de trabajo.

- Búsqueda bibliográfica.
- Unificar criterios entre el personal de enfermería de la unidad basados en la evidencia científica.
- Elaboración de las distintas intervenciones.
- Dar a conocer al personal de nueva incorporación la existencia de dicho manual.
- Revisiones periódicas por el equipo de trabajo.

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

DE ESTRUCTURA: Existencia de manual explicativo de las intervenciones de enfermería.

DE PROCESO:

Porcentaje de intervenciones de enfermería creadas y actualizadas.

Porcentaje de personal de enfermería que cumple con las intervenciones.

DE RESULTADO: Porcentaje de personal de enfermería de nueva incorporación que conoce las distintas intervenciones y materiales utilizados en las diferentes técnicas endoscópicas, como consecuencia de la disponibilidad del manual y fácil consulta en la unidad.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se llevará a cabo mediante una encuesta de satisfacción que se pasará al personal de nueva incorporación de la unidad.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** - Primer trimestre (Junio- Agosto): Reunión equipo de trabajo y búsqueda bibliográfica.

- Segundo trimestre (Septiembre- Noviembre): Unificar criterios y elaboración de las distintas intervenciones.
- Tercer trimestre (Diciembre- Febrero): Implantación del manual y darlo a conocer.

**11. OBSERVACIONES.** Para la divulgación del manual será necesario disponer de un ejemplar impreso en la unidad y copias accesibles en los ordenadores de las distintas salas de trabajo. **11. ENFOQUE PRINCIPAL.** Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con patología digestiva a los que se vaya a realizar endoscopia digestiva

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

031

**ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL EXPLICATIVO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS  
DISTINTOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DIGESTIVOS**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

318

## 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 ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. U. DIETETICA Y NUTRICION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MILLASTRE BOCOS JUDITH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO  
· FRANCÉS PINILLA MARINA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). DIRECCION ENFERMERIA AP SECTOR II  
· PEÑA GASCON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). DIRECCION ENFERMERIA AP SECTOR II  
· PULIDO HERRERA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· HERNANDEZ SALUEÑA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUBDIRECCION ENFERMERIA  
· ALONSO ESTEBAN MAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA  
· LORENTE SERRANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. DIRECCION ENFERMERIA AP SECTOR I  
· LATORRE DEL OLMO CONCHA. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA  
· TRICAS MORO CARMEN. MEDICO/A. ASOCIACION DE CELIACOS DE ARAGON. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· PANILLO CALLEJA NOELIA. TECNICO SUPERIOR DE DIETETICA Y NUTRICION. ASOCIACION DE CELIACOS DE ARAGON.  
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· SORO LORENTE CINTIA. ENFERMERO/A. ACTIVIDAD. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· IBARRA SIERRA CONSUELO. TECNICO SUPERIOR DE DIETETICA Y NUTRICION. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Habida cuenta de los buenos resultados obtenidos del Proyecto de Mejora en el ejercicio anterior (ya presentados) hemos pensado hacer una ampliación del mismo a los Sectores I y III, marcando como objetivos dos vertientes complementarias y sinérgicas: Continuación de la formación de los nuevos pacientes y familiares, a los que añadimos las enfermeras de AP que son las que van a hacer su seguimiento en las consultas de los CS; y añadimos otro objetivo más para los pacientes que ya han formado parte de los otros talleres. De ahí la justificación del cambio de componentes del grupo de mejora, en el que también contamos con la colaboración de dos profesionales del HUMS que son Gregoria Checa López, enfermera, subdirectora de Enfermería de hospitalización; y Consuelo Ibarra Sierra, Técnico Superior en Dietética y Nutrición, de la U. Dietética y Nutrición.

Dada la prevalencia de la Enfermedad Celiaca (EC) los estudios observacionales coinciden en que cuando el diagnóstico de la enfermedad celiaca es tardío y ya son individuos adultos, 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 celiaco cuando le diagnostican, sino desde que nace, con una sintomatología más o menos silente.

Los estudios estadísticos realizados en la población aragonesa, demuestran que 8 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 del test de cribado, o 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.

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 simple dado el estado en que se encuentran las vellosidades intestinales. Una vez corroborado el diagnóstico, los únicos resultados favorables se obtienen implantando una dieta sin gluten, ya que según la evidencia científica, sólo así 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.

Mención aparte presenta la necesidad de que reciban esa formación las enfermeras de AP, para que sepan guiar a los pacientes en el proceloso mundo de evitar la tan temible contaminación cruzada, dentro de una alimentación equilibrada sin sobrecarga de proteínas por miedo a la ingesta de carbohidratos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1º Periodo del Proyecto:

-Actividades desarrolladas:

Como ajuste a las especificaciones y cumplimiento de objetivos implicados en la definición del taller, se puso en marcha:

-Diseño e impresión de los folletos de programa, plantilla de inscripción.

-Difusión del proyecto para captar pacientes que mediante envío de programas a los CS y a CME y a los integrantes de la Asociación Celiacos de Aragón; y a través de los programas de radio donde participo semanalmente.

-Inscripción de participación que se hizo en la sociedad de celíacos, según constaba en el programa.

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

318

**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**

-Talleres propiamente dichos (2 de 21 personas c/u) de 4 horas de duración, que los realizamos en las aulas del pabellón docente del hospital.

-Entrega de apuntes del contenido docente y práctico, para los asistentes.

-Falta por impartir otro taller el día 24 de abril, con un tercer grupo.

\*A petición de todos los participantes, se hace un rol-playing en una sesión terapéutica a la que asisten todos los participantes y que deberá presentarse como continuación del Grupo de Mejora en la siguiente convocatoria.

- Resultados conseguidos:

La evidencia constata que la satisfacción de las expectativas de los clientes, implica sólo un juicio subjetivo a partir de las opiniones de quienes reciben la atención, pero aún así se eligió una encuesta de evaluación del grado de satisfacción como método orientativo de evaluación.

-Según el desarrollo, se constata que la respuesta de pacientes y familiares está resultando muy asertiva y participativa.

-La evaluación cuantitativa de la encuesta de grado de satisfacción sobre 42 asistentes es:

-Contenido docente	Muy bien	40	Bien	2
-Útil en la práctica diaria	Muy bien	41	Bien	1
-Posibilidad de participación interactiva	Muy bien	41	Bien	1
-Conocimientos científicos del docente	Muy bien	42		

-Observaciones: 41 coinciden en demandar un foro o grupo de adiestramiento en esos temas explicados en el taller, a realizar durante los dos primeros meses tras el diagnóstico.

-Evaluación de indicadores en la actualidad:

Al detectar una situación problemática y susceptible de ser mejorada, como era la incertidumbre dietética tras el diagnóstico tardío de la Enfermedad Celiaca, se planteó la posibilidad de impartir un taller de adiestramiento en el comportamiento alimentario, con un indicador mensurable que detectara el impacto de mejora en el conocimiento de las soluciones de las situaciones comunes recurrentes del celiaco.

El indicador que medíamos en el desarrollo del taller era si existía conocimiento absoluto de todas las circunstancias que rodean al comportamiento alimentario y de ausencia de contaminación cruzada, tras la confirmación de EC en el adulto.

En el proceso interactivo del taller se identificó desconocimiento alto respecto del indicador estudiado y que requería:

1.-Necesidad de que exista adiestramiento durante los dos primeros meses tras el diagnóstico.

2.-Posibilidad de adiestramiento por una enfermera experta bien en el CME, CS o en el hospital.

-Autoevaluación de niveles alcanzados en el desarrollo del proyecto según escala:

Puntuación 5

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Al concluir cada taller terapéutico interactivo, los celiacos que se incorporen y sus familiares, así como las enfermeras de AP (seleccionadas para la formación) habrán aprendido a:

-Conocer la dieta equilibrada sin gluten

-Manejar los autocuidados respecto de la dieta terapia, en todas las actividades diarias.

-Prevenir y controlar la contaminación cruzada.

2) Los pacientes de la anterior promoción, estarán adiestrados en mejorar sus habilidades emocionales mediante el conocimiento de algunas herramientas como

- proactividad,
- motivación,
- asertividad,
- resiliencia,
- inteligencia emocional,

-comunicación.

Asimismo sabrán manejar en positivo, sus mecanismos de defensa.

3) Los nuevos pacientes incorporados, tendrán opción a participar en los talleres de habilidades emocionales.

4) Las enfermeras asistentes a los talleres de terapia nutricional, aprenden las habilidades y el uso de herramientas, en un seminario de coaching nutricional, sólo para profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A) Actividad de convocatoria.-

a.- Dirigido a pacientes adultos con EC, a sus familiares directos; y a las enfermeras seleccionadas en los tres Sectores.

b.- Captación mediante dípticos informativos distribuidos en las consultas de Digestivo de los CME del Sector II; en la sede de la Asociación Celiaca de Aragón (ACE); en las consultas médicas y de enfermería de la Atención Primaria de los Sectores I, II, III.

Asimismo la Unidad de Dietética y Nutrición del HUMS entregará un folleto a cada paciente que esté ingresado en el hospital por otra patología y conozcamos de su celiacía por la solicitud de la dieta nº 13.

c.- Pacientes: Inscripción en la dirección de correo y/o en el teléfono de ACE.

Enfermeras: En cada dirección de AP.

B) Metodología docente

-Se trata de impartir conocimientos teórico-prácticos mediante talleres interactivos de 3 horas de duración. (Se solicita acreditación a la CFC de las PS).

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

318

**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**

un familiar, dé origen a que otro usuario la pueda contestar, con la dirección y epílogo definitivo de la experta que dinamiza.

-Los talleres de coaching nutricional para enfermeras, serán de cuatro horas (Se solicita acreditación a la CFC de las PS).

C) Programa docente.-

+a)Taller de terapia nutricional:

-Dieta Equilibrada: Grupos de Alimentos, 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, quinua, 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.

-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.

+b)Taller de Impacto emocional del diagnóstico tardío:

-Habilidades y herramientas a poner en marcha:

-Estrategia de ganar-ganar

-Valoración y adherencia a tratamiento. Resultados Esperados.

-Definición y uso de las herramientas

>proactividad,

>motivación,

>asertividad,

>resiliencia,

>inteligencia emocional,

>comunicación.

-Evaluación. Resultados obtenidos vs Resultados esperados.

+c)Seminario de coaching nutricional para enfermeras.

-Adiestramiento vs asesoramiento.

-Entrevista: Valoración objetiva y valoración subjetiva.

-Mecanismos de defensa.

-Estrategia de ganar-ganar: ¿para qué? en vez de ¿por qué?

-Cumplir el tratamiento / Adherencia a tratamiento. Resultados Esperados.

-Definición y uso de las herramientas

>proactividad,

>motivación,

>asertividad,

>resiliencia,

>inteligencia emocional,

>comunicación,

>negociación

-Evaluación. Resultados obtenidos vs Resultados esperados.

D) Cronograma.-

-Dos talleres de a); dos talleres de b), de 3 horas cada uno, en horario de 16,00 a 19,00 horas.

Cada grupo lo integran un máximo de 25 asistentes, previamente inscritos en la Asociación de Celiacos de Aragón.

-1 Seminario de Coaching nutricional para todas las enfermeras inscritas.

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:

-Número de talleres formativos realizados

-Número total de pacientes con EC y de familiares, formados en taller a) y en taller b).

-Número total de enfermeras de AP formadas en taller a) y en seminario c).

-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 2013 a Marzo de 2014.

-Mayo 13: Distribución y captación de asistentes.

-Junio 13: 1 taller a) y 1 b)

-Noviembre 13: Seminario c)

-Febrero 14: 1 taller a) y 1 b)

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

318

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

familiares

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

337

**VIA CLINICA DE EVALUACION Y SELECCION DE CANDIDATOS PARA IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESIS AORTICA (TAVI)****2. RESPONSABLE** ..... JOSE ANTONIO DIARTE DE MIGUEL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- CAY DIARTE EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- GUILLEN SUBIRAN EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- PASTOR MENA GERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA
- FERRER MONTESA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE SEMANA.SUPERVISORA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) es una técnica emergente incluida en nuestra cartera de servicios y dirigida al tratamiento de la estenosis aórtica severa en pacientes ancianos con riesgo elevado o contraindicación para recambio valvular quirúrgico convencional. Nuestro hospital es centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma. El proceso de evaluación para TAVI es complejo y requiere la realización de diversas pruebas complementarias (eco transesofágico, eco-doppler TSA t doppler de ee.ii, TAC multicorte de raíz de aorta y ejes ileofemorales, valoración geriátrica y anestésica, etc) y valoración multidisciplinar ("heart team") que permita definir las características y riesgos específicos de cada paciente, así como que pacientes derivarán beneficio de la realización de este técnica de coste elevado. Esto obliga con frecuencia a la necesidad de realizar dichas pruebas con el paciente ingresado y en algunos casos ambulatoriamente. Hasta la fecha, la coordinación de dichos procedimientos se realiza de forma "artesanal", tomando como base la buena voluntad de los participantes. A pesar de ello se producen repetidamente problemas tanto en la coordinación entre equipos, fechas, etc. como en la recuperación y unificación de la información obtenida. Es imposible realizar una evaluación de cada caso en una única sesión, requiriendo el "peregrinaje" de los hemodinamistas por los servicios implicados para resolver dudas o lograr la coordinación necesaria para afrontar aspectos específicos pacientes determinados Por dicho motivo, consideramos altamente necesaria la creación de una vía clínica que sistematice el proceso, reduciendo esfuerzos innecesarios al personal, mejorando la eficiencia en el uso de recursos y acortando la duración del ingreso, mejorando finalmente la satisfacción tanto del cliente externo como interno.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1. Reducir la duración de la estancia hospitalaria requerida para la evaluación de candidatos eo el número de desplazamientos que deba realizar el paciente en caso de que el estudio pueda realizarse ambulatoriamente

2. Establecer un calendario de pruebas complementarias sistematizado, mejorando la coordinación entre servicios participantes
3. Sistematizar la recogida y unificación de la información obtenida del estudio de cada caso
4. Evaluar de forma sistematizada y en equipo (heart team) a cada posible candidato
5. Evitar desplazamientos y molestias innecesarias al paciente y su familia
6. Mejorar la satisfacción del cliente externo e interno
7. Mejorar la eficiencia en el uso de recursos diagnósticos y de hospitalización

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1. Responsable: Creación del "esqueleto" de la vía clínica y su calendario, orientación y coordinación de los participantes, generación de la vía clínica final y monitorización de su correcto funcionamiento, tomando las medidas pertinentes en caso de detectarse problemas no esperados o de producirse desviaciones en el recorrido de la vía una vez se haya establecido

2. Participantes: Definición de su área de actividad específica y coordinación de la imbricación de la misma en la vía clínica. Deficiencia precisa de los datos específicos que se deben de obtener de cada prueba complementaria, generación de informes proforma y e imágenes para su estudio en formato y soporte adecuado
3. Equipo: Reunión periódica para la evaluación de cada candidato a TAVI, así como para identificar y modificar los problemas que aparezcan en el funcionamiento de la vía clínica

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. Estancia media del paciente para la realización del protocolo de estudio en el que caso de que requiera ingreso o bien el número de desplazamientos que debe realizar el paciente a un centro sanitario en caso de que el estudio se realice de forma ambulatoria. Se obtendrá de los registros clínicos o de la entrevista directa con el paciente y se monitorizará semestralmente.

2. Tiempo transcurrido desde que se inicia el procedimiento de evaluación hasta que toda la información está disponible para su valoración multidisciplinar. Fuente: registros clínicos. Periodo de evaluación: semestral.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Fecha prevista de inicio: 1 de Mayo de 2013

Fecha prevista de finalización: 1 de Mayo de 2014

**Cronograma:**

1. Reunión de los miembros de la vía. Especificación de objetivos. Reparto de tareas específicas
2. Creación de un cronograma para realización de la pruebas en una semana máximo
3. Establecimiento de los mecanismo que generen de forma automática las citaciones de los pacientes una vez se decide la entrada de un paciente en la vía y de un sistema de identificación de los pacientes que defina el tipo de estudio a realizar y los parámetros a determinar
4. Establecer un modelo de informe y otro de soporte de información gráfica en formato específico

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

337

## 1. TÍTULO

**VIA CLINICA DE EVALUACION Y SELECCION DE CANDIDATOS PARA IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESIS AORTICA (TAVI)**

5. Reunión de control y puesta en marcha de la vía
  6. Análisis intermedio de problemas no contemplados tras la realización de los primeros casos
  7. Redacción definitiva y de la vía clínica y puesta en marcha
  8. Creación de un calendario de reuniones de los servicios miembros de la vía para la discusión de cada caso
  9. Monitorización de la vía clínica
11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

077

**RECOGIDA E INFORMATIZACION DE LA ACTIVIDAD REALIZADA FUERA DE QUIROFANO EN LA UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA**

2. RESPONSABLE ..... RUT ESPINOSA CASTELLS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· VALLES TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· LORENTE BAIGORRI ALFREDO. INFORMatico/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El desarrollo de nuevas técnicas medicoquirúrgicas y el aumento de la presión asistencial y de las expectativas de satisfacción por parte de los pacientes, han condicionado que las funciones del especialista en Anestesiología y Reanimación se vayan ampliando. Así pues, cada vez es más frecuente tener q desempeñar labores anestésicas fuera de un quirófano. Desgraciadamente, en nuestro hospital esta actividad NO queda registrada, infraestimándose nuestro trabajo, con las consecuentes repercusiones tanto en gestión de recursos ( no siempre existe un facultativo disponible para su ejecución ni material preparado), como en eficacia y eficiencia. Por todo lo comentado, nos 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 toda la actividad realizada fuera de quirófano, intentando así mejorar la calidad asistencial del paciente atendido por la UACT. También nos planteamos que sería fundamental que los anestesiólogos de la unidad lográramos cumplimentar correctamente todos los apartados existentes en el formulario para que el posterior registro resultara fidedigno. Más concretamente, nuestros objetivos principales serían:  
>95% de la actividad desempeñada fuera de quirófano recogida en un formulario informático válido para gestión de recursos y para recogida de datos estadísticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Pretendemos crear una base de datos dentro del Hp Doctor en la que los siete facultativos especialistas del grupo de Anestesia Cardiotorácica registraremos:

1. actividad desarrollada ( valoración pre-quirúrgica, colocación vía central, TAVI, Hemodinámica, colocación de catéteres analgésicos...)
2. fecha y hora de realización
3. facultativo solicitante
4. especialidad solicitante
5. Anestesiista encargado
6. existencia o no de complicaciones asociadas

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 esta actividad realizada fuera de quirófano.

1. Número total de actuaciones anestésicas fuera de quirófano
2. Porcentaje de pacientes cuyo preoperatorio anestésico se lleva a cabo mediante hojas de interconsulta.
3. Porcentaje de pacientes ingresados en cirugía cardíaca o torácica que precisan acceso venoso central.
4. Porcentaje de pacientes anestesiados en Hemodinámica ( ya se trate de TAVI, o CIA, o tests de respuesta a ON...).
5. Porcentaje de pacientes que precisan analgesia mediante catéter epidural y/o paravertebral.
6. Porcentaje de pacientes de UCI que necesiten colaboración con el Servicio de Anestesia Cardiotorácica ( intubaciones selectivas, broncoscopias...)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio el 1 de mayo de 2013 y evaluación del proyecto el 1 de mayo de 2014.

- Cronograma

- i. Informar a los compañeros de la UACT de la necesidad de cumplimentar este registro
- ii. Creación de la base de datos. Desde el 1 al 30 de abril
- iii. Primera evaluación de resultados. Del 1 al 31 de mayo
- iv. Sucesivas evaluaciones bimensuales. Del 1 de Junio al 1 de mayo de 2014
- v. Introducir los cambios necesarios.

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

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. MAYORES DE 14 AÑOS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

077

**RECOGIDA E INFORMATIZACION DE LA ACTIVIDAD REALIZADA FUERA DE QUIROFANO EN LA UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

351

**AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN LAS SECCIONES DE HONGOS-EPIDEMIOLOGIA Y ANTIBIOTICOS**

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FERRER CERON
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - SORIA LOZANO PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - VIGUERA SARABIA NOELIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - VICENTE VILLANUEVA MERCEDES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - HERNANDEZ GARCIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas (virología, serología, micobacterias y micología) desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad se está trabajando para conseguir una importante ampliación del alcance de acreditación en diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hongos-Epidemiología y Antibióticos. La experiencia previa en la acreditación del diagnóstico mediante cultivo de las dermatofitosis, ha favorecido la mejora y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar a otras técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189:2007 se extienda paulatinamente a todo el Laboratorio.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantenimiento del alcance acreditado (Detección e identificación de hongos dermatofitos mediante cultivo) y ampliación del alcance de acreditación para:

- Detección de *S. aureus* meticilin resistente por cultivo
- Determinación de la sensibilidad antibiótica
- Identificación microbiana mediante Espectrometría de Masas EM MALDI-TOF

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.

- Formación y Cualificación del personal implicado
  - Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
  - Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del de la actividad acreditada (Detección e identificación de hongos dermatofitos mediante cultivo)

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas.
  - Facultativos: actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal.
- Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
  - Responsable de Calidad: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales \*100  
Objetivo a alcanzar > 90%

Se monitorizará revisando cada tres meses los registros correspondientes a la primera semana de cada trimestre.

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

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

Fecha de finalización: junio 2014

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: abril 2013-abril 2014
  - Formación y Cualificación del personal implicado: abril 2013-abril 2014
  - Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: abril 2013-abril 2014
  - Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del de la actividad acreditada (Cultivo de Hongos dermatofitos): abril 2013-abril 2014
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral a partir de julio 2013 (primer mes de evaluación)
  - Recopilación general de resultados y valoración: mayo-junio 2014

1. TÍTULO

**AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN LAS SECCIONES DE HONGOS-EPIDEMIOLOGIA Y ANTIBIOTICOS**

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ISO 15189

OTRA PALABRA CLAVE 2. DERMATOFITOS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

289

**CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA PERIPROCEDIMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESIS AORTICA (TAVI)****2. RESPONSABLE** ..... MARIA CRUZ FERRER GRACIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- BLASCO PEIRO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- GIL HERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- GOMEZ LLOP MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- SANCHEZ INSA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- MORON GIMENEZ ALEJANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- GOMEZ SANZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El implante transcáteter de prótesis valvular aórtica permite el tratamiento de estenosis aórtica severa sintomática en pacientes que por sus comorbilidades no pueden ser sometidos a cirugía cardiaca convencional. Requiere un abordaje multidisciplinar y la coordinación de múltiples profesionales en todas sus fases (diagnóstico y selección de pacientes, preparación pre-procedimiento, procedimiento de implante de la prótesis, cuidados post-procedimiento y seguimiento posterior).

Aunque existe un equipo de referencia para la atención de estos pacientes consideramos muy importante la estandarización de la atención médica y de enfermería con el fin de garantizar su continuidad durante el ingreso y al alta mediante un flujo adecuado de información entre los profesionales implicados: planta -> sala de hemodinámica -> UCI -> planta -> consulta.

Para el inicio del programa elaboramos unos documentos de uso interno en cada unidad, actualmente pensamos que podrían optimizarse ajustándose a los nuevos avances comunicados en esta técnica y, sobre todo, a la realidad de nuestro centro y pacientes.

En una primera fase proponemos la creación de protocolos de cuidados concretos en las diferentes unidades para su posterior integración en el protocolo unificado actualizado que incluirá también la vía clínica desde la derivación de pacientes desde otros centros hasta el alta a su cardiólogo de área al año del procedimiento.

Paralelamente se realizarían sesiones formativas a diferentes niveles (personal auxiliar, enfermería y médicos de diferentes especialidades implicados en la atención de estos pacientes).

En una segunda fase podrían realizarse sesiones divulgativas a personal de atención primaria.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1. Que el personal implicado en el tratamiento del paciente antes y después del procedimiento del implante de TAVI conozca las características del procedimiento y el por qué de los cuidados específicos en cada fase.

2. Mejorar la seguridad del paciente antes y después del implante de la prótesis.

3. Asegurar la continuidad de la atención tanto médica como de enfermería.

4. Detección precoz y tratamiento de complicaciones específicas del procedimiento.

5. Disminuir la incidencia de complicaciones relacionadas con catéteres centrales y periféricos, sonda vesical, herida quirúrgica y encamamiento prolongado.

6. Disminuir la incidencia de complicaciones relacionadas con las comorbilidades del paciente.

7. Gestión adecuada de la cama de hospitalización, de las pruebas complementarias necesarias y tratamientos que se deriven de ellas, para reducir el número de días de ingreso tanto en planta como en UCI.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1. Curso de formación teórico-práctica sobre el implante de TAVI.

Selección de pacientes, preparación pre-procedimiento, técnica de implante, cuidados post-procedimiento iniciales y al alta. Impartido por profesionales que intervienen en cada una de estas fases. Dirigido a personal médico y de enfermería. Responsables: Dra. Ferrer. Dr. Diarte. Dra. Morón.

2. Actualización del protocolo - TAVI existente, en especial añadir las características propias de los tipos de prótesis que pueden implantarse en nuestro centro y adaptación en función de las particularidades observadas en este primer año de implantes. Responsables: Equipo de mejora y personal de otros servicios implicados en el programa: anestesia, cardiología (clínica, ecocardiografía y hemodinámica), cirugía cardiaca, cirugía vascular, geriatría, medicina intensiva y radiología.

3. Protocolo de cuidados de enfermería pre y post-procedimiento en las diferentes unidades. Responsables: Pilar Gil. Mercedes Gómez. Carmen Gómez.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1- Cursos de formación organizados en el centro:

-SI/no

- N° de cursos

- N° Asistentes

2- Actualización del protocolo-TAVI:

si/no.

3- Creación de los protocolos de cuidados de enfermería:

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

289

**CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA PERIPROCEDIMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESIS AORTICA (TAVI)**

si/no.

Los siguientes indicadores se refieren a pacientes tratados con TAVI. Los estándares de cumplimiento son los recogidos en la actualización de indicadores de calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

4- Estancia en UCI post-TAVI = 48h. Objetivo: en el 80% de los pacientes.

5- Estancia en planta post-TAVI = 6 días. Objetivo: en el 70% de los pacientes.

6- Seguridad quirúrgica pre-TAVI. Estándar 100%.

Pacientes con listado de verificación de seguridad cumplimentado "check-list" x 100 /pacientes sometidos a TAVI.

7- Consentimiento informado. Estándar 100%.

Número de pacientes con consentimiento informado en la historia clínica x 100 /Total de pacientes sometidos a TAVI

8- Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis. Estándar 100%.

Nº Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis x 100/Total de pacientes sometidos a TAVI

9- Pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica adecuada a protocolo. Estándar 90%.

Nº Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100/Total de pacientes con prescripción de tromboprofilaxis

11- Bacteriemia relacionada con catéter venoso central (CVC) en pacientes críticos. Estándar 4 episodios por 1000 días de CVC.

Numero de bacteriemias relacionada con catéter venoso central en un

periodo determinado de tiempo x 1000/

Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes sometidos a TAVI portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo

12- Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM). Estándar 12 episodios por 1000 días de VM.

Numero de neumonías asociada a ventilación mecánica en un periodo

determinado de tiempo x 1000/

Sumatorio de días de ventilación mecánica invasiva en los pacientes con este soporte ventilatorio durante dicho periodo de tiempo

13- Prevención de nefrotoxicidad inducida por contraste. Estándar 90%.

Nº de enfermos con Insuficiencia Renal (IR) preexistente con correcta hidratación x 100/ Nº de enfermos con IR preexistente sometidos a TAVI.

14- Incidencia de fallo renal agudo (FRA). Estándar 1,5%.

Nº de enfermos con FRA x 100/Nº total de enfermos.

15- Retraso al alta del servicio de Medicina Intensiva (SMI). Estándar 9%.

Nº estancias con retraso al alta del SMI x 100/Nº total de estancias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de los protocolos de enfermería: 2º trimestre 2013.

- Actualización protocolo TAVI: 2º-3º trimestre 2013.

- Cursos de formación: uno en 2º trimestre de 2013, otro en 4º trimestre 2013.

- Evaluación de indicadores: 1º trimestre 2014.

- Memoria del proyecto: 1º trimestre 2014.

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

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Ancianos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Valvulares. Estenosis valvular aórtica.

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

060

## 1. TÍTULO

**DISEÑO ERGONOMICO DE PUESTO DE TRABAJO. EXTRACCION DE SANGRE PERIFERICA**

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA FONTANA JUSTES

- Profesión ..... INGENIERO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TEJEDOR AZPEITIA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- LAZARO ALCAY CARMINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema detectado: Trastornos musculoesqueléticos del personal sanitario que realiza la tarea de extracción de sangre periférica.

Oportunidad de mejora: Estudio ergonómico de las cargas posturales que conlleva la tarea y diseño de un puesto de trabajo que alivie dichas cargas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de los trastornos musculoesqueléticos en el personal de enfermería que realiza esta tarea

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento que se va a utilizar es el siguiente:

1. Determinación de personal expuesto (en atención primaria y especializada).
2. Encuesta-epidemiológica con los trastornos musculoesqueléticos que presentan los trabajadores expuestos.
3. Búsqueda bibliográfica.
4. Tipificación de realización de la tarea (sentado, de pie, con apoyos, en silla, en camilla, en sillón, etc.)
5. Medición con sensores de las cargas posturales que se realizan.
6. Conclusiones de las mediciones.
7. Realización de un diseño ergonómico de puesto de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Tipificación de la realización de la tarea: Fotografías de los diferentes formas de realizar la extracción de sangre en atención primaria y especializada.

2. Realización de la medición según los diferentes tipos de realización de la tarea.

3. Diseño ergonómico propuesto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013. Indicador 1.

Junio 2013. Indicador 2.

Diciembre 2013. Indicador 3.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Enfermer@s en activo
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

042

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS PREVIO A INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL AMBITO DE LA CIRUGIA CARDIACA**

2. RESPONSABLE ..... LUCIA GALLEGU LIGORIT  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LACOSTA TORRIJOS LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· GUTIERREZ IBAÑES PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POSTCARDIACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto trata de mejorar y unificar criterios a la hora del manejo de la medicación antiagregante previo a las siguientes intervenciones quirúrgicas: recambio de generador de marcapasos, implante de marcapasos, implante de marcapasos tricameral, cirugía cardíaca sin circulación extracorpórea, cirugía cardíaca con circulación extracorpórea.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir la unificación de criterios a la hora del manejo de estos fármacos, con el fin de reducir el sangrado perioperatorio y la terapia transfusional (incrementan la morbi-mortalidad), así como las estancia en UCI, sin un incremento en la incidencia de accidentes isquémicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a proceder a la revisión bibliográfica de esta materia. Posteriormente, la puesta en común con los servicios de Cirugía Cardíaca y UCI Coronaria para decidir sobre la aplicación de las medidas a tomar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Sangrado perioperatorio, tasa de reintervención por sangrado, la administración de hemoderivados, tanto intra como postoperatoriamente, eventos isquémicos durante la estancia en UCI y la estancia en UCI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio prevista: desde la aceptación de este proyecto. Fecha de finalización: al año de aplicación del protocolo, siempre que la muestra sea suficiente (aproximadamente n=100) y se haya conseguido la aplicación del protocolo. La intención sería hacer una recogida de datos posterior para ver si la aplicación de este protocolo mejora los resultados.

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

POBLACIÓN DIANA  
· EDAD. Adultos  
· SEXO. Ambos sexos  
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. sangrado, circulación extracorpórea, cirugía cardíaca, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

413

**IMPLANTACION DE UNA BASE DE DATOS DE INCIDENCIAS QUE AYUDE A OPTIMIZAR EL TRABAJO EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA: DISEÑO, FORMACION Y EVALUACION**

2. RESPONSABLE ..... SACRAMENTO GARCIA BLASCO

- Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VERA CEAMANOS MIGUEL. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Hostelería-Cocina, (con una plantilla de casi 200 profesionales) esta inmerso en un proceso de implantación de la norma ISO 9001. Un instrumento fundamental es la puesta en marcha de una base de datos que facilite el registro de incidencias. Para ello es preciso:

- Formación, sensibilización y capacitación del personal de cocina
- El personal de cocina tiene que saber con que medios cuenta y en que consiste la norma ISO 9001, para conseguir un trabajo más óptimo y productivo
- Base de datos para que el personal se implique y anote incidencias para que sean evaluadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento la mayor parte del personal desconoce el manejo de la base de datos, por lo que se dificulta su recogida y sistemática

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Manejar una base de datos, al menos en el apartado de incidencias.  
- Poner en marcha un grupo de evaluación de las incidencias, para su registro y para que se apliquen las posibles soluciones  
- Solucionar las incidencias factibles, para conseguir que el personal vea resultados a su labor y se implique más

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Adaptación de una base de datos de manejo sencillo y accesible al personal.  
- Manejo de hojas de incidencias (para rellenar de forma manual) para el personal que no tenga acceso por motivos laborales, y posteriormente el personal administrativo lo reflejará en la base de datos.  
- Crear grupo de evaluación de incidencias, para proponer acciones correctoras y solucionarlas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Puesta en marcha de la base de datos

- Crear grupo de evaluación.
- Evaluación mensual de que la formación ofrecida, ha servido de manera correcta y efectiva para que el personal se sienta capacitado a la hora de manejar la base de datos.
- Diseño de planes de formación en función de las incidencias detectadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Formación del personal en pequeños grupos, antes de la puesta en marcha de la norma ISO: Mayo-Octubre 2013

- Crear grupo de evaluación de incidencias: Septiembre-Diciembre 2013

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

459

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA CALIDAD DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HEMATOLOGICOS CON RIESGO DE INFECCION FUNGICA INVASORA**

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS GARCIA ZUECO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· VIDAL GARCIA MATXALEN. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· DE RUEDA CILLER BEATRIZ. MIR. H MIGUEL SERVET. HAMATOLOGIA  
· GODOY MOLIAS ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA  
· ROC ALFARO MARIA LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA  
· SANZ GRACIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA  
· GOMEZ AURIA MARIA ANGELES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA  
· FERNANDEZ SIMON REBECA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Aspergilosis Invasiva (AI) es una infección oportunista causada por hongos del género *Aspergillus*, principalmente *Aspergillus fumigatus*, causante de más del 90% de los casos. Su alta prevalencia medioambiental contribuye a su elevado índice de mortalidad en pacientes inmunodeprimidos (superior al 60%) (Dupont et al., 2000; Guinea et al., 2011; Verweij et al., 1996), entre los que se encuentran los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia y aquellos que han sido transplantados. El voriconazol es el antifúngico de elección tanto en la profilaxis como en el tratamiento de la AI.

La sospecha de infección fúngica que clasifica de acuerdo a la clasificación EORTC:

- IFI probada: histocitopatología positiva con hifas o esporas a partir de una biopsia o de una aspiración con aguja, con evidencia de lesión hística asociada o con cultivo microbiológico positivo de una zona estéril con clínica o radiología compatible con infección.
- IFI probable: la suma de, al menos, un criterio relativo al huésped más un criterio micológico más un criterio clínico.
- IFI posible: cuando existen factores del huésped y evidencia clínica de IFI sin criterios micológicos positivos existe, al menos, un criterio relativo al huésped más un criterio microbiológico o un criterio clínico mayor o dos menores.

Una de las formas de detectar precozmente la presencia de infección fúngica invasiva (IFI) por *Aspergillus*, es mediante la determinación seriada de galactomanano en suero. Esta determinación, puede presentar problemas de especificidad ya que, entre otros motivos, varios tipos de antibióticos de la familia de las penicilinas (beta-lactámicos) que habitualmente se utilizan en estos pacientes originan falsos positivos {Bretagne, 1997 #205; Maertens, 2004 #225; Swanink, 1997 #204}.

Los pacientes hematológicos, son pacientes polimedcados, con un estado general crítico y sometidos a largos períodos de aplasia tanto por la enfermedad como por los fármacos recibidos. Se consideran pacientes de alto riesgo a aquellos que van a estar sometidos a >14 días de aplasia, trasplante de progenitores hematopoyéticos, leucemia aguda y tratamiento de inducción en síndrome mielodisplásico (Barberán et al., 2011)

Entre fármacos habitualmente recibido por estos pacientes se encuentra el voriconazol; antifúngico de la familia de los azoles eficaz contra hongos filamentosos que se utiliza como profilaxis en pacientes de alto riesgo de infección fúngica invasiva y como tratamiento en aquellos pacientes con una infección probable.

Voriconazol es un potente inhibidor del citocromo P-450, lo que provoca importantes interacciones medicamentosas con aquellos fármacos metabolizados por esta vía, aumentando sus niveles, pudiendo alcanzarse rangos de toxicidad. Además no es un fármaco inocuo, puede presentar reacciones adversas, especialmente si se excede el rango terapéutico. Entre las reacciones adversas más frecuentes se encuentran las alteraciones gastrointestinales, hepáticas, visuales y neurológicas (alucinaciones) (Mensa et al., 2012).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La creación de una base de datos virtual de acceso desde el servidor del hospital (intranet), que permita la introducción de los datos relacionados con el diagnóstico, pruebas complementarias y tratamiento de los pacientes. Esto permitirá un diagnóstico más específico y precoz, ya que disponer de los datos de tratamiento permite una mejor interpretación de los resultados obtenidos en el laboratorio. La monitorización del tratamiento con voriconazol, que ayudará a disminuir los posibles efectos adversos relacionados con niveles supratrapéuticos del fármaco y permite ajustar la dosis evitando niveles infraterapéuticos en función de los resultados obtenidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de una base de datos virtual accesible a los profesionales del servicio de Hematología y Microbiología. Responsables: Juan Carlos García, Matxalen Vidal, Beatriz de Rueda, Ana Godoy.

- Monitorización de los niveles de voriconazol para asegurar dosis en rango terapéutico y evitar fluctuaciones infra y supratrapéuticas. Responsables: Juan Carlos García, Matxalen Vidal, Beatriz de Rueda y Lourdes Roc.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

459

**MEJORA DE LA CALIDAD DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HEMATOLOGICOS CON RIESGO DE INFECCION FUNGICA INVASORA**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes con datos introducidos en la Base de Datos conjunta=  $(n^{\circ} \text{ pacientes en la BD} / n^{\circ} \text{ total de pacientes susceptibles de AI}) * 100$ . Se espera conseguir > 90%.  
- Porcentaje de pacientes con monitorización de voriconazol=  $(n^{\circ} \text{ pacientes con monitorización de voriconazol} / n^{\circ} \text{ pacientes que reciben voriconazol}) * 100$ . Se espera conseguir >80%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: un año.

? Mayo de 2013: creación de Base de Datos conjunta.

? 1/6/2013 - 31/5/2013: Introducción de datos de forma prospectiva.

? 1/6/2014 - 7/6/2014: Análisis de los datos obtenidos durante el periodo de estudio y evaluación mediante los indicadores arriba establecidos.

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

402

**CONTINUIDAD EN LA ATENCION INTEGRAL DEL BINOMIO PACIENTE CRONICO COMPLEJO-CUIDADOR PRINCIPAL MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEFONICO POST-ALTA HOSPITALARIA**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GAVARA GIMENO

- Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD VALORACION SOCIO SANITARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAVARRO GARCIA PALMIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD VALORACION SOCIO SANITARIA
- HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD VALORACION SOCIO SANITARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la atención al paciente crónico complejo (PCC), se considera necesario establecer una continuidad en el seguimiento post alta hospitalaria del binomio PCC-cuidador principal, para valorar la eficacia del trabajo, evitar consumo innecesario de recursos sanitarios y sociales, reducir o minimizar el riesgo de reingreso hospitalario, desde el punto de vista del abordaje al cuidador principal (detección sobrecarga emocional, grado de estrés, etc).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha llevado a cabo en 30 PCC detectados de forma activa en el S° Neumología desde junio a diciembre de 2012. Los resultados son:

Nº medio de visitas a Urgencias en el último año: 1,13 veces (Rango:0-12 veces)

Nº medio de fármacos: 11,2 (Rango: 8-16)

Seguimiento por EAP tras alta hospitalaria: 21 (médico: 16, enfermera: 3, T. Social: 7)

Asistencia por S° Urgencias: 11 pacientes

Problema con recetas, duda farmacológica: 0 pacientes

Cambio farmacológico tras alta hospitalaria: 12 pacientes

Cumplimiento farmacológico: 25 pacientes

Buen apoyo de cuidador: 20 pacientes

Éxitos en seguimiento: 3 pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Valorar integralmente al PCC ingresado en el S° Neumología del HUMS detectado activamente.

Índice actual: 75%

Objetivo 2013: 85%

2. Identificar al cuidador principal del PCC ingresado en el S° Neumología.

Índice actual: 66%

Objetivo 2013: 75%

3. Valorar sobrecarga y/o patología médica en el cuidador principal del PCC ingresado en el S° Neumología.

Índice actual: 33%

Objetivo 2013: 40%

4. Coordinar la atención integral del binomio PCC-Neumología con el EAP elaborando un informe.

Índice actual: 100%

Objetivo: 100%

5. Controlar evolución postalta del PCC-Neumología y cuidador principal mediante seguimiento telefónico.

Índice actual: No disponible.

Objetivo 2013: 80%.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades y responsables de cada una de ellas:

1. Valoración integral al Paciente Crónico Complejo (PCC) ingresado en el S° Neumología del HUMS detectado activamente.

Responsable: Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS).

2. Identificación del cuidador principal del PCC según definición.

Responsable: Trabajadora Social de la UVSS.

3. Detección de posible sobrecarga del cuidador principal.

Responsable: Trabajadora Social de la UVSS.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

402

**CONTINUIDAD EN LA ATENCION INTEGRAL DEL BINOMIO PACIENTE CRONICO COMPLEJO-CUIDADOR PRINCIPAL MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEFONICO POST-ALTA HOSPITALARIA**

4. Detección de posible patología secundaria al cuidado del PCC.

Responsable: Enfermera/Geriatra.

5. Elaboración de informe con plan de atención integral al binomio PCC/cuidador principal para garantizar la continuidad asistencial.

Responsable: UVSS.

6. Diseño de una encuesta de seguimiento telefónico postalta de los PCC y cuidador principal valorados por UVSS.

Responsable: Enfermera/Trabajadora Social UVSS/Auxiliar Administrativo UVSS.

7. Control de la evolución postalta hospitalaria del PCC-Neumología y cuidador principal mediante seguimiento telefónico.

Responsable: Trabajadora Social UVSS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará valoración integral del PCC-Neumología detectado activamente y se identificará al cuidador principal según definición validada (persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quién padece una enfermedad y también la que le 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), con los objetivos de:

1. Detectar posible sobrecarga y/o patología del cuidador principal secundaria al cuidado del PCC.
2. Mejorar la gestión del binomio PCC/cuidador mediante:

- Comunicación al Equipo de Atención Primaria de la valoración del paciente-cuidador con informe del PCC-Neumología que incluya plan de atención integral del binomio PCC-cuidador principal .
- Seguimiento postalta del PCC y su cuidador principal con el cuestionario elaborado. Se llevará a cabo entre los 7-10 días tras el alta hospitalaria, periodo de mayor riesgo de complicaciones, incidencia de visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios según bibliografía revisada.

Se medirán trimestralmente los indicadores "Pacientes Crónicos Complejos valorados integralmente" y "Seguimiento telefónico postalta de PCC/cuidador", y se evaluarán globalmente todos los indicadores en Enero/14.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: febrero 2013  
Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2013

Calendario:

Actividades 2013

- Valoración integral al PCC: marzo-diciembre 2013.
- Identificación y valoración del cuidador principal del PCC: marzo-diciembre 2013.
- Detección de posible sobrecarga y patología secundaria al cuidado del PCC: marzo-diciembre 2013.
- Elaboración encuesta de seguimiento telefónico postalta del PCC y su cuidador principal: febrero 2013.
- Control telefónico postalta: marzo-diciembre 2013.
- Monitorización del indicador: "Pacientes Crónicos Complejos valorados integralmente" y "Seguimiento telefónico postalta de PCC/cuidador: marzo, agosto, noviembre 2013.
- Evaluación global de indicadores: enero 2014.
- Comunicación resultados: enero 2014.
- Propuesta de mejora: enero 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Paciente Crónico Complejo

OTRA PALABRA CLAVE 2. Cuidador principal

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

**OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA ANESTESICA PREOPERATORIA DE CARA A LA REALIZACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

2. RESPONSABLE ..... JESUS GIL BONA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PASCUAL BELLOSTA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· MARTINEZ UBIETO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· QUESADA GIMENO NATIVIDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· ORTEGA LUCEA SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· ORTEGA ZAYAS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual, la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio se realiza de forma Estándar, independientemente del tipo de intervención quirúrgica a realizar y de las características pre-operatorias (edad, co-morbilidad, riesgo ASA,...) del paciente que va a ser intervenido. Se trataría de elaborar una guía de solicitud de pruebas complementarias: ECG, Rx tórax, bioquímica, hemograma, coagulación. En dependencia de las características individuales de cada paciente. De modo que no a todos los pacientes se les solicitaría toda la "batería" de pruebas sino solo las imprescindibles. Con el consecuente ahorro económico y de Iatrogenia producida en el paciente que se obtendría.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Elaborar una guía de solicitud de pruebas complementarias en el pre-operatorio para pacientes asintomáticos; en función de la edad, el sexo, y las comorbilidades del paciente. Presentación de la misma al servicio de anestesia, y encuesta de aceptación.  
2.- Aplicar la nueva guía en la consulta de valoración pre-anestésica  
3.- Reducir el número de Rx tórax solicitadas pre-operatoriamente  
4.- Reducir el número de Estudios de coagulación solicitados pre-operatoriamente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Diseño y puesta en marcha de una guía de solicitud de pruebas complementarias en el pre-operatorio en función de la edad, el sexo y las comorbilidades del paciente

2. Elaboración y ejecución de una encuesta de satisfacción de la nueva guía entre los componentes del servicio de anestesia (hospital general)

3. Aplicación de la nueva guía en la consulta de valoración pre-anestésica del hospital general.

4. Valorar la reducción en la solicitud de pruebas complementarias (Rx tórax y estudios de coagulación principalmente) conseguida con la aplicación de la nueva guía

5. Fiscalizar la posible existencia de problemas, que de la reducción en la solicitud de pruebas complementarias pre-operatorias, pudiesen derivarse: Retraso en el comienzo o programación de las intervenciones, insatisfacción por parte del equipo quirúrgico....

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En base a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación, realización de una guía para la solicitud de complementarias en el preoperatorio según la edad, el sexo y las comorbilidades de cada paciente.

Presentación y elaboración de una encuesta de satisfacción de la nueva guía entre los componentes de servicio de anestesiología del hospital general. Número de anestesistas a favor de la aplicación de la nueva guía / Total de anestesistas. Satisfactoria si superior al 70%.

Revisión del número de pacientes que se han sometido a la nueva guía en la consulta pre-operatoria de anestesia del hospital general. Número de pacientes sometidos a la nueva guía de solicitud de pruebas complementarias / Total de pacientes valorados en la consulta pre-operatoria. Óptimo si >50%.

Revisión de los preoperatorios, valorando que reducción de pruebas complementarias se ha obtenido con la aplicación de la nueva guía. Número de Rx tórax solicitadas con la aplicación de la nueva guía / Número de Rx tórax solicitadas sin su aplicación y Número de estudios de coagulación solicitados con la aplicación de la nueva guía / N° estudios coagulación solicitados sin su aplicación.

Encuesta de satisfacción entre los anestesistas tras la aplicación de la nueva guía de solicitud de pruebas complementarias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La primera reunión con el servicio de Anestesiología del Hospital Miguel Servet está prevista para Junio de 2012.

Solo si tras las explicaciones oportunas, más del 70% de los Anestesistas expresan su satisfacción con el

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

**OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA ANESTESICA PREOPERATORIA DE CARA A LA REALIZACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

proyecto éste seguirá adelante, de lo contrario aquí acabará el mismo.  
De obtener el beneplácito del servicio, una primera evaluación del cumplimiento de la nueva guía será realizada en Diciembre 2013-Enero 2014. Tras 6 meses de funcionamiento de las nuevas guías.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

112

**EXPORTACION DESDE EL SECTOR II DE LOS PROTOCOLOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES URO-ONCOLOGICOS A LOS SECTORES DE TERUEL Y ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL MARTINEZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
  - BORQUE FERNANDO ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
  - GIL FABRA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
  - YAGUE LEON ALBERTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UROLOGIA
  - ANDRES LAZARO VICENTE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes uro-oncológicos suponen el 60% de los pacientes atendidos en las Consultas Externas Intrahospitalarias de Urología. Son pacientes que requieren largo seguimiento, entre 5 y 10 años, antes de poder darles el alta definitiva. Dado el volumen de estos pacientes, suelen ser varios los profesionales que los atienden, por lo que es imperativo elaborar unos protocolos de seguimiento para disminuir la variabilidad e intentar disminuir el coste de seguimiento evitando visitas y pruebas innecesarias.

Por este motivo la Unidad de Uro-oncología del HUMS del Sector II tiene elaborados dichos protocolos que son permanentemente actualizados. Normalmente el seguimiento se realiza en base a grupos de riesgo de progresión, lo que permite disminuir revisiones en los de menor riesgo.

Los Sectores de Alcañiz y de Teruel nos tienen como Hospital de referencia para tratamiento de patologías complejas (cistectomías, linfadenectomías retroperitoneales, tumores suprarrenales, prostatectomías radicales) que habitualmente después de tratarlas son seguidas en el HUMS. Es nuestra intención facilitar nuestros protocolos de seguimiento actualizados de todos los procesos uro-oncológicos a dichos Sectores para que los pacientes puedan ser seguidos en su lugar de origen y para que puedan aplicarlos también a los pacientes que tratan en sus hospitales, siguiendo en los tres sectores los mismos criterios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los protocolos de seguimiento en los pacientes uro-oncológicos son periódicamente actualizados en la Unidad de Uro-oncología del HUMS. Estos seguimientos en base a grupos de riesgo de progresión permiten disminuir revisiones en consultas y pruebas radiológicas.

Los actualizados en el año 2012 han sido:

1. Seguimiento del cáncer renal tras nefrectomía parcial o radical.
2. Seguimiento del cáncer vesical tras cistectomía radical.
3. Seguimiento del cáncer de próstata en Atención Primaria.

Con el primero se evitan 2 revisiones en los primeros 5 años en bajo riesgo, 3 en los de intermedio y 1 en los de alto. En los siguientes 5 años se evitan 5 revisiones en los de bajo riesgo, dado que son dados de alta, con el consiguiente ahorro económico.

Con el segundo, en los primeros 5 años, se reducen 3 revisiones en los de muy bajo riesgo, 2 en los de riesgo bajo, no cambia en los de riesgo intermedio y hacemos una más en los de alto riesgo. Además se obvia la realización de UIV rutinaria en el seguimiento, con el consiguiente ahorro económico.

Con el tercero, a lo largo de los 10 años de seguimiento de los pacientes, se evitan 7 revisiones en Atención Especializada en los de bajo riesgo, 7 en los de riesgo intermedio y 5 ó 6 en los de alto riesgo, realizándose en Atención Primaria a menor coste y con mayor comodidad para el paciente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir variabilidad intra e intersectores del Salud que tienen al Sº de Urología del HUMS como referencia, con objeto de unificar criterios.

- Facilitar los seguimientos en el lugar de origen del paciente aumentando su satisfacción y comodidad.
- Fomentar la relación en materia de calidad entre los Sectores del Salud.
- Adecuar el seguimiento de los pacientes a su riesgo de progresión.
- Disminuir costes del seguimiento en los tres Sectores.
- Disminuir la presión de consultas sucesivas del HUMS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Contactar con los Servicios de Urología del Sector de Teruel y de Alcañiz, con la propuesta de exportarles nuestros protocolos.

- Agrupar todos los protocolos de seguimiento de los tumores urológicos en una carpeta informática, que se remitirá a los responsables del proyecto en Teruel (Dr. Alberto Yagüe) y en Alcañiz (Dr. Vicente Andrés), en formato digital. Los remitirá el responsable del proyecto en el HUMS (Dr Pedro Gil Martínez).

- Los reponsables del proyecto de los Sectores de Teruel y Alcañiz realizarán la difusión de los protocolos al resto de los componentes de su Sº con el objetivo de conseguir disminuir la variabilidad.

- Permanente comunicación con dichos responsables por las dudas o problemas que pudieran surgir en la aplicación de dichos protocolos.

- Las actualizaciones que se realicen en el HUMS serán remitidas al Sector de Teruel y de Alcañiz de forma inmediata, para su valoración y posterior aplicación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de protocolos de seguimiento exportados desde la Unidad de Uro-oncología del HUMS a los sectores de Teruel y Alcañiz/ Nº total de protocolos de seguimiento que tiene realizados la Unidad de Uro-oncología del HUMSx100

- Nº de protocolos aplicados en el Sector de Teruel/Nº total de protocolos importados por el Sector de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

112

## 1. TÍTULO

**EXPORTACION DESDE EL SECTOR II DE LOS PROTOCOLOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES URO-ONCOLOGICOS A LOS SECTORES DE TERUEL Y ALCAÑIZ**

Teruelx100

- N° de protocolos aplicados en el Sector de Alcañiz/N° total de protocolos importados por el Sector de Alcañizx100
- N° urólogos del Sector de Teruel satisfechos con la aplicación de los protocolos/ N° total de urólogos del Sector de Teruel x100
- N° urólogos del Sector de Alcañiz satisfechos con la aplicación de los protocolos/ N° total de urólogos del Sector de Alcañiz x100.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mes de Octubre de 2012 se contactó con el Dr. Yagüe León (H. Obispo Polanco de Teruel) para informarle del Proyecto y a primeros de 2013 se le han remitido los protocolos de seguimiento para su valoración. Se ha iniciado la aplicación preliminar en dicho Sector.
- Mes de Febrero de 2013 se contactó con el Dr. Andrés Lázaro (H. Alcañiz) para informarle del Proyecto y en Abril de 2013 se le remitirán los protocolos de seguimiento para su valoración.
  - En Junio de 2013 se remitirá a los Sectores de Teruel y Alcañiz la actualización del Proceso de Ca. de Próstata que se va a llevar a cabo en Mayo del 2013.
  - La aplicación de los protocolos que consideren en los Sectores de Teruel y Alcañiz será realizada tras su difusión por parte del responsable al resto del S°.
  - Se realizará semestralmente valoración de la adhesión de los urólogos de Alcañiz y Teruel a los protocolos importados del HUMS.
  - Se realizará encuesta de satisfacción de los urólogos de los Sectores de Teruel y Alcañiz con nuestros protocolos de seguimiento

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. disminuir variabilidad entre Sectores

OTRA PALABRA CLAVE 2. Disminuir coste de seguimiento

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

041

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION ESPECIALIZADA A ATENCION PRIMARIA DEL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA TRATADO PARA SEGUIMIENTO**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GIL SANZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- BORQUE FERNANDO ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- OTEGUI ILARDUYA LUIS. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- ALCÁINE SANCHEZ MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- GIL FABRA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- RIOJA ZUAZU JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de próstata ocupa el primer lugar de incidencia de cáncer en el varón en Aragón , con una tasa ajustada (TA) a la población europea de 84,6/100.000 h (1), (por encima de la media española 70,75/100.000 h)(2), representando el 22% de los tumores en varones. La evolución de las tasas de incidencia en Zaragoza, manifiestan una pronunciada tendencia ascendente desde 1981, siendo la provincia aragonesa con mayor incidencia (TA 92,2)(1). Las tasas específicas de incidencia por edad comienzan a ascender a partir de 45-49 años y lo hacen drásticamente desde los 50 a 70 años. El 85% se diagnostican por encima de los 65 años (2). La pirámide poblacional de Aragón y del Sector II en particular muestra un alto índice de envejecimiento y de sobreenvejecimiento, mayor que la media de España (3). El 88,45% se diagnostican en estadios localizados (2) y en nuestro medio son tratados con prostatectomía radical, radioterapia o braquiterapia con elevada supervivencia global, lo que genera un gran número de pacientes para seguimiento post-tratamiento, que debe ser de 10 años. En nuestro Sector II, el cáncer de próstata supone, sólo en el Servicio de Urología del HUMS, el mayor volumen de consultas externas 33,69% del total y 57% de las uro-oncológicas. La atención integral del paciente ha mejorado con la implantación del Proceso de cáncer de próstata, pero surge la necesidad de limitar el número de pacientes en seguimiento y libres de recidiva en el HUMS para evitar la saturación de dichas consultas y no aumentar la demora en la atención a los pacientes con reciente diagnóstico y necesidad de tratamiento precoz. Es por ello que se ha elaborado, con el consenso de Urología, Oncología Radioterápica y Atención Primaria, un Protocolo de Derivación a Atención Primaria para seguimiento del paciente con cáncer de próstata tratado con intención curativa, de acuerdo con su riesgo de progresión. El hecho de que la recidiva clínica tras este tratamiento sea predecible fácilmente mediante una simple determinación analítica (PSA), y que el ascenso de éste anteceda largamente en el tiempo a la aparición de metástasis permite que éste seguimiento sea realizado en Atención Primaria, y ante el eventual ascenso del PSA el paciente sea remitido nuevamente a Atención Especializada para su tratamiento específico. El objetivo principal es mejorar la calidad y la eficiencia en la asistencia médica, maximizando la coordinación entre niveles asistenciales y disminuyendo el coste del seguimiento.

1. Incidencia cáncer en Aragón. [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13\\_Salud Publica/INCIDENCIA%20CANCER%20ARAGON%202001\\_2005\\_marzo2011.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_Salud Publica/INCIDENCIA%20CANCER%20ARAGON%202001_2005_marzo2011.pdf).

2. Cózar JM, et al. Registro nacional de cáncer de próstata 2010 en España. Actas Urol Esp. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2012.06.006>.

3. IAEST. Instituto Aragonés de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero 2011.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

041

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION ESPECIALIZADA A ATENCION PRIMARIA DEL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA TRATADO PARA SEGUIMIENTO**

- Interrelación con Atención Primaria.  
- Evitar duplicidades de determinación de PSA entre Especializada y Primaria.  
- Disminución del coste sanitario. Dado que hemos derivado 216 pacientes a At. Primaria en 8 meses, serán potencialmente 324 ptes/año que conllevará un ahorro anual de 11.553,84 € al HUMS (Tarificación SALUD 2012(1): consultas sucesiva en At Especializada 81€, en At. Primaria 45,34€). En sólo este grupo de pacientes, si planteamos su coste a los diez años de seguimiento y estratificando por grupo de riesgo, vamos a evitar 1.464 consultas en At Especializada (118.584€) que se realizarán en At Primaria (66.377,76€), con lo que se produce un ahorro global de hasta 52.206 € en el seguimiento de 10 años de estos 324 pacientes teóricos dados de alta en el primer año de la puesta en marcha del Protocolo.

1. Tarificación SALUD 2012. <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=6868105815> 15.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Clasificar a los pacientes según el riesgo de progresión (bajo, medio, alto y muy alto).

- Definir y reflejar en la Hª Clínica el momento en el que el paciente puede ser derivado a Atención Primaria según su riesgo.  
- Definir al paciente de muy alto riesgo de progresión para no ser derivado a Atención Primaria.  
- Facilitar la comunicación con Atención Primaria mediante un número telefónico y la creación de un correo electrónico para resolver inmediatamente con Atención Especializada dudas o incidencias.  
- Informe final del Proceso detallado que se entrega o se envía a domicilio del paciente en el momento de alta a Atención Primaria. Duplicado para paciente y médico de At Primaria.  
- Dejar la Agenda de Consulta de Uro-oncología del HUMS abierta para que Atención Primaria pueda citar al paciente que sufriera progresión bioquímica en una semana (2 huecos /miércoles).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº pacientes vistos en Consulta de Proceso de cáncer de próstata en At Especializada del HUMS.

- Nº pacientes dados de alta definitiva de la Consulta de Proceso de At Especializada del HUMS.  
- Nº pacientes dados de alta a Atención Primaria para seguimiento desde la Consulta de Proceso de At Especializada del HUMS.  
- Nº pacientes remitidos desde Atención Primaria a la Consulta de Proceso de At Especializada del HUMS por progresión bioquímica.  
- Número de Reclamaciones.  
- Ahorro del coste estimado anual generado por el Protocolo.  
Todos los indicadores serán evaluados semestralmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Proyecto está en la fase preliminar de implantación (todavía no lleva 1 año. Se consolidará su implantación durante 2013.  
Se aplica ya a todos los pacientes que cumplen los criterios de derivación a Atención Primaria.  
Su duración será permanente e indefinida.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

241

## 1. TÍTULO

**PROMOVER EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN TÉCNICO-CIENTÍFICA, OBJETIVA, ACTUALIZADA OPORTUNA Y PERTINENTE DEBIDAMENTE PROCESADA Y EVALUADA**

2. RESPONSABLE ..... VICENTE GIMENO BALLESTER
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ BARAZA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- PASCUAL MARTINEZ OIHANA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- NAVARRO AZNAREZ HERMINIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Información de medicamentos (IM) cada vez con más frecuencia es solicitada en base a la situación clínica de un paciente concreto y como parte integrada dentro de los programas de Atención Farmacéutica, de forma que el objetivo general de mejorar el cuidado del paciente y sus resultados en términos de salud, se convierte también en objetivo de esta actividad.

La IM, desarrollada tradicionalmente por los servicios de Farmacia Hospitalaria, ha adquirido una entidad propia en la estructura y funcionamiento de los mismos, materializándose en el Centro de Información de Medicamentos (CIM). Los informes del CIM hospitalario son muy importantes para asegurar que las actividades y decisiones de estas comisiones estén basadas en la evidencia científica conseguida través de los sistemas de información de medicamentos más actuales y eficaces.

La evaluación y selección de medicamentos constituye una de las herramientas principales de la política de medicamentos en los centros hospitalarios. Las novedades terapéuticas de interés son estudiadas para determinar si deben incluirse en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del centro. La toma de decisiones se lleva a cabo en el ámbito de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica (CFyT), operativas desde hace muchos años en la práctica totalidad de la red hospitalaria española.

Los servicios de farmacia de los hospitales promueven y participan en la implantación y en el desarrollo de los procesos de selección de medicamentos. Sus actividades se centran en la gestión del conocimiento enfocado en las áreas de búsqueda de información, evaluación crítica de la literatura, análisis comparativo de alternativas terapéuticas, evaluación de la seguridad y farmacoeconomía. Para realizar estas funciones los servicios de farmacia de los hospitales han desarrollado sistemas y procedimientos de evaluación y selección.

En los últimos años, además de incrementar el rigor científico y metodológico, también ha aumentado la complejidad, ya que la selección no se limita a decidir sobre la incorporación del nuevo medicamento en un formulario, sino también a definir su posicionamiento terapéutico y a garantizar su empleo en la indicación clínica y condiciones de uso apropiadas. La incorporación en el proceso de selección de los criterios de economía de la salud en la priorización de indicaciones y en la definición del lugar en terapéutica del nuevo fármaco, tiene una relación directa con el uso eficiente de los recursos disponibles.

En cuanto al ámbito de selección, debe tenerse en cuenta que, actualmente, existe una intensa relación e integración entre la atención especializada y la atención primaria, lo que se traduce en actividades de selección de medicamentos y edición de Guías Farmacoterapéuticas (GFTs) que engloban ambos ámbitos.

Por último, la selección de medicamentos tiene gran importancia para conseguir que el uso de medicamentos se realice con las mayores garantías de seguridad para el paciente y evitar errores de medicación. En primer lugar, por el mismo hecho de que la selección limita el número de medicamentos y facilita su manejo y empleo correcto. En segundo lugar porque incorpora en el proceso de selección criterios de seguridad y sistemas de detección y prevención de riesgos.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se trata de una línea de mejora nueva

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- 1.- Creación de una Base de Datos de las consultas atendidas
  - 2.- Creación de un entorno web con las principales fuentes de información disponibles en internet
  - 3.- Agilizar la realización de informes para la Comisión Evaluadora de Medicamentos de Aragón
  - 4.- Ofrecer información ágil a los profesionales sobre temas específicos relacionados con el uso de medicamentos en un paciente en particular
  - 5.- Proporcionar asesoramiento técnico en las consultas sobre:
    - Medicamentos extranjeros.
    - Medicamentos de uso compasivo.
  - 6.- Elaboración de informes farmacoeconómicos como apoyo en la toma de decisiones
  - 7.- Optimizar la gestión de fármacos fuera de indicación. Informatizar proceso de gestión FFT y compasivo
  - 8.- Participar en programas de educación continuada en farmacoterapia dirigida a profesionales de la salud

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Creación de una base de datos de consultas
  2. Creación de área individualizada para el hospital en Netvibes
  3. Realización de informes para la Comisión Evaluadora de Medicamentos de Aragón
  4. Elaboración de informes técnicos y económicos sobre selección de medicamentos
  5. Adecuación de los datos farmacoeconómicos de la literatura a la situación específica del hospital.
  6. Realización de búsquedas bibliográficas

## 1. TÍTULO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

241

**PROMOVER EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN TÉCNICO-CIENTÍFICA, OBJETIVA, ACTUALIZADA OPORTUNA Y PERTINENTE DEBIDAMENTE PROCESADA Y EVALUADA**

7. Evaluación de la literatura científica que se recibe en el centro de información.
8. Búsqueda de información necesaria para resolver las consultas relacionadas con el uso de los medicamentos en los pacientes, proporcionando una información objetiva, evaluada y en un plazo de tiempo idóneo.
9. Formar al personal sanitario del hospital.
10. Actualización de la Guía Farmacoterapéutica del Centro
11. El establecimiento de las normas de utilización de los medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica .
12. Puesta en marcha del programa para la gestión de fármacos FFT

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación de una Base de Datos de las consultas atendidas: REALIZACIÓN

Creación de un entorno web con las principales fuentes de información disponibles en Internet: REALIZACIÓN

Agilizar la realización de informes para la Comisión Evaluadora de Medicamentos de Aragón. TIEMPO MEDIO PARA LA ELABORACIÓN =1 mes (Se multiplicará en función del nº de informes)

Ofrecer información ágil a los profesionales sobre temas específicos relacionados con el uso de medicamentos en un paciente en particular. TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA: 24 HORAS

Proporcionar asesoramiento técnico en las consultas sobre: Medicamentos extranjeros y Medicamentos de uso compasivo. TIEMPO DE RESPUESTA < 7 DIAS

Elaboración de informes farmacoeconómicos como apoyo en la toma de decisiones: TIEMPO DE ELABORACIÓN: < 15 DIAS

Optimizar la gestión de fármacos fuera de indicación. Informatizar proceso de gestión fármacos fuera de indicación y uso compasivo. Puesta en marcha del programa  
% de peticiones informatizadas: Realización >50% (2º semestre)

Participar en programas de educación continuada en farmacoterapia dirigida a profesionales de la salud. Reuniones formativas/ sesiones/cursos: 5

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación de la base de datos de consultas atendidas: MARZO- JUNIO  
Creación de un entorno web con las principales fuentes de información disponibles en internet. FEBRERO - ABRIL  
Participar en programas de educación continuada en farmacoterapia dirigida a profesionales de la salud. MARZO, MAYO-JUNIO, OCTUBRE-NOVIEMBRE  
Medida de indicadores: MENSUAL  
Actualización de la GUIA FARMACOTERAPÉUTICA: MENSUAL  
Analizar los tiempos de espera: MENSUAL  
Puesta en marcha del programa FFT y uso compasivo: ENE-DICIEMBRE

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. INFORMACIÓN

OTRA PALABRA CLAVE 2. MEDICAMENTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

176

**ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LEUCEMIA LINFOIDE CRONICA (LLC) EN ESTADIO I-II/A CONTROLADOS POR ENTREVISTAS TELEFONICAS MENSUALES EN BUSCA DE CAMBIOS CLINICOS SIGNIFICATIVOS**

2. RESPONSABLE ..... PILAR GIRALDO CASTELLANO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SORO ALCUBIERRE GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
  - GRASA ULRICH JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
  - RUBIO MARINEZ ARACELI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
  - CABALLERO NAVARRO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
  - ROYO MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE INVESTIGACION TRASLACIONAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Leucemia Linfática Crónica (LLC) es una neoplasia hematológica frecuente en población envejecida, la mediana de edad al diagnóstico está en 64 años, con una esperanza de vida de al menos 10 años. La prevalencia estimada es de 3 por 10.000 habitantes, con incidencia de 0,46 por 10.000 habitantes/año. Es la variedad más frecuente de leucemia en el adulto en los países occidentales. En la mayoría de los casos el curso de la enfermedad es lento con periodos prolongados de estabilidad, hay gran cantidad de estudios que comparan las diferentes opciones de tratamiento o que evalúan las comorbilidades y su influencia en la progresión de la enfermedad ya que afecta a pacientes que por edad suelen tener otras comorbilidades como HTA, DM, IC o IRC. Recientemente se han publicado algunos estudios que evalúan el coste sanitario que provoca la atención a estos pacientes. Uno de los más recientes realizado en Alemania analiza el peso que supone la enfermedad desde el punto de vista económico sanitario y social utilizando una muestra de 4198 pacientes diagnosticados de LLC. Los autores han calculado los costes atribuidos a la enfermedad (LLC) definidos como la diferencia entre el coste de un paciente con LLC y el coste promedio individual de un sujeto con la misma edad y sexo. Analizan también las diferencias de coste en distintas categorías e indicadores de utilización de servicios sanitarios mediante un modelo de regresión.

Los costes médicos directos incluyen la atención en consulta externa y, productos farmacéuticos, cuidados de enfermería en el domicilio, servicios de personal no médico y de rehabilitación. Los directos no médicos gastos de viaje, baja por enfermedad y el coste del transporte de los pacientes con ambulancia (Blanckart C et al Orphanet J Rare Dis 2013). En otro estudio realizado en Canada se han estimado los costes promedio de vida de los pacientes con LLC en relación con pacientes similares sin cáncer. Cada paciente con CLL se estimaba un coste de hasta tres pacientes sin cáncer basado el análisis en el año de nacimiento, el género, la raza y el estado. Se analizaron 7463 pacientes con LLC y 22 331 controles pareados (edad media: 76 años; proporción de mujeres: 49%). El seguimiento medio fue de 39,4 meses para los pacientes con LLC y 45,9 meses para los controles. (Lafeuille MH et al. Leuk Lymphoma. 2012). Estas evidencias y los resultados presentados en el último Congreso Europeo de Hematología por un grupo del Reino Unido con un programa piloto de monitorización telefónica mediante encuesta de pacientes con LLC en estadios iniciales y con enfermedad estable que demuestra seguridad y eficacia para el paciente, reduciendo costes sanitarios (Parry-Jones N et al Abstract 17th Congress European Haematology Association).

Hemos planteado un estudio piloto bajo la siguiente hipótesis: Hipótesis: El número de consultas físicas sucesivas de Atención Especializada en Hematología puede reducirse sustituyendo las visitas semestrales de los pacientes LLC estadios 0- I-II/A estables, por entrevistas telefónicas mediante encuesta consensuada realizada cada dos meses con enfermera especializada, en busca de cambios clínicos significativos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos del estudio son:

- 1.-Analizar las ventajas/inconvenientes de introducir un programa de entrevistas telefónicas cada dos meses con una enfermera con experiencia en Hematología, en busca de cambios clínicos significativos que permitan evitar desplazamientos al centro hospitalario en personas que padecen una Leucemia Linfática Crónica en estadio inicial y de características estables.
- 2.- Analizar y comparar costes directos e indirectos en la atención especializada y grado de confianza y seguridad en el sistema por parte del paciente y de los médicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Selección de los pacientes diagnosticados de LLC en las consultas externas de Hematología que cumplan criterios de estadio 0-I ó II A estables como mínimo durante 1 año de seguimiento. Propuesta a los pacientes y firma de consentimiento informado.

Elaboración de una base de datos para programar las encuestas telefónicas y recoger los resultados.

Encuesta elaborada por el equipo para realizar periódicamente cada dos meses durante un periodo de seis meses, interrogando por datos clínicos relacionados con la enfermedad hematológica y calidad de vida. En caso de que los datos clínicos o los cambios analíticos lo indiquen el paciente se programará cita en la consulta correspondiente para su evaluación.

Al finalizar el estudio piloto se pasará una encuesta de satisfacción a los pacientes haciéndola coincidir con la última llamada telefónica y a los profesionales participantes.

El análisis de costes será evaluado en función de los baremos establecidos en cuanto a costes directos e indirectos.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

176

**ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LEUCEMIA LINFOIDE CRONICA (LLC) EN ESTADIO I-II/A CONTROLADOS POR ENTREVISTAS TELEFONICAS MENSUALES EN BUSCA DE CAMBIOS CLINICOS SIGNIFICATIVOS**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes que aceptan participar en el estudio.  
Número de pacientes que precisan ser derivados de nuevo a las consultas correspondientes.  
Resultados de la encuesta de satisfacción.  
Resultados del análisis de costes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del estudio el día 1 de febrero 2013 con la elaboración de las encuestas consentimiento informado, elaboración de los documentos a enviar al Comité de estudios clínicos.  
Selección de los pacientes  
Inicio de las entrevistas telefónicas a partir del día 1 de mayo 2013 hasta 30 noviembre de 2013.  
Análisis de resultados e indicadores. Elaboración de abstracts para los congresos de calidad asistencial y los congresos de la especialidad

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. LLC, comorbilidades, ancianos frágiles,  
OTRA PALABRA CLAVE 2. encuesta telefónica

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

412

**MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE EL REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS****2. RESPONSABLE** ..... VIRGINIA GOMEZ BARRENA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- LATORRE IZQUIERDO ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- BENITO RUIZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- CAMPOS CALLEJA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- ORDEN RUEDA CLAUDIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- PEREZ DELGADO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- BOSQUE GRACIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** En la actividad diaria de la unidad de urgencias de Pediatría se detectan situaciones de mejora en la seguridad del paciente fundamentalmente en 3 aspectos:

- la identificación del paciente y/o sus muestras biológicas
- los errores en la prescripción/administración de fármacos
- los traumatismos en el área de urgencias

En la actualidad no existe un sistema de registro general para todo este tipo de problemas, si exceptuamos la hoja de notificación anónima de errores en la dosificación de fármacos que se envía voluntariamente al servicio de Farmacia (disponible en la intranet del sector).

En otros hospitales del mismo nivel, que tienen un sistema de registro informático de acontecimientos adversos, se ha detectado que entre un 15 y un 20% del total de ellos se producen en la unidad de urgencias de Pediatría. Para disminuir la incidencia de los mismos es necesario en primer lugar conocer la situación de la que partimos mediante la cumplimentación de un registro de dichos acontecimientos.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** En primer lugar, fomentar entre el personal que trabaja en la unidad la necesidad de rellenar un registro de todos los acontecimientos adversos acaecidos en la misma  
En segundo lugar, elaborar un sistema de registro fácilmente accesible para todos los miembros de la unidad durante las 24h

Finalmente evaluar el registro obtenido e identificar las oportunidades de mejora en la seguridad del paciente al cabo de varios meses de su utilización

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** - Medidas previstas: Elaboración de un sistema de registro con 3 apartados básicos: identificación, medicamentos y traumatismos

Procedimiento:

- Informar a todos los miembros de la plantilla de la unidad (tanto enfermeros como médicos residentes y de urgencias) sobre la existencia de este nuevo registro y la conveniencia de anotar los problemas detectados
- Designar responsable a dos miembros voluntarios de la plantilla fija (médico y enfermera) que reciban diariamente las notificaciones y comprueben si todos los datos se encuentran correctamente registrados

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Los indicadores a utilizar serán:

- Nº de episodios registrados de errores en la prescripción de un medicamento o a un paciente/total de pacientes atendidos x 100
- Nº de episodios registrados de errores en la administración de un medicamento a un paciente/total de pacientes atendidos x 100
- Nº de episodios registrados de errores en la identificación de muestras obtenidas y enviadas al laboratorio/total de pacientes atendidos x 100
- Nº de episodios registrados de errores en la cumplimentación de la historia clínica por un error en la identificación del paciente/nº total de pacientes atendidos x 100
- Nº de traumatismos ocurridos en el interior de la unidad (caídas)/nº total de pacientes atendidos x 100

La monitorización de los mismos se hará mensualmente, valorando las diferencias según la época del año, día de la semana y hora a la que se producen los acontecimientos.

Reunión con la plantilla implicada en el acontecimiento adverso en los siguientes días

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Inicio:

- Elaboración del sistema de registro: abril-mayo 2013
- Notificación a la plantilla: mayo-junio 2013
- Comienzo de cumplimentación de los registros, periodo de prueba: julio y agosto 2013
- Implantación completa: septiembre 2013
- 1ª evaluación: diciembre 2013

Durante el primer año de funcionamiento se evaluará la notificación de los acontecimientos para implementar medidas que mejoren la seguridad del paciente lo antes posible.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

412

**MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE EL REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS**

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la seguridad del paciente

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)****2. RESPONSABLE** ..... IGNACIO GONZALEZ ALMARCEGUI

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- RUIZ FRONTERA PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- MORA RANGIL PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- VAL JORDAN ESTELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- GARRIDO LOPEZ RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- BARCELO CASTELLO MIREIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- VICENTE GORDO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Con los avances en el manejo del paciente crítico, se ha aumentado la efectividad de la medicina actual, pero por otro lado, también se ha conseguido que sea más compleja y peligrosa, pudiendo incluso en ocasiones, estar comprometida la seguridad del paciente. Por todo esto, resulta imprescindible una evaluación de nuestros resultados. Es necesario disponer en la UCI de una información fiable que nos permita evaluar los procesos que se llevan a cabo y así poder monitorizar el grado de adecuación de nuestra asistencia médica al enfermo crítico.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) elaboró en 2005, la primera versión del proyecto "Indicadores de calidad del enfermo crítico", que fue actualizada en 2011. Dentro de los 120 indicadores de calidad elaborados, se seleccionaron algunos por considerarlos más importantes en relación con los siguientes aspectos: número de pacientes afectados, riesgo de la actividad para el paciente, actividades identificadas como problemáticas, indicadores de determinadas patologías por su relevancia o incidencia (aunque no siempre sean atendidas en una UCI), o aquellos en los que su cumplimiento está todavía lejos de los estándares. Finalmente se destacaron 20 indicadores de recomendable cumplimiento, considerados básicos o relevantes y aplicables en cualquier UCI, independientemente de la complejidad del hospital y de la patología atendida.

En este proyecto, se propone la incorporación de estos indicadores básicos o relevantes a nuestra práctica habitual, teniendo en cuenta las características propias de nuestro entorno.

**Bibliografía**

Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2011. SEMICYUC.  
<http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1. Conocer el grado de adecuación de la atención al paciente crítico en la UCI.

2. Cumplir los indicadores básicos o relevantes según los estándares.

3. Elaboración de un protocolo de monitorización de los indicadores de calidad básicos o relevantes en la UCI.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Coordinación: Ignacio González Almárcegui.

Análisis de resultados, elaboración del sistema de monitorización, responsables de medición de indicadores y formación: Pablo Ruiz de Gopegui Miguelena, Pablo Ruiz Frontera, Patricia Mora Rangil, Estela Val Jordan, Raquel Garrido López, Mireia Barceló Castelló, M<sup>a</sup> Dolores Vicente Gordo.

**Actividades:**

1. Mediciones de los indicadores: Se realizarán, de la totalidad de la población durante el período de estudio, o bien por muestras aleatorias, siguiendo las recomendaciones de la SEMICYUC para los diferentes indicadores. A la hora de escoger una muestra aleatoria, se seleccionarán casos al azar o días muestrales, en los que se incluirán todos los casos en ese día, debiendo estar representados todos los días de la semana.

2. Estudio de indicadores problemáticos de inicio: Se buscarán las causas de los problemas y se comunicará en sesión clínica de la UCI para elaborar medidas.

3. Aplicación de medidas para indicadores problemáticos: Previa información al personal mediante boletines informativos o si fuera necesario, a través de jornadas de formación del personal. Tras un período de implantación de estas medidas, se iniciará la medición de los indicadores implicados.

4. Análisis de resultados: Una vez obtenidas las mediciones, podremos compararlas con los estándares establecidos (o niveles deseados de cumplimiento) y con los resultados de las mediciones sucesivas. Realizado por el equipo de mejora y a través de comunicación en sesión clínica de la UCI. Además, se valorará la modificación de algunos aspectos de los indicadores. Se señalarán los resultados positivos y se valorarán las

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

## 1. TÍTULO

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

posibles causas de resultados negativos. Se estudiarán medidas y su aplicación.

5. Aplicación de las medidas: Tras un período de implantación de estas medidas, se reiniciará la medición de los indicadores implicados, para observar si se ha conseguido el objetivo.

6. Elaboración de un sistema de monitorización de los indicadores: Se realizará un esquema inicial que se revisará semestralmente, emitiendo el definitivo con la finalización del proyecto.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN LA PARADA CARDÍACA (PC)**

La hipotermia moderada inducida tras la PC en enfermos que persisten en coma tras recuperación de la circulación ha demostrado mejorar el pronóstico neurológico y disminuir la mortalidad (grado recomendación I, nivel evidencia A). Se reconoce un menor nivel de evidencia para su empleo tras PC por ritmo no-desfibrilable.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de enfermos con PC y criterios de inclusión a los que se realiza hipotermia terapéutica}}{\text{nº de pacientes con PC y criterios de inclusión}} \times 100$$

Estándar: 90%.

Hipotermia terapéutica: Instauración de hipotermia moderada ( $33 \pm 1^\circ \text{C}$ ) y precoz (primeras 4 horas desde la parada).

Criterio de inclusión: Persistencia de coma tras recuperación de la circulación. Se incluyen tanto los ritmos desfibrilables como los no-desfibrilables.

Población: Todos los enfermos con PC con criterios de inclusión dados de alta de la UCI durante el período de estudio.

Criterios de exclusión: Shock cardiogénico, arritmias malignas, embarazo, coagulopatía, limitación de tratamiento de soporte vital.

**2. POSICIÓN SEMIINCORPORADA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA (VM) INVASIVA**

La posición semiincorporada disminuye la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de días en VM invasiva y posición igual o superior a } 30^\circ}{\text{nº de días de VM invasiva}} \times 100$$

Estándar: 97%.

Posición semiincorporada: Aquella que mantiene un ángulo igual o superior a 30 grados

Población: Todos los enfermos con VM invasiva, durante el período revisado.

Criterio de exclusión: Enfermos ventilados en decúbito prono y contraindicaciones clínicas.

Se aconseja la medición de este indicador a través de días muestrales.

**3. INSTAURACIÓN PRECOZ DE VENTILACIÓN (VM) NO INVASIVA, EN LA AGUDIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)**

La utilización de la VM no invasiva en la agudización de la EPOC ha demostrado reducir la mortalidad, la estancia hospitalaria, la necesidad de intubación orotraqueal y aumenta el éxito del tratamiento.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de enfermos con diagnóstico de agudización de la EPOC y tratados con VM no invasiva precoz}}{\text{nº de enfermos con diagnóstico de agudización de la EPOC dados de alta de la UCI}} \times 100$$

Estándar: 95%.

VM no invasiva precoz: Es la instaurada durante las 2 primeras horas del ingreso.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

Población: Todos los enfermos con diagnóstico de EPOC agudizada dados de alta de la UCI, durante el período de revisión.

Criterios de exclusión: Contraindicación para la VM no invasiva, presencia de coma (GSC =8), intolerancia a la técnica, presencia de lesiones faciales que contraindican la colocación de mascarilla.

## 4. VENTILACIÓN PULMONAR PROTECTORA EN LA LESIÓN PULMONAR AGUDA (LPA)/SÍNDROME DEL DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)

El SDRA y la LPA se complican adicionalmente por la lesión de los pulmones inducida por la asistencia respiratoria. Las estrategias de ventilación para la protección del pulmón pueden tener como resultado una mejor supervivencia.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de enfermos con LPA/SDRA y ventilación pulmonar protectora}}{\text{nº de enfermos con LPA/SDRA en VM}} \times 100$$

Estándar: 95%.

Lesión Aguda Pulmonar: Lesión pulmonar que se acompaña de la relación entre PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> < 300 independientemente de la PEEP y que cumple los criterios de la Conferencia de Consenso (Bernard GR et al. The American-European Consensus Conference on ADRS. Definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. Am J Respir Crit Care Med 1994;149:818-24).

Ventilación Pulmonar Protectora: Ventilación con Vt < 8 ml/kg (peso ideal) y Presión Plateau < 30 cm H<sub>2</sub>O.

Población: Enfermos con LPA/SDRA en VM invasiva > 24 h en la UCI durante el período

## 5. INICIO PRECOZ DE ANTIBIOTERAPIA EN LA SEPSIS GRAVE

La administración precoz de antibióticos mejora el pronóstico de la sepsis grave. Las guías de práctica clínica recomiendan la administración de antibiótico en la primera hora del diagnóstico de la sepsis (Grado E de recomendación).

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de enfermos con sepsis grave y administración precoz de antibiótico}}{\text{nº de enfermos con sepsis grave}} \times 100$$

Estándar: 100%.

Sepsis grave: Definida según los criterios estandarizados (Levy MM et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Med 2003;29(4):530-8).

Administración precoz: Intervalo entre la identificación de sepsis grave (en cualquier lugar donde sea diagnosticada: UCI, planta o urgencias) y la administración de antibióticos inferior a una hora.

Población: Todos los enfermos con sepsis grave dados de alta, en la UCI durante el período de estudio.

## 6. NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ

El inicio precoz (en las primeras 24-48 horas) de la nutrición enteral (NE) se ha relacionado con una reducción de las complicaciones infecciosas y de la mortalidad en enfermos críticos.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de enfermos con NE e inicio precoz}}{\text{nº de enfermos con NE}} \times 100$$

Estándar: 100%.

Inicio precoz: Inicio de la NE en las primeras 24 horas de ingreso en la UCI.

Indicación de Nutrición enteral: todos los enfermos en los que no sea posible una dieta oral completa y no exista contraindicación para nutrición enteral.

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

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

Población: Todos los enfermos dados de alta de la UCI durante el periodo revisado y que hayan recibido nutrición enteral durante su estancia en la UCI.

**7. DONANTES REALES**

La UCI constituye el primer eslabón para conseguir el mayor número posible de órganos.

Fórmula :

$$\frac{\text{nº de donantes reales}}{\text{nº de muertes encefálicas en la UCI}} \times 100$$

Estándar: 60%.

Donante real: Donante que se traslada a quirófano para la extracción de órganos (aunque ningún órgano sea posteriormente trasplantado).

Donante potencial: Sujetos diagnosticados de muerte encefálica que no tengan contraindicación absoluta para la donación.

Muerte encefálica: Situación clínica caracterizada por el cese completo e irreversible de las funciones encefálicas, tanto del tronco del encéfalo como de ambos hemisferios cerebrales.

Los donantes reales contemplan las pérdidas por: Contraindicación clínica, negativa familiar o judicial, problemas durante el mantenimiento del donante.

Población: Todas las muertes encefálicas durante el período de estudio.

**8. LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV)**

El objetivo de la LTSV es evitar el encarnizamiento terapéutico. La LTSV se establece en un porcentaje importante de enfermos en la UCI. La decisión de LTSV nunca debe tomarse de forma individual (salvo circunstancias excepcionales), sino que deberá cumplir unos requisitos imprescindibles, tanto científicos como de consenso.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de indicaciones de LTSV que cumplen los requisitos}}{\text{nº de indicaciones de LTSV totales}} \times 100$$

Estándar: 100%.

Se considerará como LTSV, tanto la retirada de medidas terapéuticas como el no iniciarlas.

Se consideran requisitos para la indicación los cuatro siguientes:

1. Fundarse en la mejor evidencia científica disponible.
2. Tener en cuenta la voluntad del enfermo, así como la existencia de "instrucciones previas".
3. Tomarse por consenso del equipo asistencial.
4. Informar y consultar a los familiares.

En la documentación clínica deberá quedar constancia de todos los anteriores.

Población: Todos los enfermos ingresados en la UCI, a los que se les aplique LTSV, durante el período de estudio.

Criterio de exclusión: Decisión de no ingresar a un enfermo en la UCI (ya que en general, ésta no puede ir precedida de la deliberación del equipo).

En caso de discrepancias en la toma de decisiones entre profesionales o familiares es recomendable consultar con el Comité de Ética Asistencial.

**9. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

El uso de medidas profilácticas de la trombosis venosa profunda (TVP) durante la estancia en la UCI se asocia a un descenso de la morbilidad debida a enfermedad tromboembólica.

Fórmula:

$$\text{nº enfermos con profilaxis de TVP}$$

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

----- x 100  
nº enfermos ingresados

Estándar: 90%.

Profilaxis de TVP: Uso durante toda la estancia en la UCI de: Heparina fraccionada, heparina no fraccionada, fondaparinux, anticoagulación completa, o sistemas de compresión (neumática o no) de las extremidades inferiores.

Población: Todos los enfermos dados de alta en la UCI durante el período de estudio.

Criterios de exclusión: Absolutos: enfermos ingresados para procedimientos con hospitalización = 1 día, al uso de profilaxis farmacológica: existencia de contraindicaciones al uso de anticoagulación, y al uso de medidas mecánicas: presencia de lesiones en extremidades inferiores.

La SEMICYUC aconseja la medición de este indicador por períodos.

## 10. BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL

La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) es una práctica indispensable en el tratamiento de los enfermos hospitalizados. La infección es una de las complicaciones más importantes relacionadas con su uso. En la UCI, las bacteriemias por CVC, son la causa principal de bacteriemias nosocomiales y son la tercera causa de infección nosocomial después de la neumonía y la infección urinaria. Aunque su impacto real no está bien establecido, tienen una mortalidad relacionada, en torno al 10%, y prolongan la estancia en UCI unos 5-8 días y se asocia a un importante consumo de recursos. Es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Fórmula:

nº de episodios de bacteriemia  
----- x 1000 días de CVC  
nº total de días CVC

Estándar: 4 episodios por 1.000 días de CVC.

Bacteriemia por CVC: según criterios CDC y utilizados en el ENVIN-UCI.

Población: Todos los días de catéter venoso central en enfermos dados de alta que han permanecido más de 24 horas en la UCI, durante el período de estudio.

## 11. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)

La NAV es habitualmente la infección nosocomial más frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos. La importancia de su seguimiento se deriva tanto de su repercusión sobre la mortalidad de los enfermos (aproximadamente un tercio de los enfermos que desarrollan NAV fallecen a consecuencia de la propia infección), como de la morbilidad que ocasiona, con prolongación de la estancia en UCI una media de cuatro días y aumento de costes. Como el resto de las infecciones nosocomiales, es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Fórmula:

nº de episodios de NAV  
----- x 1000 días VM  
nº total de días de ventilación mecánica invasiva

Estándar: 12 episodios por 1000 días de VM.

Neumonía asociada a VM invasiva : según los criterios publicados por el Center Disease Control (CDC) que a su vez, son los del estudio ENVIN-UCI y por el documento de consenso realizado por el GTEI-SEMICYUC.

Población: Todos los días de VM invasiva de enfermos dados de alta que han permanecido más de 24 horas en la UCI, durante el período de estudio.

## 12. PROFILAXIS DE LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN ENFERMOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA (VM) INVASIVA

La hemorragia gastrointestinal (HGI), es una complicación relativamente poco frecuente en enfermos críticos. La causa principal son las lesiones agudas de la mucosa gástrica relacionadas con el estrés. Diferentes estrategias han demostrado ser efectivas en la prevención de la HGI en enfermos críticos seleccionados, tales como los sometidos a VM invasiva más de 48 horas. La aparición de HGI aumenta el riesgo de mortalidad y prolonga la estancia.

Fórmula:

nº Enfermos con VM Invasiva > 48 horas y reciben profilaxis HGI

## 1. TÍTULO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

----- x 100  
nº total enfermos con VM invasiva > 48 h dados de alta de la UCI

Estándar: 95%.

Profilaxis de HGI: administración de forma protocolizada desde que se inicia la VM invasiva de alguno de los siguientes: Inhibidores de la bomba de protones o, antagonistas receptores de H2 o, nutrición enteral con intención de prevención de HGI.

La no administración durante &gt; 24 horas se contabilizará como no profilaxis

Población: Todos los enfermos de la UCI sometidos a ventilación mecánica invasiva durante el período de estudio.

Criterios de exclusión: VM invasiva &lt; 48 horas

## 13. CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS

El lavado de manos es la medida principal para reducir las infecciones nosocomiales. Estas infecciones elevan la morbilidad, la mortalidad y el coste que entrañaría por sí sola la enfermedad de base del paciente. El empleo de soluciones alcohólicas disminuye la incidencia de infección nosocomial en un 40%.

Fórmula:

nº de lavado de manos realizado por el personal  
----- x 100  
nº de oportunidades de lavado manos en el servicio

Estándar: 90%.

Lavado higiénico: Con agua y jabón neutro. Duración: 20 segundos. Antes del inicio de la jornada, ir a comer, tener contacto con un enfermo, manipular sistemas que deban ser estériles, preparar medicación o alimentos, realizar algún procedimiento de corta duración (menos de 10 min.) y siempre que haya suciedad visible. Después de ir al aseo, a comer, manipular material contaminado con secreciones, tocar un enfermo o al final de la jornada. Antes y después del contacto con heridas y manipulación de sistemas de drenaje. Entre paciente y paciente.

Lavado antiséptico: Con solución hidroalcohólica. Duración: 2 minutos. Antes de realizar procedimientos invasivos de larga duración (20 min.) y cualquier maniobra que realicemos a enfermos inmunodeprimidos. El uso de guantes NO exime del lavado de manos.

Población: Todo el personal sanitario durante el período de estudio (médico, diplomado de enfermería, auxiliar de enfermería, resto del personal sanitario).

## 14. SEDACIÓN ADECUADA

La sedación inadecuada (tanto por defecto como por exceso) comporta eventos adversos sobre los enfermos ventilados mecánicamente. Niveles inadecuadamente bajos de sedación incrementan los requerimientos de oxígeno, favorecen el dolor y la agitación, dificultan la ventilación mecánica (VM), e incrementan el riesgo de extubación accidental. La sedación excesiva produce hipotensión, bradicardia, íleo, estasis venoso, dificulta la valoración neurológica, alarga la ventilación mecánica e incrementa las estancias y el consumo de recursos.

Fórmula:

nº de enfermos con VM y sedación adecuada  
----- x 100  
nº de enfermos con VM y sedación en el SMI

Estándar: 85%.

Sedación adecuada: mantenimiento de al menos el 80% los sucesivos resultados de las escalas de sedación dentro del rango prescrito para ese enfermo.

Población: Todos los enfermos con VM, sometidos a sedación continua en el SMI durante el período de estudio.

Criterios de exclusión: VM &lt; 24 horas.

## 15. MANEJO DE LA ANALGESIA EN EL ENFERMO NO SEDADO

Los enfermos críticos están sometidos a múltiples estímulos responsables de dolor. El control inadecuado del dolor ocasiona estrés e incrementa la morbilidad. La ausencia de dolor debe ser un objetivo de calidad asistencial en los SMI. La monitorización del dolor debe incluir la medición del mismo a través de una escala validada, hasta conseguir y mantener el nivel de analgesia deseado.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermos monitorizados según protocolo}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermos susceptibles de analgesia, sin sedación}} \times 100$$

Estándar: 100%.

Enfermos susceptibles de analgesia: Todos los enfermos ingresados en el SMI.

Monitorización según protocolo: Se debe realizar al menos, una medición 4 h (o más frecuente en los que refieren dolor), respetando el sueño mediante una escala de dolor validada (Ej. VAS, NRS). No se permite más de una medición de VAS ó NRS superior a 3 cada 24 h.

Población: Todos los enfermos dados de alta del SMI durante el período de estudio susceptibles de analgesia.

Criterios de exclusión: Sedación en perfusión continua y ventilación mecánica.

VAS: Escala visual analógica.

NRS: Numeric Rating Scale.

La SEMICYUC considera cumplido el indicador cuando al menos se realicen dos tercios de las mediciones planificadas durante todo el ingreso (y la posible aplicación de analgesia en función de los resultados de las escalas).

**16. TRANSFUSIÓN INADECUADA DE CONCENTRADO DE HEMATÍES (CH)**

La transfusión con umbral de hemoglobina > 9 g/dl no ha demostrado su eficacia en reducir la morbimortalidad. Las políticas transfusionales restrictivas (Hb < 7 g/dl) disminuyen la morbimortalidad a los 30 y 60 días, en enfermos jóvenes (menores de 55 años) y con gravedad intermedia (APACHE <20).

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermos trasfundidos con hemoglobina pretransfusional} > 7 \text{ g/dl}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermos trasfundidos}} \times 100$$

Estándar: 3%.

El máximo período de ventana entre la determinación de la hemoglobina pretransfusional y la transfusión del primer concentrado será de 24 horas.

Población: Todos los enfermos trasfundidos en UCI durante el período de estudio.

Criterios de Exclusión: Sangrado masivo, síndrome coronario agudo, sepsis grave/shock séptico en la fase de resucitación, hipoxemia grave, muerte encefálica o inminencia de la misma, embarazo. Población pediátrica (edad < 16 años): inestabilidad hemodinámica, sangrado agudo y patología cardiovascular.

**17. INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS EN EL SMI**

La información a los enfermos es un derecho regulado por la legislación actual. Un porcentaje importante de enfermos críticos son incompetentes por lo que esta información en muchas ocasiones debe darse a la familia o allegados. En el caso de los enfermos del SMI dada la gravedad y la variabilidad de la situación clínica, esta información debe cumplir una serie de requisitos.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes/familias informadas que cumplen los requisitos}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermos ingresados en SMI}} \times 100$$

Estándar: 100%.

Familias: familiares directos, allegados o referentes autorizados por el enfermo.

Requisitos de la información a familias:

- Si el paciente es competente, debe ser informado.
- Ser diaria (incluyendo fines de semana y festivos), y con el tiempo necesario para poder explicar los cambios

## 1. TÍTULO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

más relevantes producidos y dar cumplida respuesta a todas las dudas de los familiares. Incluye la información al ingreso del enfermo.

- En un sitio confortable y con suficiente privacidad.
- La información se dará por el médico responsable del paciente; Deberá quedar explícito quien debe ejercer dicha tarea en ausencia del médico responsable. En su ausencia se asumirá por el médico de guardia.
- Se recomienda el registro de la información dada en la documentación clínica.

Población: Todos los enfermos que ingresados en el SMI, durante el período revisado.

Criterios de exclusión: Enfermos sin familiares o allegados, enfermos que expresan su deseo de no informar a la familia.

## 18. ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA AL ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

La atención centrada en el enfermo constituye uno de los principales objetivos de la atención asistencial. Las encuestas de satisfacción, son uno de los métodos más utilizados para conocer la calidad percibida por los enfermos y familiares y establecer medidas que permitan mejorar los resultados.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de encuestas entregadas y contestadas}}{\text{nº de enfermos dados de alta del SMI}} \times 100$$

Estándar: 50%.

Alta incluye: alta a planta, domiciliaria, a otro centro o éxitus. Se contabilizarán los reingresos.

Encuesta contestada: encuesta devuelta con más de un 70% de ítems contestados por el propio enfermo o familiares.

Población: Todos los enfermos dados de alta del SMI durante el período de estudio.

Criterios de exclusión: estancia en UCI < 24 horas.

Se recomienda que la encuesta de satisfacción incluya ítems sobre:

1. Condiciones medioambientales.
2. Relación con el personal médico.
3. Relación con el personal de enfermería.
4. Aspectos relacionados con las visitas.
5. Información recibida.

## 19. PRESENCIA DE INTENSIVISTA EN EL SMI LAS 24 HORAS DEL DÍA

La presencia de intensivista las 24 horas en los SMI garantiza la calidad asistencial, reduciendo la mortalidad y la estancia de los enfermos críticos.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de días con intensivista de presencia física las 24 h}}{365 \text{ días}} \times 100$$

Estándar: 100%.

Intensivista: Médico con título de especialista en medicina intensiva, excluyendo médicos en período de formación.

Población: Todos los días del año durante el período de estudio.

## 20. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA)

Los eventos adversos (EA) son frecuentes en el ámbito de la medicina y se relaciona con una importante mortalidad, morbilidad, incremento de las estancias y consumo de recursos. Además disminuye la satisfacción de enfermos y familiares. Los sistemas de notificación de EA son una herramienta que permite el análisis de los mismos y establecer acciones de mejora. Además incrementa la cultura de la seguridad.

Fórmula: Existencia de un sistema de notificación y registro de EA en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Estándar: 100%.

Sistema de notificación y registro de EA:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

**INDICADORES DE CALIDAD BASICOS O RELEVANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

- Voluntario y anónimo.
- Posibilidad de notificación por parte de todos los profesionales.
- Debe incluir al menos los eventos centinela y análisis causa raíz.
- Feed-back semestral: boletines, alertas, etc.
- Puede funcionar de forma simultánea con otros sistemas de vigilancia para EA específicos: infecciones, caídas, contenciones, etc.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto: 1 año hasta obtener el sistema de monitorización definitivo con todos los indicadores, con revisión cada 2 años.

Calendario de las actividades:

- Medición de los indicadores: De inicio a fin.
- Estudio de indicadores problemáticos: 1º mes.
- Aplicación de medidas para indicadores problemáticos: 2º y 3º mes.
- Análisis de resultados: 6º y 12º mes.
- Aplicación de medidas si se precisa: 7º y 8º mes.
- Sistema de monitorización de indicadores definitivo: al finalizar.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. ADULTOS/ANCIANOS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

287

## 1. TÍTULO

**SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: COMPROBACION DEL GRUPO SANGUINEO EN CABECERA Y VERIFICACION DE COMPATIBILIDAD ENTRE PACIENTE Y UNIDAD A TRANSFUNDIR**

## 2. RESPONSABLE ..... VICTORIA PAZ GONZALEZ RODRIGUEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LORENZ CLEMENTE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MONFERRER CASTELLO ESTHER. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- SALAVERA BERDUN VISITACION. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- VAL FALCON BEATRIZ. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- CASSINELLO OGEA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- RUBIO FELIX DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PUENTE MANGIRON FERNANDO. MEDICO/A. BANCO DE SANGRE Y TEJIDOS DE ARAGON. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad del proceso de la transfusión atañe al ámbito clínico y debe contemplarse como un aspecto más de la seguridad clínica del paciente hospitalizado.

El principal riesgo asociado a la transfusión es la hemólisis aguda por incompatibilidad de grupo ABO, con resultado potencialmente letal, casi siempre debida a errores humanos durante el proceso de la transfusión. La seguridad del proceso de la transfusión aumentaría sustancialmente si se le asignase programas formativos y los recursos tecnológicos necesarios para prevenir y detectar los errores humanos. Aunque la seguridad de este proceso suela asociarse con la realización de las pruebas de laboratorio de compatibilidad transfusional, lo cierto es que los principales puntos críticos quedan fuera del laboratorio de compatibilidad.

El proceso de la transfusión posee una serie de características que lo hacen particularmente vulnerable a la comisión de errores. Así, se producen múltiples trascripciones de datos críticos, como la identificación del paciente, que pasa de la mente del médico al impreso de solicitud de transfusión; y de éste a las hojas de trabajo del laboratorio de compatibilidad y a los registros del servicio de transfusiones; y de estos últimos a la bolsa de sangre que vuelve a la cabecera del paciente para ser transfundida.

Finalmente, en el proceso de la transfusión intervienen muchas personas diferentes ninguna de las cuales posee un control absoluto de todo el proceso y en este hospital, lo habitual es que se estén procesando varias transfusiones simultáneamente, lo cual constituye un terreno abonado para la comisión de errores.

La transfusión es peculiar en el sentido de que una vez desencadenado el proceso mediante la solicitud cursada por el médico, éste ya no vuelve intervenir y el proceso funciona de modo casi automático en manos de personal sanitario no facultativo. Un error (p. ej., porque la muestra de sangre proceda de otro paciente) puede llevar a que el paciente reciba una unidad de sangre incompatible y ni el servicio de transfusión, ni el médico o la enfermera que realizarán la transfusión tienen medios para detectarlo. Es por este motivo que la normativa legal española exige que la persona que ha extraído

la muestra de sangre del paciente para las pruebas de compatibilidad se haga responsable de que tal muestra proceda efectivamente del paciente para el que se solicita la transfusión. La normativa legal también exige que se haga una última comprobación del grupo sanguíneo ABO en la cabecera del paciente, en una muestra de sangre extraída inmediatamente antes de iniciar la transfusión y confirmar que el

grupo ABO real del paciente coincide con el que ha determinado el servicio de transfusiones y prevenir así los casos más graves de incompatibilidad, sin embargo ésta comprobación no se lleva a cabo en nuestro centro. Anualmente el responsable de hemovigilancia del hospital comunica incidentes sin efecto /casi incidentes (dentro del programa estatal de hemovigilancia) por errores de este tipo y alguna reacción hemolítica por incompatibilidad ABO, originados fundamentalmente en servicios como urgencias o UCI, con gran rotación de personal, sobrecarga de trabajo y en ocasiones dificultad para la identificación activa del paciente. Sin embargo, las consecuencias de un error transfusional, no pueden justificarse por las anteriores circunstancias sino que debemos establecer herramientas para prevenirlo. La mayor parte de sistemas de hemovigilancia (pulseras de seguridad transfusional asociadas a recursos tecnológicos como radiofrecuencia, PDA, lectores de código de barras..), son un gran apoyo pero no contemplan que la sangre extraída pueda pertenecer a otro paciente, por lo tanto debemos basar la seguridad en la formación (insistiendo en áreas de mayor rotación de personal y de menor experiencia profesional) e incorporar la comprobación de grupo en cabecera como punto crítico que obligará a una verificación activa de la compatibilidad entre el paciente y la unidad a transfundir

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad transfusional, cumpliendo con la normativa legal española y guías de transfusión vigentes. Inicialmente implantación en urgencias, UCI y REA con extensión progresiva al resto de áreas transfusoras

1. Directiva 2004/33/CE de la Comisión Europea. DOUE de 30-3-2004; L 91/25.

2. Real decreto 1088/2005. BOE n.º 225, de 20-09-2005; 31288.

3. Real decreto 1343/2007. BOE n.º 262, de 1-11-2007; 44626.

4. Orden SCO/322/2007. BOE n.º 42, de 17-2-2007; 7010.

5. Decreto 298/2006. DOGC n.º 4681, de 21-7-2006; 32919.

6. Estándares de acreditación en transfusión sanguínea. 3.ª ed.

Barcelona: Fundación CAT; 2006. Anexo 2012-

7.- Guía de transfusión de componentes sanguíneos 2010. Sociedad Española de transfusión y terapia celular

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

287

**SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: COMPROBACION DEL GRUPO SANGUINEO EN CABECERA Y VERIFICACION DE COMPATIBILIDAD ENTRE PACIENTE Y UNIDAD A TRANSFUNDIR**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaboración de procedimiento sencillo y claro sobre realización de grupo sanguíneo e interpretación de resultados (duración de la técnica 1 minuto), dicho procedimiento será realizado por responsable del equipo. El material a utilizar será suministrado por el servicio de transfusión.

2.- Difusión y formación al personal de enfermería de áreas transfusoras sobre la realización del grupo sanguíneo así como de la interpretación y verificación de la compatibilidad entre grupo sanguíneo de paciente y de la unidad a transfundir y correcta cumplimentación de documentación asociada. Realizado por responsable y resto de miembros de equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de reacciones transfusionales hemolíticas, por incompatibilidad ABO

2.- Número de grupos sanguíneos realizados a cabecera no coincidentes con resultado obtenido en servicio de transfusión por error en la extracción de la muestra (muestra pertenecía a otro paciente)

3.- Número de grupos sanguíneos realizados a cabecera no coincidentes con resultado obtenido en servicio de transfusión (por error en servicio de transfusión)

4.- Número de grupos sanguíneos no coincidente (cabecera/ servicio transfusión), por incorrecta interpretación de resultados en cabecera

5.- Número de grupos sanguíneos no realizados o resultados no enviados, al servicio de transfusión para completar la trazabilidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 15 DE SEPTIEMBRE DE 2013 A 15 DE SEPTIEMBRE DE 2014 (SOLO PARA EVALUACIÓN), NO TIENE FECHA DE FINALIZACIÓN MIENTRAS EL CENTRO REALICE TRANSFUSIONES

FORMACIÓN ENFERMERIA JUNIO-JULIO 2013 (INCLUYENDO CONTRATACIONES DE VERANO)

REPASO FORMACIÓN, LA PRIMERA SEMANA DE SEPTIEMBRE 2013, PREVIO INICIO DEL PROYECTO

CRONOGRAMA FORMACIÓN:

1º SUPERVISORES DE ENFERMERIA DE TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, URGENCIAS, UCI (DEBEN CONOCER EL PROYECTO AUNQUE LA IMPLANTACIÓN PROGRESIVA DEL PROYECTO DEPENDERA DEL PRESUPUESTO APROBADO EN PRÓXIMO CONCURSO) (EXCLUYENDO A PEDIATRÍA)

2º ENFERMERIA DE URGENCIAS, UCI, REA

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, MEDIANTE LA INTRODUCCION DE HERRAMIENTAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DISMINUYAN LOS RIESGOS DE SUFRIR SUCESOS ADVERSOS EN EL TRANCURSO DE LA ATENCION RECIBIDA

POBLACIÓN DIANA

.EDAD. Todas las edades

.SEXO. Ambos sexos

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RECEPTOR DE COMPONENTE SANGUINEO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

383

**DETECCIÓN ACTIVA DE PACIENTES COMPLEJOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

2. RESPONSABLE ..... CARLOS GRACIA ROCHE
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PATERNA LOPEZ SANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
  - ESARTE MUNIAIN JESUS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
  - NAVARRO GARCIA PALMIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION
  - MILIAN PEREZ MARGARITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
  - SANCHEZ ESCOBEDO SONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
  - BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente quirúrgico es complejo y con frecuencia va a requerir un grado de atención extrahospitalaria elevado, no asumible en numerosas ocasiones por él y su entorno. Durante el ingreso, estas circunstancias pueden pasar desapercibidas de modo que no son evaluados por la unidad de valoración socio-sanitaria, ni se elaboran planes específicos de actuación con atención primaria u otros centros, para mantener la continuidad asistencial del paciente.

Para corregir esta situación nos hemos planteado los siguientes objetivos:

1. Identificar a aquellos pacientes ingresados en nuestro servicio que, en base a criterios objetivos, son más complejos y pueden beneficiarse de la actuación de la UVSS.
2. Elaboración de planes de atención integral individualizados para mejorar la continuidad asistencial de aquellos pacientes valorados.
3. Reducir la estancia media hospitalaria de dichos pacientes por haber sido detectados activamente y haberse realizado una correcta evaluación de los mismos.
4. Reducir el número de reingresos en los primeros 30 días tras el alta hospitalaria de los pacientes quirúrgicos complejos, por una mejora de la atención extrahospitalaria.
5. Reducir el número de visitas en consultas externas de nuestro servicio en los dos primeros meses tras el alta hospitalaria.

Una vez que se hayan definido los criterios, los pacientes que los cumplan serán valorados al ingreso para evaluar si van a requerir un plan de actuación para la mejora de la continuidad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Número de pacientes identificados activamente respecto del total de evaluados por la unidad de valoración sea superior al 75%.
  2. Número de planes individuales de atención primaria sobre el total de pacientes valorados, superior al 90%
  3. Conseguir una reducción de la estancia hospitalaria superior al 2%.
  4. Conseguir una reducción de reingresos superior al 5%.
  5. Reducir en al menos un 5% el número medio de visitas en consultas externas tras el alta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

1. Formar un grupo de trabajo con miembros del servicio de Cirugía General y de la Unidad de Valoración Sociosanitaria. (Dr. Gracia Roche)

2. Definir criterios objetivos en función de patología, comorbilidad, edad y situación social que nos permitan detectar de forma activa a aquellos pacientes quirúrgicos más complejos, que se beneficiaran de una intervención de la Unidad de Valoración Sociosanitaria. (S. Paterna, JI. Barranco, M. Clerencia)

3. Elaboración de una ficha de registro de los pacientes que cumplan dichos criterios. (C. Gracia)

4. Establecer una vía de comunicación ágil entre el servicio de Cirugía General y su unidad de enfermería con la UVSS para que se lleve a cabo la valoración de los pacientes detectados. (S. Sánchez, M. Milián, M. Clerencia, JM. Esarte)

5. Identificar a los pacientes que cumplan los criterios y realizar la evaluación correspondiente. (S. Paterna, C. Gracia, J. Barranco, M. Clerencia, P. Navarro)

6. Elaboración de un plan de atención integral individualizado y coordinación con los recursos sociosanitarios necesarios. (M. Clerencia, P. Navarro)

7. Realizar al alta una encuesta de satisfacción de la atención recibida. (C. Gracia, S. Paterna).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° pacientes complejos detectados activamente / N° total valorados

N° planes individuales comunicados AP / N° pacientes valorados

Porcentaje de reducción de estancia hospitalaria

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

383

**DETECCIÓN ACTIVA DE PACIENTES COMPLEJOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

Porcentaje de reducción de reingresos

Porcentaje de reducción de número medio de visitas en C. externas tras el alta

Se realizará un registro de los pacientes que cumplan los criterios definidos, estratificándolos por patología y recogiendo datos relativos a atención recibida, planes de atención integral elaborados, estancia media, reingresos, número de consultas, etc. Los datos obtenidos serán comparados con los de los pacientes con patología similar intervenidos durante el año 2012.

Llevaremos a cabo un análisis de los indicadores propuestos a los 6 meses de estudio para comprobar si se están consiguiendo los objetivos marcados y tomar las medidas correctoras en caso de que sea necesario.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Abril - Mayo 2013. Duración 1 año.

Formar grupo de trabajo: Mayo-Junio 2013

Establecer criterios de selección de pacientes: Mayo-Junio 2013

Elaboración ficha registro: Mayo-Junio 2013

Establecer vía de comunicación entre CGD y UVSS: Mayo-Junio 2013

Detección activa (puesta en marcha de la línea): Julio 2013-Abril 2014

Encuesta de satisfacción: Julio 2013 - Abril 2014

Recogida de datos: Julio 2013 - Abril 2014

Propuesta de mejora: Enero-Abril 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

360

**PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION, INFORMACION Y MANEJO CLINICO DE LA CIRUGIA DE ANTEPIE (HALLUX VALGUS)****2. RESPONSABLE** ..... JAVIER SAMI HAMAM ALCOBER

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... H MIGUEL SERVET
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- . PEREZ GARCIA JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- . MARTINEZ VILLEN GREGORIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- . CARDONA MALFEY RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- . ARAN SANTAMARIA CONSUELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- . ANGULO TABERNERO MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- . ASO VIZAN ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- . DE BLAS SANTIBAÑEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La cirugía del antepie, especialmente la realizada ante un diagnóstico de hallux valgus, es uno de los procesos más frecuentes realizados en el Servicio de Traumatología del Hospital Miguel Servet, practicándose entre 150 y 200 procesos al año. Existen múltiples técnicas quirúrgicas aplicables, y el postoperatorio demanda un seguimiento preciso, en el que es fundamental la colaboración del paciente, y que requiere de múltiples consultas para la realización de las curas postquirúrgicas necesarias. Parece necesario mejorar la información que el paciente recibe sobre su proceso, la técnica quirúrgica empleada, el tiempo y medidas que requerirán su recuperación, así como unificar criterios y proporcionar guías de actuación para el resto de personal sanitario que pueda atender al paciente (médicos de Atención Primaria, enfermería...)

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Mejorar la relación médico-paciente, así como el nivel de satisfacción del mismo.

Optimizar el tiempo y el número de consultas realizadas en relación con la cirugía del Hallux Valgus.

Disminuir el número de complicaciones médicas en el postoperatorio.

Facilitar el seguimiento y la atención del paciente en su área de salud, fuera del ámbito hospitalario.

Mejorar el nivel de información recibida por el paciente en relación a su proceso.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Actualizar, completar y evaluar los protocolos realizados de hallux valgus, añadiendo deformidades del antepié: Dr. Hamam.

Guía para diplomados de enfermería de los cuidados postoperatorios en hospitalización y consultas externas: Esther De Blas.

Guía esquemática informativa sobre la técnica quirúrgica a emplear: Dr. Cardona

Realización de una guía de instrucciones para el paciente sobre los cuidados y medidas a tomar durante el postoperatorio: Dr. Pérez García.

Registrar las reclamaciones y reintervenciones para valorar las causas y sus motivos. Dr. Martínez Villén.

Revisión de historias clínicas, recogiendo el número de consultas realizadas previa y posteriormente a la cirugía, así como el tiempo medio hasta el alta médica, técnica quirúrgica empleada, tiempo y forma de tromboprolifaxis: Drs. Angulo y Aso

Elaboración de una encuesta de satisfacción y nivel de información recibida para su cumplimentación por el paciente: todos los miembros.

Aplicación de las medidas adoptadas en la práctica clínica habitual: todos.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Recolección de encuestas de nivel de satisfacción percibida por el paciente.

Revisión estadística a través de la historia clínica del número de consultas realizadas, estancia hospitalaria, tiempo hasta el alta, complicaciones surgidas, tromboprolifaxis, reintervenciones.

Realización de un protocolo global de actuación tras el análisis de los datos obtenidos

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Inicio: Abril 2013, final Mayo 2014.

Abril/Junio 2013: realización de las distintas encuestas, guías, instrucciones y consentimientos a aplicar.

Mayo/Junio: Realización de encuestas al paciente, sin aplicar todavía el proyecto diseñado, como grupo control.

Julio 2012/Abril 2013: Aplicación de las medidas adoptadas.

Mayo 2014: Análisis de resultados

**11. OBSERVACIONES.** 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos**POBLACIÓN DIANA**

- .EDAD. Todas las edades
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente sometido a cirugía del hallux

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

360

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION, INFORMACION Y MANEJO CLINICO DE LA CIRUGIA DE ANTEPIE (HALLUX VALGUS)

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

321

## 1. TÍTULO

**REDUCCION DEL TRAUMA OBSTETRICO: ADECUACION DEL MANEJO DE LA DISTOCIA DE HOMBROS INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA PARÁLISIS BRAQUIAL**

2. RESPONSABLE ..... MONICA HERNANDEZ ARAGON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MARTINEZ SUÑER SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA  
· TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores, disminuyendo así la incidencia de efectos adversos. Se define efecto adverso como todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica, que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar y que se deriva sobre todo de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. La tasa de efectos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que alrededor de un 50% han sido considerados evitables. Uno de los efectos adversos más importantes en Obstetricia es el trauma obstétrico, que se clasifica dentro de los efectos adversos relacionados con un procedimiento. Se denomina trauma obstétrico a las lesiones producidas en el recién nacido durante el trabajo de parto y principalmente durante el parto. Dichas lesiones del feto o recién nacido son provocadas por fuerzas mecánicas que producen hemorragia, edema o rotura de tejidos y pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico. La incidencia varía dependiendo del centro en que se produzca el parto entre el 2 y 7% de los recién nacidos vivos. Ha disminuido con el tiempo, debido a la mejora en la práctica de las técnicas obstétricas. A pesar de la menor frecuencia que tienen actualmente los traumatismos obstétricos aún representan un importante problema para el clínico. Los traumatismos obstétricos, de acuerdo a los órganos o tejidos afectados se clasifican. Dentro de las lesiones del sistema nervioso periférico se encuentran la parálisis del plexo braquial. Es producida por la tracción del plexo braquial durante el parto (fundamentalmente en relación con una distocia de hombros), lo que causa hemorragia, edema e incluso desgarramiento de las raíces nerviosas. La gravedad de la alteración oscila entre los casos leves, por simple compresión, hasta los graves en los que existe arrancamiento de las raíces. Es uno de los indicadores de seguridad del paciente en nuestra especialidad. La distocia de hombros (DH) es una urgencia obstétrica imprevisible e impredecible que puede presentarse durante el parto, pudiendo determinar altas tasas de morbilidad materna así como de morbilidad y mortalidad neonatal (efectos adversos). No hay consenso en cuanto a su definición; lo que dificulta el establecer su incidencia, predicción, prevención, relación con lesiones neonatales y manejo. Es una urgencia obstétrica realmente importante y tiene una incidencia entre un 0,2 % y un 3% de los partos. Aunque los casos severos son evidentes, las formas más leves pueden ser infraestimadas o sobreestimadas. Según el American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG), se define como la necesidad de utilizar en el parto "maniobras obstétricas adicionales debido a que no se logra la salida de los hombros tirando suavemente de la cabeza fetal". Las distocias de hombros pueden ser predecidas raramente, ya que la mayoría ocurren en la ausencia de factores de riesgo identificables. Por ello, el operador debe estar preparado para reconocerla inmediatamente y proceder con una secuencia ordenada de maniobras, minimizando así el riesgo tanto para la madre como para el feto. Se debe insistir en que, a pesar de todo, las lesiones permanentes en el feto y los casos de muerte fetal pueden resultar incluso en los casos de distocias bien manejadas y adecuadamente identificadas. El manejo de la distocia de hombros exige un entrenamiento y cumplimiento de un plan de acción específico y sistemático que debe ser conocido por todo el personal de paritorio. Tras el diagnóstico de la distocia de hombros:

- La actuación debe ser rápida, a cargo de un obstetra experimentado, siguiendo una serie de pasos y maniobras.
- Se debe solicitar la presencia en el paritorio de un anestesista, un neonatólogo, dos matronas, un enfermero de quirófano y un auxiliar.

Se han descrito numerosas maniobras de aplicación secuencial; ninguna de ellas se ha demostrado mejor que otra. Sin embargo, la técnica de Mc Roberts es fácil de realizar y tiene buenos resultados sin un aumento de la tasa de lesiones. La tracción y la presión fúndica (maniobra de Kristeller) se asocian con una mayor tasa de lesiones del plexo braquial. Por tanto, los traumatismos obstétricos son un resultado común asociado a la distocia de hombros. Las secuelas descritas en los recién nacidos más comunes son las lesiones del plexo braquial (se publican cifras variables, del 4 al 40%). Otras posibles lesiones son: fractura de húmero y fractura de clavícula (3 - 9%). Aproximadamente el 10% de los partos complicados con una distocia de hombros resultan en lesiones persistentes del plexo braquial. También se han descrito casos de hipoxia o muerte fetal. Las parálisis del plexo braquial se clasifican en:

- a) Parálisis braquial superior o parálisis de Duchenne-Erb. La lesión o trauma se produce en C5 y C6, y es la más frecuente (90% de todas las parálisis braquiales).
- b) Parálisis braquial inferior o de Klumpke. La lesión se produce en C7, C8 y D1. Es menos frecuente, constituyendo alrededor del 2 a 3% del total de las lesiones del plexo.
- c) Parálisis diafragmática: Se produce por compromiso del nervio frénico. Con mayor frecuencia es unilateral. Cuando es bilateral es gravísima y requiere de ventilación mecánica. Generalmente se asocia a parálisis braquial.

Debido a las frecuentes denuncias relacionadas con la distocia de hombros, después del parto se recomienda:

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

321

**REDUCCION DEL TRAUMA OBSTETRICO: ADECUACION DEL MANEJO DE LA DISTOCIA DE HOMBROS INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA PARALISIS BRAQUIAL**

hacer una gasometría de la arteria umbilical, informar adecuadamente a los padres y redactar un informe detallado del parto, utilizando un modelo específico si es posible. Es especialmente útil la cumplimentación de un checklist que nos asegure el haber realizado todos los pasos necesarios.

Una vez descrita la distocia de hombros, podemos realizar una serie de medidas para conseguir que los efectos adversos no vuelvan a producirse o que disminuya su probabilidad, y que en caso de ocurrir, sus consecuencias o impacto sean lo menos graves posibles. Estas medidas deben concretarse en un plan de acción, en nuestro caso un protocolo clínico y un algoritmo de manejo. Debemos implementarlo y evaluar su aplicación y resultados periódicamente.

Se ha demostrado la disminución del índice de efectos adversos con la aplicación de: protocolos y guías clínicas, checklists y entrenamiento del personal implicado. Minimizar las variables y garantizan resultados. El manejo inadecuado de la distocia de hombros puede empeorar los resultados neonatales, por lo que se necesita un adecuado entrenamiento. Su baja frecuencia y la necesidad de unas habilidades especiales la hacen ideal para la simulación; es uno de los escenarios más importantes propuestos por la ACOG. Varios estudios han demostrado mejoría en el manejo después del entrenamiento (evento simulado). La inclusión de guías clínicas prácticas y checklists mejoran el resultado y la satisfacción de los pacientes y reducen el riesgo médico-legal.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder dystocia. RCOG Guideline N° 42, December 2005.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. ACOG Practice Bulletin N° 40, November 2002.
3. SOGC Obstetrical Content Review Committee. Shoulder dystocia. 15th edition of the ALARM Course Syllabus, 2009.
4. Cararach V, Palacio M. Distocia de hombros. En: Fabre E, ed Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Zaragoza: INO Reproducciones, 1995.
5. Gherman et al. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. Am J Obstet Gynecol 2006;195(3):657-72.
6. Basket et al. Perinatal implications of shoulder dystocia. Obstet Gynecol 1995;86(1):14-7.
7. Baxley et al. ALSO series. Shoulder Dystocia. Am Fam Physician 2004 Apr;69(7):1707-1714.
8. Ennen CS. Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences. In: UpToDate, 2012.
9. Aranaz JM. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
10. Pettker CM et al. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. Am J Obstet Gynecol 2009;200:492.e1-492.e8.
11. Hoffman MK et al. A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. Obstet Gynecol 2011; 117:1272.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Revisión de la evidencia científica hasta la fecha.

- Realizar un protocolo de acción para la distocia de hombros conocido por todo el servicio.
- Realizar un algoritmo de actuación ante la presentación de una distocia de hombros, claro y sistemático.
- Elaborar un póster con el orden las maniobras fundamentales a realizar y difundirlo.
- Elaborar un checklist de obligada cumplimentación tras una distocia de hombros, que quede registrado en la Historia Clínica.
- Recogida de todos los casos de distocia de hombros y resultado. Análisis de la actuación.
- Transmisión / formación: sesiones clínicas, cursos de impartición a todo el personal implicado. Talleres periódicos de entrenamiento: simulación con maniquí obstétrico.
- Mejoría de los resultados perinatales: tiempo entre salida cabeza y hombros, lesiones del plexo braquial. Disminuir la incidencia de efectos adversos.
- Mejoría de la calidad asistencial y seguridad del paciente. Aumentar información y grado de satisfacción de la paciente.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** - Revisión de la evidencia científica: guías clínicas, revisiones, protocolos de otros hospitales, etc. (Dra. Tejero).

- Elaborar un protocolo de esta patología para el Servicio de Obstetricia, aplicado por todo el servicio (Dr. Tobajas, Dra. Hernández).
- Elaborar algoritmo de manejo, incorporando todas las maniobras disponibles y con esquemas y figuras claras. Checklist para cumplimentación tras el parto, en formato papel accesible para todo el personal (Dra. Hernández, Dra. Martínez).
- Plasmar dicho algoritmo en formato póster plastificado, de manera visual y con esquemas de las maniobras. Se repartirán varios pósters por dilatación, paritorios y quirófanos (Dra. Martínez).
- Impartición de sesiones clínicas / charlas informativas para todas las categorías implicadas (al menos una sesión o charla para cada categoría). Talleres periódicos de simulación en maniquí obstétrico (Dr. Tobajas, Dra. Hernández).
- Recogida de datos de todas las distocias de hombros. Comprobar la recogida de documentación apropiada y analizar en sesión clínica los posibles fallos en el manejo e incidencia de efectos adversos. (Dra. Tejero).

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** - Checklist: cumplimentación correcta en el 100% de los casos de distocia de hombros (se revisarán historias clínicas).

- Tiempo entre salida cabeza - hombros inferior a 5 minutos (recogido en historia clínica).
- Reducir incidencia de parálisis plexo braquial atribuible a la actuación obstétrica en la distocia de hombros

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

321

## 1. TÍTULO

**REDUCCION DEL TRAUMA OBSTETRICO: ADECUACION DEL MANEJO DE LA DISTOCIA DE HOMBROS INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA PARALISIS BRAQUIAL**

(<5%). Registro y seguimiento de efectos adversos en los neonatos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario del proyecto: Mayo 2013 - Diciembre 2013.

Revisión de la evidencia científica. Mayo 2013.

Elaboración del protocolo de actuación, algoritmo y checklist. Mayo - Junio 2013.

Presentación a matronas / ginecólogos / anestesistas / personal de quirófano y paritorio y puesta en marcha. Junio - Julio 2013.

Formación y cursos entrenamiento en maniquí obstétrico. Julio - Septiembre 2013.

Evaluación de resultados, indicadores y evolución del proyecto. Diciembre 2013.

Se pretende que el proyecto tenga continuidad en el tiempo, pudiendo evaluar los resultados a más largo plazo.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

286

## 1. TÍTULO

**SEGURIDAD DEL PACIENTE: TALLER DE FORMACION FORMADORES EN HIGIENE DE MANOS. SECTOR II ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· GIRALT BALAGUERO ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· LEBRERO ORS PURIFICACION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· MACIAS PALACIN PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· TABUENCA ARCE MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El programa de seguridad del paciente de la OMS se inició en octubre de 2004 con el objetivo de reducir los resultados adversos sanitarios derivados de una atención insegura. Las principales líneas de acción que componen el programa son: 1º Campañas; 2º Educación y formación; 3º Investigación; 4º Implicación de los pacientes y 5º Implementación del cambio: La primera campaña o reto fue "una atención limpia es una atención más segura". Mediante la promoción de mejores prácticas en la higiene de las manos y el control de la infección se pretende reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). En España el estudio ENEAS indica que las IRAS representan el 25% de los efectos adversos hospitalarios y que el 55% serían evitables. Se considera que las manos de los profesionales que atienden a los pacientes son el vehículo de transmisión más importante. Todo profesional sanitario encargado de la atención de los pacientes debe ser consciente de la importancia de la higiene de las manos, considerada el método más importante, simple, y barato para prevenir las infecciones nosocomiales y la diseminación de la resistencia bacteriana. Sin embargo, el cumplimiento o adherencia para esta simple acción de higiene sanitaria es muy bajo, ya que no supera el 60%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO GENERAL  
Capacitar a los/as participantes en metodología, actividades y materiales de trabajo existentes para la educación sobre higiene de manos

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Implicar a los profesionales en una cultura de seguridad  
2.- Dar a conocer el Proyecto de "Higiene de manos" a todos los responsables designados para su implantación.  
3.- Incrementar la adherencia a la correcta higiene de manos y disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se llevarán a cabo cursos/taller de formador de formadores. Dichos talleres tendrán como mínimo 3 ediciones de 15 profesionales cada uno. Los profesionales podrán ser designados por las direcciones o voluntarios desde miembros de grupos de calidad de las diferentes unidades/Centros de Salud  
El taller constará de 25 horas: 15 h teóricas/práctico (presenciales) en 2 jornadas separadas por 2 meses y 10 h prácticas individualizadas pero tuteladas de evaluación y formación en una unidad.  
La acreditación del curso se concederá a los alumnos que hayan superado la parte teórica y práctica individualizada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores de evaluación y seguimiento:  
-Observación directa: mejora de los % de cumplimiento antes y después  
\* observación realizada de manera estandarizada por observadores entrenados que registran en un formulario o plantilla  
\* estructurada las oportunidades, las indicaciones y las acciones que el profesional realiza  
-Consumo de producto: consumo de producto por 1000 estancias  
\*Numerador: nº de litros suministrados a las unidades (datos de almacén) en un periodo X  
\*Denominador: nº de estancias en la unidad en el periodo X (datos de control de gestión)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 18 meses a partir de la aprobación del mismo

Diseño taller	MES 1
Acreditación taller	MES 2-4
Realización taller/es 1ª parte	MES 6 10 14
Realización taller/es 2ª parte	MES 9 13 17
Evaluación	MES 18

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

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: TALLER DE FORMACION FORMADORES EN HIGIENE DE MANOS. SECTOR II ZARAGOZA

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

050

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION Y REGISTRO DE INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES ESPECIFICAS DE LOS SERVICIOS EN UN REGISTRO INFORMatico PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

2. RESPONSABLE ..... ARTURO HERRERO ALONSO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ABOS OLIVARES DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
  - DE LA CUEVA BARRAO LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
  - GUALLAR LABRADOR ANA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
  - TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
  - MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
  - FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. FISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto surge en el ámbito del servicio de Medicina Nuclear para la consecución de la acreditación ISO 9001 en el año 2010-2011.

Dentro del planteamiento de que la acreditación ISO 9001 no es un fin en si mismo, sino una herramienta que tiene que resultar de utilidad para el servicio donde se implanta, son los usuarios y profesionales los destinatarios de todas las mejoras que surgen del análisis de posibles fallos o desviaciones que se puedan producir en el servicio. Pretende que el registro de incidencias y no conformidades, que la norma exige, consiga, al poder cuantificarlas y evaluarlas, una mejora de la calidad de la asistencia de los pacientes de los diferentes servicios que lo implanten y que es nuestro objetivo final.

Este planteamiento de mejora nos introduce en un sistema de gestión de errores que ha demostrado desde su implantación ser una herramienta de mejora en la atención así como la base en la que se sustenta la aplicación cotidiana de nuestro sistema de Calidad

Dentro del ciclo de Análisis-Acción de mejora-Evaluación de resultados- Análisis, propio del sistema de calidad implantado, desarrollamos una aplicación Informática basada en ACCESS que tiene las siguientes características:

- Accesibilidad por parte de todo el personal del servicio ya que reside en el servidor propio.
- Agilidad en el proceso de registro.
- Clasificación de las incidencias y no conformidades según sus procesos operativos
- Tipificación de las incidencias en cada proceso
- Trazabilidad de la incidencia (Identificación de la persona que registra la incidencia así como del posible responsable de la misma)
- Acceso a la información de forma detallada por rango de fecha.
- Acceso a la información de forma cuantitativa
- Análisis de la evolución de dichos registros.
- Utilidad para el registro-análisis de indicadores marcados por nuestro sistema de calidad de forma periódica
- Control y seguimiento de las acciones preventivas/correctivas planificadas en la unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Una vez implantado en Medicina Nuclear se exporta el modelo a los servicios de Oncología radioterápica y Física y Protección radiológica (también de la competencia de este Supervisor) donde se inicia su adaptación a las peculiaridades de los servicios citados, comprobando con éxito su esquema de funcionamiento.

Mas adelante y a expensas de la petición de la UCA se realizan una serie de mejoras que permiten hacerlo exportable y configurable a cualquier servicio mediante la introducción de un menú de configuración, que permite que el responsable de calidad de otros servicios pueda adaptarlo a sus peculiaridades, sin necesidad de poseer conocimientos previos sobre su funcionamiento.

Este modelo permite tanto su utilización por otros servicios así como la adaptación y mejora del mismo en los servicios que el Responsable de Calidad lo utilice como modelo para crear su propio registro de Incidencias-No conformidades.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El análisis a lo largo del tiempo desde su implantación nos va a permitir:
- Evaluar los indicadores marcados en nuestro sistema de calidad
  - Elaborar acciones de mejora destinadas a minimizar las incidencias
  - Detectar necesidades de formación de los trabajadores
  - Evaluar los resultados de las acciones de mejora / formación impartida
  - En suma establecer ese continuo Análisis-Evaluación-Acción-Análisis necesario en un sistema de calidad implantado con efectividad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • El trabajo de cotidiano con los Jefes de servicio y Responsables de Calidad de los servicios implantados, permite la mejora continua en la clasificación de incidencias-no conformidades e incide en el registro de los indicadores "diana" de nuestros servicios de forma ágil y adecuada a las necesidades de cada momento.

- La elaboración de informes de forma periódica nos asegura la correcta visión del funcionamiento del servicio con la máxima objetividad posible.
- Las reuniones con la plantilla de los tres servicios para su conocimiento, uso y asimilación de los objetivos del sistema de calidad. Resaltar que sin la necesaria implicación de TODA la plantilla este sistema no es posible.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

050

**IDENTIFICACION Y REGISTRO DE INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES ESPECIFICAS DE LOS SERVICIOS EN UN REGISTRO INFORMATICO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

- Reuniones de exposición en los otros servicios interesados en su implantación y asistencia para su configuración.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores del sistema previsto no hemos marcado:

- Numero de incidencias registradas
  - Numero de no conformidades abiertas
  - Acciones tomadas como consecuencia de dichas incidencias-no conformidades.
  - Numero de servicios implantado (Medicina Nuclear, Oncología Radioterápica, Física y Protección Radiológica) y en proceso de implantación (Medicina Preventiva, Electromedicina, Neurología, cocina)
- Toda esta información procede del propio registro de incidencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde su implantación en los tres servicios, la aplicación se ha ido modificando continuamente. Sus resultados empiezan a ser apreciables. Esto hace que no exista un calendario determinado de acciones excepto la revisión periódica de los indicadores y su adaptación a las nuevas necesidades y registros que se quieran evaluar.

No existe fecha de finalización del proyecto

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

224

## 1. TÍTULO

**IMPACTO EN EL GASTO FARMACEUTICO DE LAS MUESTRAS PARA INVESTIGACION CLINICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

2. RESPONSABLE ..... ANGELA IDOPE TOMAS
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BERNABE ANTOLIN SILVIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - URIARTE PINTO MOISES. FIR. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - PALOMO PALOMO PABLO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FIR. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - ARRONDO ARRONDO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - FERNANDEZ MOTA GRACIA ROSARIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los ensayos clínicos controlados son necesarios para la autorización de un medicamento, de acuerdo con la Ley General de Sanidad de 1986. La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios de 2006 dedicó su título tercero a los ensayos clínicos. El RD 561/1993 por el que se establecieron los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos fue sustituido por el RD 223/2004. Por su parte, la Unión Europea ha venido publicando diferentes directivas para regular los ensayos clínicos, recogidas en la legislación española.

Se entiende por ensayo clínico toda investigación efectuada en seres humanos, con el fin de determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos, y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o de detectar las reacciones adversas, y/o de estudiar la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de uno o varios medicamentos en investigación con el fin de determinar su inocuidad y/o su eficacia.

Según la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la misión de la Farmacia Hospitalaria es contribuir al uso racional de los medicamentos. El Servicio de Farmacia Hospitalaria añade calidad al proceso asistencial del paciente mediante una atención individualizada que permite una farmacoterapia eficaz, segura y eficiente.

Para el sistema sanitario la innovación y los avances en la terapéutica proporcionados por los ensayos clínicos, en los que el promotor es mayoritariamente la industria farmacéutica, conllevan además un importante ahorro en el gasto farmacéutico debido a que, de acuerdo a la normativa vigente, los promotores de ensayos clínicos aportan de modo gratuito los medicamentos en investigación.

Una de las funciones del Servicio de Farmacia es colaborar y participar en la realización de los ensayos clínicos con medicamentos, principalmente mediante la gestión de las muestras para investigación clínica. En nuestro hospital el número de ensayos clínico en activo ha ido creciendo en los últimos años pasando de 81 ensayos en el año 2006 a 187 en el 2012. Actualmente el 60% de estos ensayos clínicos están promovidos por la industria farmacéutica.

El incremento de la investigación clínica en nuestro centro se relaciona con la investigación creciente en el área onco-hematológica, que ha supuesto el 77% del total de los ensayos realizados en 2012. Concretamente los ensayos clínicos con terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores representaron el 73% del total de los ensayos. Este grupo terapéutico es de enorme repercusión económica en nuestro medio y encabeza el gasto en medicamentos, suponiendo el 24% del gasto farmacéutico total en el año 2012 en el Hospital Miguel Servet.

Además de la importante función para el desarrollo y conocimiento de nuevos fármacos que se realiza en el Servicio de Farmacia, controlando la gestión de muestras para investigación clínica, es preciso destacar que el reciente impulso a la investigación en el centro y el incremento del nº de pacientes incluidos en ensayos clínicos ha aumentado considerablemente la actividad del área de ensayos clínicos pero paralelamente puede generar un ahorro relevante por la disponibilidad de fármacos de manera gratuita.

La valoración del ahorro económico, generado por la entrega de muestras de fármacos objeto de ensayo, es imprescindible para dimensionar adecuadamente la aportación de la investigación clínica en el hospital y para planificar adecuadamente los presupuestos anuales en medicamentos. También la evaluación por primera vez del impacto económico que supone la realización de los ensayos clínicos en nuestro medio facilitará el intercambio de información y experiencias entre profesionales, objetivo del Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el Servicio Aragonés de SALUD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Valoración del importe económico total correspondiente a los medicamentos en investigación utilizados durante 2012 proporcionados gratuitamente por los promotores de los ensayos clínicos.  
- Dimensionar la aportación de los ensayos clínicos en términos de impacto económico en el gasto farmacéutico total.

- Valoración del impacto económico en función de la unidad investigadora, de la patología objeto de estudio, del grupo terapéutico, del medicamento en investigación y por ensayo.

- Analizar la evolución en el tiempo (periodo 2012-13) del impacto económico que supone la aportación de muestras para investigación clínica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los responsables de las actividades serán los farmacéuticos del área de EC con la colaboración del resto de farmacéuticos del servicio.

- Cuantificar el importe total de los medicamentos en investigación aportados utilizando los precios de compra

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

224

**IMPACTO EN EL GASTO FARMACEUTICO DE LAS MUESTRAS PARA INVESTIGACION CLINICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

para los que tienen presentación comercial y para los no comercializados se considera el precio propuesto o el del tratamiento alternativo estándar correspondiente.

- Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para las diferentes unidades investigadoras.
- Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para las patologías objeto de estudio.
- Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para cada medicamento en investigación.
- Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para los diferentes grupos terapéuticos.
- Valorar lo que supone el importe de los medicamentos en investigación aportados para cada ensayo.

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

- Importe total en euros de los medicamentos en investigación utilizados.
- % respecto al gasto farmacéutico total.
- Importe económico por unidad investigadora, patología en estudio, grupo terapéutico, medicamento en investigación y ensayo.
- % respecto al gasto farmacéutico según grupo terapéutico.
- % importe económico muestras para investigación clínica 2013 vs 2012.

La información se obtendrá de los registros del Servicio de Farmacia.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cuantificar el importe total de los medicamentos en investigación aportados. Primer semestre 2013.**

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para las diferentes unidades investigadoras. Tercer trimestre 2013.

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para las patologías objeto de estudio. Segundo semestre 2013.

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para cada medicamento en investigación. Segundo trimestre 2013.

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para los diferentes grupos terapéuticos. Segundo trimestre 2013.

Valorar lo que supone el importe de los medicamentos en investigación aportados para cada ensayo. Primer trimestre 2013.

Cuantificar el importe total de los medicamentos en investigación 2013. Primer semestre 2014.

**11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Eficiencia e intercambio de información y experiencias entre profesionales****POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO****OTRA PALABRA CLAVE 1. Impacto económico****OTRA PALABRA CLAVE 2. Ensayos clínicos****VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLIZACION DEL MANEJO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIACA**

## 2. RESPONSABLE ..... BLANCA IZQUIERDO VILLARROYA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
- MATAMALA ADELL MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
- PUERTOLAS ORTEGA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- RUBIO FELIX DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA
- VAZQUEZ SANCHO MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
- MATAMALA ADELL MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Más de la mitad de las transfusiones tienen lugar en el perioperatorio

. Sólo en Estados Unidos se consumen, en el contexto quirúrgico, más de 15 millones de concentrados de hematíes cada año. A pesar de las mejoras en las técnicas de conservación de la sangre y la implementación de los programas de ahorro de sangre, el número de transfusiones se incrementa cada año . Además el número de donantes permanece estable o disminuye ligeramente ; convirtiendo a este recurso en un bien escaso, que incrementa el gasto sanitario y no está exento de riesgos para el paciente .

El sangrado perioperatorio de cirugía cardiovascular requiere, con frecuencia, transfusión sanguínea especialmente si esta se realiza con bypass cardiopulmonar (CPB). Las intervenciones de cirugía cardíaca consumen del 10% al 15% de las reservas de sangre de un país y la evidencia sugiere que este porcentaje aumentará, debido en gran parte a la creciente complejidad de los procedimientos quirúrgicos cardíacos , donde el 50% de los pacientes reciben transfusiones sanguíneas . La evidencia sugiere que la transfusión de sangre durante la cirugía cardíaca empeora el pronóstico a corto y a largo plazo . Las intervenciones dirigidas a reducir el sangrado y el consumo de hemoderivados durante los procedimientos de cirugía cardíaca, son cada vez más valoradas, como mejora de la calidad del procedimiento.

No todos los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular tienen el mismo riesgo de sangrado y/o transfusión; por tanto una gestión óptima de los recursos debería empezar por identificar a los pacientes de mayor riesgo de ser trasfundidos, con una adecuada valoración preoperatoria. Los tres factores de riesgo más importantes de hemorragia perioperatoria o de transfusión sanguínea son: 1) La edad avanzada, 2) Hematocrito bajo (por bajo índice de superficie corporal o por anemia preoperatoria) y 3) cirugía emergente o cirugía compleja. De los tres factores de riesgo, mencionados anteriormente, los pacientes más fáciles de tratar y optimizar son los que tienen escaso volumen de células rojas en sangre en cualquiera de las dos modalidades (anemia preoperatoria o pequeño tamaño corporal) porque en ambos casos es necesario minimizar la hemodilución durante el bypass cardiopulmonar y el tratamiento efectivo de la anemia preoperatoria.

La presencia de anemia antes de la cirugía cardíaca es un factor de riesgo independiente de morbimortalidad postoperatoria , tanto en pacientes sometidos a cirugía coronaria como valvular y a la vez, es uno de los principales predictores de transfusión de sangre perioperatoria. Además, Van Straten y col demostraron que la presencia de anemia preoperatoria es también predictor independiente de mal pronóstico, en pacientes sometidos a bypass coronario; no sólo a corto plazo, sino también a largo plazo. Así pues, el diagnóstico y tratamiento de la anemia en estos pacientes es importante con la finalidad de mejorar el pronóstico, principalmente antes de la cirugía . Debido a las complicaciones de las transfusiones de sangre alogénica (TSA), la existencia de unos depósitos limitados y su alto coste, se han buscado otras alternativas a este tratamiento. El tratamiento con hierro y eritropoyetina antes de la cirugía ha demostrado ser una alternativa eficaz a la transfusión de hematíes, sin observarse efectos secundarios graves a su administración<sup>5</sup>. Por tanto siempre que sea posible deberá evaluarse la posible presencia de anemia preoperatoria (AP) con tiempo suficiente para iniciar un tratamiento adecuado, utilizando el tratamiento farmacológico en lugar de la TSA. Incluso cuando hay poco tiempo hasta la cirugía debería instaurarse el tratamiento de la AP, como parte de una estrategia multidisciplinar estandarizada de manejo en estos pacientes.

Aunque el tratamiento activo de cualquier anemia preoperatoria está indicado en todos los pacientes candidatos a procedimientos quirúrgicos electivos o programados de cirugía cardíaca, descartando que pueda ser secundario a otro proceso coexistente, el cual debería ser diagnosticado y tratado correctamente. No existe actualmente, en nuestro hospital, ningún protocolo que permita el diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria en estos pacientes. Además el tratamiento activo y preventivo de la anemia preoperatoria está indicado en aquellos pacientes aloimmunizados o quienes por motivos éticos o religiosos, rechacen la posibilidad de recibir TSA.

Con el desarrollo del protocolo del "Manejo de la anemia preoperatoria en pacientes de cirugía cardíaca" se pretende optimizar la situación en la que el enfermo llega a la intervención, disminuir el número de TSA perioperatorias y en consecuencia la morbimortalidad y los costes derivados de estas complicaciones.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Diagnóstico precoz, de la anemia preoperatoria en pacientes que van a ser intervenidos de cirugía cardíaca.

2.- Tratamiento dirigido por objetivos en cada paciente, según su situación clínica, etiología de la anemia, tipo de intervención, tiempo previsible hasta la misma, etc.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLIZACION DEL MANEJO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIACA**

- 3.- Optimización del estado preoperatorio del paciente.  
4.- Disminuir el número de TSA perioperatorias en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca programada.  
5.- Reducción de los costes derivados de la transfusión sanguínea propiamente dicha y de la morbimortalidad que asocia.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración del protocolo del manejo de anemia preoperatoria en el paciente que va a ser intervenido de cirugía cardíaca.
- a. Responsables de esta actividad:
- Unidad de Anestesia Cardiotorácica (Dra. Izquierdo; Dra. Puértolas; Dr. Laglera)
  - Servicio de Hematología (Dra. González; Dr. Rubio)
  - Servicio de Cirugía Cardiovascular (Dra. Matamala; Dr. Vázquez)
  - Servicio de Farmacia (Ldo. Huarte).
2. El paciente programado, recibirá junto con la citación a la consulta de anestesia cardiotorácica; el volante de la analítica preoperatoria (PES 001).
- Los responsables de esta medida serán los anestesiólogos de la Unidad de Anestesia cardiotorácica y los cirujanos del Servicio de Cardiovascular.
3. Al paciente programado para cirugía cardíaca se le realizará, siempre que sea posible, la valoración preoperatoria en las consultas de anestesia cardiotorácica; al menos un mes antes de la intervención.
- Los responsables de esta actividad serán los anestesiólogos de la Unidad de Anestesia Cardiotorácica.
4. Aplicación del el protocolo del manejo de la anemia preoperatoria en cirugía cardíaca.
- a. Los responsables de esta actividad serán:
- Unidad de Anestesia Cardiotorácica
  - Servicio de Hematología
  - Servicio de Farmacia
  - Servicio de Cirugía Cardiovascular
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. 80 % de los pacientes programados para cirugía cardíaca, recibirán el volante de analíticas preoperatorias (PES 001) junto a la citación de la consulta anestésica.  
2. 90% de los pacientes de cirugía cardíaca a los que se les realiza la valoración preoperatoria, en la consulta de anestesia cardiotorácica, tienen calculado el déficit de hierro según la fórmula incluida en protocolo.  
3. 90 % de los pacientes de cirugía cardíaca, a los que se les realiza la valoración preoperatoria en consulta de anestesia cardiotorácica, se les aplica el protocolo del manejo de la anemia preoperatoria.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto el 1 de Mayo del 2013 y evaluación para el 1 de Mayo del 2014.
- Del 1 al 31 de Mayo, elaboración y presentación del protocolo del manejo de anemia preoperatoria.
  - A partir del 15 de Mayo, comenzarán a cursarse las analíticas preoperatorias junto con la citación a la consulta de anestesia.
  - Del 1 al 15 de Junio, puesta en marcha del protocolo.
  - Del 15 al 30 de Junio, evaluar los resultados y realizar las modificaciones que se consideren necesarias.
  - A partir del 1 de Julio, aplicación del protocolo definitivo.
11. OBSERVACIONES. Adjunto formulario también en word, porque tengo dificultad para adjuntar la bibliografía en el apartado "problema u oportunidad de mejora seleccionada."

## Bibliografía:

- Llaur JV, Bisbe E. Transfusión y hemostasia. Un compromiso ineludible de la anestesiología moderna. Rev. Esp Anestesiol Reanim 2003 (editorial).
- Sullivan MT, Cotten R, Read EJ, Wallace EL. Blood collection and transfusion in the United States in 2001. Transfusion 2007; 47:385-94.
- Spiess BD. Blood transfusion: the silent epidemic. AnnThorac Surg 2001; 72(Suppl):1832-7.
- Lozano M. Complicaciones no infecciosas graves de la transfusión. Med Clin 2002 (Barc);119:550-554
- 2011 update to the Society of Thoracic Surgeons and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists blood conservation clinical practice guidelines. Society of Thoracic Surgeons Blood Conservation Guideline Task Force, Ferraris VA, Brown JR, Despotis GJ, Hammon JW, Reece TB, Saha SP, Song HK, Clough ER; Society of Cardiovascular Anesthesiologists Special Task Force on Blood Transfusion, Shore-Lesserson LJ, Goodnough LT, Mazer CD, Shander A, Stafford-Smith M, Waters J; International Consortium for Evidence Based Perfusion, Baker RA, Dickinson TA, FitzGerald DJ, Likosky DS, Shann KG. Ann Thorac Surg. 2011 Mar; 91(3):944-82. Review.
- Mehta RH, Sheng S, O'Brien SM, et al. Reoperation for bleeding in patients undergoing coronary artery bypass surgery: incidence, risk factors, time trends and outcomes. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2009; 2:583-90.
- Koch CG, Li L, Sessler DI, et al. Duration of red-cell storage and complications after cardiac surgery. N Engl J Med 2008; 358:1229 -39.
- 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.
- Van Straten AH, Hamad MA, van Zundert AJ, Martens EJ, Schönberger JP, de Wolf AM. Preoperative hemoglobin level as a predictor of survival after coronary artery bypass grafting: a comparison with the matched general population. Circulation. 2009 Jul 14;120(2):118-25.
- Beris P, Muñoz M, García-Erce JA, Thomas D, Maniatis A, Van der Linden P. Anaemia management in surgery-

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

**PROTOCOLIZACION DEL MANEJO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIACA**

consensus statement on the role of intravenous iron. Br J Anaesth 2008; 100: 599-60411. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes programados para cirugía cardíaca.

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

461

**PROTOCOLO DEL CANCER DE CERVIX DIAGNOSTICADO DURANTE LA GESTACION**

2. RESPONSABLE ..... YASMINA JOSE GUTIERREZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CATALAN SESMA TOMAS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A medida que la mujer retrasa su gestación a edades superiores a los 30 años, la incidencia de cáncer aumenta. Esto condiciona que actualmente, una de cada 1000 embarazadas tenga algún tipo de neoplasia asociada a la gestación.

El cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad tras el cáncer de mama en las mujeres a nivel mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La incidencia de carcinoma invasor en nuestro país es de 1.948 casos nuevos al año, con una mortalidad aproximada de 721 mujeres al año. Esta incidencia se halla en el segmento bajo europeo, con una tasa poblacional media de 6,3 casos por 100.000 habitantes año y una mortalidad de 1,9 por 100.000 habitantes año. Zaragoza está entre las regiones con una incidencia media-baja con 5,7 por 100.000 mujeres año.

Este cáncer es propio de la edad media de la vida, un tercio de los cánceres de cérvix ocurren en el periodo reproductivo y hasta un 47% de los diagnósticos de cáncer invasivo se hacen antes de los 35 años.

La incidencia de cáncer de cérvix en la gestación es variable, según los datos de distintas series y autores oscila de 1 hasta 15 casos por cada 10.000 embarazos. En nuestro centro, el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, hemos atendido a 254 pacientes con cáncer de cérvix desde el año 2003 hasta la actualidad, de ellas 5 pacientes estaban gestantes en el momento del diagnóstico.

La evidencia actual nos muestra que la mayoría de cánceres cervicales diagnosticados durante el embarazo se encuentran en estadios iniciales, esto se debe a que la exploración cervical y la citología forman parte, en la mayoría de países, de la rutina de las revisiones prenatales. La mayoría de publicaciones y estudios al respecto nos muestran que hasta el 76% de los casos de cáncer de cérvix diagnosticados en la gestación están en estadio I.

A pesar de que la mayoría de estadios al diagnóstico son quirúrgicos, esto no siempre coincide con el estado de madurez fetal. Esta discordancia con frecuencia implica la toma de decisiones difíciles tanto para la paciente y su familia como para el equipo médico, planteando también problemas éticos.

La creación de un protocolo de actuación en las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix y gestación pretende definir unas pautas claras de actuación para la realización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer cervical durante los tres trimestres de la gestación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Realizar citologías a todas las gestantes que no hayan sido cribadas previamente según las indicaciones para la prevención del cáncer de cérvix indicadas por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) y la AEPCC (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia).

2. Unificar los métodos diagnósticos basados en citología, colposcopia y/ biopsia cervical para poder realizar un diagnóstico correcto en las gestantes con sospecha de esta patología.

3. Establecer las pruebas de imagen que pueden ser solicitadas para el diagnóstico y el estudio de extensión necesario.

4. Determinar los posibles tratamientos quirúrgicos que podemos ofertar a las gestantes en función de las semanas de gestación y el estadio de la enfermedad.

5. Conocer los tratamientos de quimioterapia y radioterapia indicados en cada caso.

6. Determinar la vía de parto, en aquellos casos necesarios, en función del estadio tumoral.

7. Unificar nuestras pautas de actuación a la hora del manejo diagnóstico-terapéutico de las gestantes con cáncer de cérvix.

8. Manejar cada caso de forma individualizada en función del estadio tumoral, tipo histológico, edad gestacional al diagnóstico y del deseo genésico de las pacientes y sus parejas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración del un protocolo asistencial de actuación en las

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

461

**PROTOCOLO DEL CANCER DE CERVIX DIAGNOSTICADO DURANTE LA GESTACION**

pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix que van a ser tratadas en el Servicio de Ginecología del HUMS. (Dra. José, Dr. Puig y Dr. Ruiz Conde).

2. Presentación del Protocolo a los integrantes de dicho Servicio y del Servicio de Obstetricia. (Dra. José y Dr. Ruiz Conde).

3. Implantación del Protocolo (Dra. José, Dra. Morollón, Dr. De Pablo).

4.- Evaluación de los resultados, modificación de aquellos apartados que se consideren mejorables y seguimiento. (Dr. Catalán, Dr. Horno).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación y seguimiento de la asistencia prestada a estas pacientes quedará registrada en la base de datos de cáncer de creada en el Servicio de Ginecología el año 2012, como parte de la línea de mejora "Creación de bases de datos informatizadas de los principales cánceres ginecológicos asistidos en el Servicio", aprobada en la convocatoria del año 2012.

Mediante la revisión de esta base de datos podremos determinar si la asistencia prestada a las gestantes con cáncer de cérvix en la gestación se ha ajustado a lo recomendado por el protocolo.

En los casos en los que la asistencia no se ajuste al protocolo establecido se deberá registrar en la base de datos el motivo de esta actuación.

Mediante la base de datos elaboraremos una estadística anual de la incidencia de las pacientes asistidas en nuestro centro por esta patología.

Se realizará una memoria anual de cada tipo de cáncer con los datos más relevantes al respecto.

El indicador escogido para la evaluación será: N° pacientes con cáncer de cérvix en la gestación a las que se ha aplicado el protocolo/ N° pacientes total con cáncer de cérvix y gestación asistidas en nuestro centro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo: marzo-abril 2013.

Presentación a los integrantes del Servicio: mayo-junio 2013.

Aplicación del protocolo: desde septiembre 2013.

Evaluación y seguimiento del protocolo: noviembre-diciembre 2013.

11. OBSERVACIONES. Al igual que los Protocolos de La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, este Protocolo no debe interpretarse de forma rígida ni excluyente sino que debe servir de guía para poder ofertar una atención individualizada a las pacientes.

Se remite de nuevo el proyecto por indicarnos cuando lo remitimos por primera vez que habíamos excedido el número de componentes permitido. Lo remitimos con los componentes del equipo definitivos. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

244

**ACTUACION PERIOPERATORIA EN PACIENTES CON ALERGIA AL LATEX**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO ALERGOLOGIA
- LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO ANESTESIA Y REANIMACION
- GARCES MAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO ALERGOLOGIA
- BAILO MASTRAL PABLO. INFORMatico/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
- MARTINEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- ALVAREZ RUIZ JULIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- BARA MACHIN GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- LOPEZ LACASTA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- MILLA TERUEL ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- CALVO SANZ VANESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- SANZ ASIN ALICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS QUIRURGICOS
- RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de Alergia al látex es cada vez mayor en pacientes quirúrgicos. Evitar la exposición es fundamental para evitar complicaciones en pacientes con riesgo. Ante un paciente con sospecha de alergia al látex la coordinación entre el servicio de Anestesiología y el servicio de Alergología es fundamental para acelerar el diagnóstico y poder preparar la intervención quirúrgica en condiciones mas seguras.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2011 se realizó un proyecto de mejora titulado "Protocolo de actuación en el bloque quirúrgico ante pacientes con alergia al latex". Actualmente, consideramos imprescindible ampliar este protocolo más allá de la actuación en bloque quirúrgico; puesto que la mejora de la eficiencia y efectividad en el manejo del paciente alérgico al látex debe comenzar en la consulta de anestesia con una exhaustiva valoración preoperatoria que permita la optimización clínica del paciente, antes del proceso quirúrgico; continuar con un adecuado manejo perioperatorio y posterior confirmación del diagnóstico en pacientes "de novo" que se realizará contando con la colaboración del Servicio de Alergología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El objetivo de esta ampliación, no es otro que permitir mejorar la calidad de la atención y seguridad de estos pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir un correcto diagnóstico y actuación desde la consulta preoperatoria de anestesia agilizando los trámites de interconsulta con el servicio de Alergología del Hospital Clínico Lozano Blesa mediante contacto a través de la Intranet de ambos sectores evitando la demora de pruebas diagnósticas y facilitando el seguimiento de estos pacientes para posteriores intervenciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar un seguimiento de todas las posibles reacciones alérgicas al látex, de su diagnóstico y tratamiento. Responsable: Dra. Jubera Ortíz de Landázuri

Realizar un protocolo de determinaciones diagnósticas de laboratorio tras reacción y recogida de muestras.

Responsable: Dr. Rello Varas

Realizar protocolo de preparación del quirófano en caso de sospecha de Alergia al látex. Responsable: Mº Jesús Martínez

Realizar informe informático para contacto directo entre servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital universitario Miguel Servet y servicio de Alergología del Hospital Clínico Lozano Blesa. Responsable: Pablo Bailo Mastral

Realizar diagnóstico definitivo y seguimiento por el servicio de Alergia del Hospital Clínico Lozano Blesa.

Responsable: Dr. Colás

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de pacientes alérgicos al látex, intervenidos quirúrgicamente

-Número de intervenciones suspendidas por falta de preparación del paciente o del quirófano

-Número de reacciones graves en pacientes con sospecha de alergia al látex

-Número de reacciones graves en pacientes diagnosticados de alergia al látex

-Número de pacientes con sospecha de alergia al látex que son derivados al servicio de alergología del Hospital Clínico Lozano Blesa a través del nuevo informe de intranet

-Revisar si con esta nueva vía de comunicación con el servicio de alergología el número de suspensiones por posible alergia la látex disminuye.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración del informe informático para acceder desde los dos hospitales. junio 2013.

-Elaboración de protocolo de laboratorio con las peticiones a rellenar. Julio 2013.

-Elaboración de recogida de datos y protocolo definitivo para el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. Septiembre 2013.

11. OBSERVACIONES. El proyecto se realiza conjuntamente con el servicio de Alergología del Hospital Clínico Lozano Blesa.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

244

**ACTUACION PERIOPERATORIA EN PACIENTES CON ALERGIA AL LATEX**

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

235

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO PARA MANEJO DEL SINDROME VASOPLEJICO REFRACTARIO EN CIRUGIA CARDIACA**

2. RESPONSABLE ..... LUISA LACOSTA TORRIJOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GARCIA MANGAS MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde hace unos años se ha observado que, en algunos pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC), aparece un cuadro caracterizado por hipotensión arterial refractaria o shock vasodilatador post by-pass cardiopulmonar.

La incidencia se estima en un 9% de estas intervenciones en la población adulta, pudiendo alcanzar el 40% si valoramos pacientes con factores de riesgo.

El perfil hemodinámico que presentan estos pacientes es el siguiente:

Tensión Arterial Media (TAM) < 50 mmHg, Resistencias Vasculares Sistémicas (RVS) < 800 dynas.cm, Índice cardíaco (IC) >2,5L.min.m<sup>2</sup>. a pesar de una correcta reposición de fluidos y alcanzando dosis tóxicas de vasopresores Noradrenalina > 0,5 mcg.kg.min.

Se ha sugerido que la causa de esta vasoplejia está en el daño endotelial, la disrrregulación autonómica con regulación a la baja de receptores catecolaminérgicos y en la liberación de mediadores inflamatorios, citoquinas, óxido nítrico, radicales libres de oxígeno... Los cuales terminan produciendo por activación de la gualinato ciclasa un aumento en la síntesis de GMPC, responsable de la vasodilatación y disminución de la contractilidad en los miocardiocitos. A esto se le suma un relativo déficit de vasopresina postintervención.

Los pacientes más susceptibles de padecerlo son:

Tomadores de IECAS, antagonistas del calcio, betabloqueantes, catecolaminas, antiarrítmicos, heparina no fraccionada en perfusión previamente

Pacientes con bajos gastos cardíacos (FE < 35%)

Diabetes Mellitus

Euroscore desfavorable

A los que se les suman factores dependientes de este tipo de cirugía (uso de protamina, duración de la intervención, temperatura corporal durante la CEC).

La mortalidad alcanza hasta el 25% de los casos, sobretodo en aquellos casos de más de 48h de evolución postintervención, siendo también preocupante el consumo de recursos y el aumento en la estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

En los últimos años se han propuesto nuevas líneas de actuación farmacológica para romper este círculo vicioso de hipotensión, hipoperfusión, acidosis, aumento de lactato, caída más pronunciada de las resistencias vasculares, toxicidad por el abuso de catecolaminas, shock hemodinámico y fallo multiorgánico.

En la actualidad disponemos de suficiente evidencia para aplicar fármacos como el Azul de Metileno o la Vasopresina. Estos fármacos han demostrado ser útiles como fármacos adyuvantes o de segunda línea, pero creemos necesario la elaboración de protocolos en los que los profesionales puedan basarse, seleccionando el perfil óptimo de población que puede beneficiarse y estableciendo términos seguridad.

Este cuadro vasodilatador refractario puede también manifestarse en relación con otras patologías como pancreatitis, sepsis, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, o vinculado con la infusión de fármacos como la amiodarona o la protamina. Creemos que la elaboración de este protocolo puede ser útil también en estas áreas y puede ser motivo de ampliación del proyecto en un futuro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de un protocolo de actuación en caso de aparición de Síndrome Vasopléjico Refractario en el intra-postoperatorio de Cirugía Cardíaca, que permita a los profesionales implicados un plan de actuación con la máxima optimización de recursos, basado en la mayor evidencia disponible, incluyendo líneas farmacológicas que han demostrado ser útiles y tienen su lugar en este síndrome. Disminuir tasas de morbimortalidad así como reducir tiempo de estancia en la UCI.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar el protocolo en consenso con servicios como Farmacia, Unidad de Cuidados Intensivos PostCirugía Cardíaca y Anestesiología en Cirugía Cardíaca. Definir la población que podría beneficiarse de la aplicación de este protocolo de Manejo del Síndrome Vasopléjico. Aplicar este protocolo que incluye fármacos menos conocidos como la Vasopresina y el Azul de Metileno, dentro de los términos de seguridad, basado en la mayor evidencia disponible hasta el momento.

Recoger datos que nos permitan estudiar los resultados en términos de aumento de las RVS, disminución de requerimientos de catecolaminas, mejoría en la función multiorgánica (diuresis, niveles de lactato...), reducción de estancia en UCI.

En un principio el protocolo estará centrado en pacientes con Síndrome Vasopléjico postCEC, pero puede ser ampliable a Síndromes Vasopléjicos en otros contextos como hemos comentado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Número de pacientes que cumplen criterios de aplicación del protocolo/  
Número de pacientes que se les ha aplicado el protocolo

2- Niveles de lactato y Saturación venosa mixta en los pacientes seleccionados antes de aplicar el protocolo, a las 3 horas, 12 horas y 24h tras su aplicación (analítica de sangre)

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO PARA MANEJO DEL SINDROME VASOPLEJICO REFRACTARIO EN CIRUGIA CARDIACA**

3- Niveles de drogas catecolaminérgicas antes de aplicar el protocolo, a las 3 horas, 12 horas y 24h tras su aplicación

4- Tiempo total de estancia en UCI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Recogida de resultados durante un año en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca bajo circulación extracorpórea. Ampliación en las Unidades de cuidados Intensivos a síndromes vasopléjicos refractarios de diferente etiología en los próximos 3 años con recogida y evaluación de resultados.

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes tras cirugía cardíaca con circulación extracorpórea

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

433

**MEJORA DEL CONFORT DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE MANTENIENDO SU NIVEL DE CONCIENCIA**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER LAFUENTE MARTIN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOBON RASCON MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA
- CASADO MERODIO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION
- MOLERO VIRTO YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OTROS (AREA QUIRURGICA)
- MINGUEZ MORALES JUAN MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OTROS (AREA QUIRURGICA)
- ALVO RITUERTO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OTROS (AREA QUIRURGICA)
- VILLEN ANTON ASCENSION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OTROS (AREA QUIRURGICA)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ansiedad que sufre un paciente antes y durante la realización de un procedimiento quirúrgico es por todos conocida, sin necesidad de trabajos que lo confirmen (que los hay en gran cantidad), ni de escalas que lo cuantifiquen. Generalmente, con la inducción anestésica el paciente queda en una situación de inconsciencia que le aísla de todo lo que ocurre a su alrededor.

Sin embargo, existen muchos pacientes que, por sus características o por los de la intervención, son operados "despiertos" o con un grado de sedación más o menos profunda. Estos pacientes siguen manteniendo su capacidad consciente, y por tanto las condiciones ambientales, principalmente auditivas, pueden provocarles sensaciones de disconfort, de manera totalmente involuntaria.

Dentro del quirófano, o en el entorno que lo rodea, son frecuentes las conversaciones entre el equipo quirúrgico destinado al procedimiento, y por otras personas que, relacionadas o no con el caso, aparecen en la escena. En esta situación, muchas veces se producen comentarios sin pensar que el paciente pueda oírlos y por tanto sin tener en cuenta que el paciente pueda oírlos e interpretarlos a su manera; lo que le genera un incremento del estrés que de por sí ya presenta.

Un método muy sencillo y barato, pero no por ello poco efectivo, consistiría en poner en las puertas de quirófano unos pequeños velcros en los que se pudiese colocar (para ser visible por todos los presentes y los que puedan llegar) unos carteles plastificados en los que pudiera leerse algo así como "ATENCIÓN, PACIENTE DESPIERTO". De este modo, podría lograrse reducir el ambiente sonoro dentro del quirófano e incrementar el grado de confort de paciente y profesionales.

Algo parecido se usa en algún quirófano para tapar las ventanas de las puertas, cuando interesa minimizar el paso de luz, por ejemplo en las cirugías laparoscópicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se desconoce la existencia de datos al respecto

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incremento del confort de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo sedación más o menos consciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Colocar en las puertas de quirófano unos pequeños velcros en los que se pueda colocar (para ser visible por todos los presentes y los que puedan llegar) unos carteles plastificados en los que se lea algo así como "ATENCIÓN, PACIENTE DESPIERTO". De este modo, podría lograrse reducir el ambiente sonoro dentro del quirófano e incrementar el grado de confort de paciente y profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Dada la sencillez del procedimiento, la valoración del mismo podría realizarse mediante:

- encuesta de satisfacción en el personal del quirófano
- encuesta de satisfacción en los pacientes sometidos al procedimiento, haciendo especial hincapié en aquellos con antecedentes de intervenciones previas bajo sedación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La simplicidad de la actuación requerida hace que la posibilidad de implantación sea inmediata a partir del momento en que se decidiese su realización, y la valoración se podría hacer automáticamente desde el mismo día

11. OBSERVACIONES. El procedimiento apenas tiene costes añadidos ya que sólo se necesitan unos velcros y unas cartulinas plastificadas con la leyenda "ATENCIÓN, PACIENTE DESPIERTO" (o la que se considere oportuna) del tamaño de las ventanas de las puertas de los quirófanos, que perfectamente podrían ser realizadas en el propio hospital.

ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. .... 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

433

MEJORA DEL CONFORT DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE MANTENIENDO SU NIVEL DE CONCIENCIA

- 3. Mejorar utilización de recursos. .... 4 Mucho
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. .... 4 Mucho

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

**MANEJO DE LA REACCION ALERGICA PERIOPERATORIA****2. RESPONSABLE** ..... NOELIA LAFUENTE OJEDA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- RELLO VARAS LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA
- LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION
- COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE ALERGIAS
- JUBERA ORTIZ DE LANZADURI MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA
- GRACIA MATILLA ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA
- MATEO OROBIA ANTONIO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
- GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION
- MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION
- BAILO MASTRAL PABLO. INFORMatico/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Toda reacción alérgica (RA) se considera una reacción inmunológica patológica, producida por el contacto de un antígeno con un individuo previamente sensibilizado. En nuestro medio se estima una incidencia de aproximadamente 1/10000 casos, con una mortalidad del 3-9%. El análisis de los pacientes que han presentado una reacción alérgica perioperatoria ha permitido determinar unos factores que asociados a la reacción, incrementan su morbimortalidad, indentificándose así mismo diferentes grupos de riesgo. Se han propuesto recomendaciones para identificar a dichos grupos en riesgo de anafilaxia perioperatoria que podría beneficiarse de una evaluación preoperatoria más precisa. El diagnóstico de anafilaxia perioperatoria incluye aspectos clínicos, biológicos y alergológicos. Los métodos utilizados en el diagnóstico se pueden clasificar como:

**MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO INMEDIATO**

Determinan diferentes parámetros biológicos, según el tiempo transcurrido desde el episodio agudo.

**MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO TARDÍO**

Se suelen realizar de cuatro a seis semanas tras la reacción alérgica. Entre ellos se encuentran los prick-test y las intradermorreacciones, ensayos celulares y test de provocación.

El objetivo que se pretende conseguir es la interrupción de la exposición del paciente al agente alérgico y minimizar los efectos de los mediadores, disminuyendo la liberación y producción de los mismos. Todo ello de la manera más temprana posible.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Se espera conseguir un correcto diagnóstico y actuación desde la consulta preoperatoria de anestesia, de una reacción alérgica ya conocida o no conocida. También el desarrollo de forma conjunta con el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", servicio de alergias, de un informe detallado con la posible reacción alérgica para su correspondiente estudio en dicho hospital. En definitiva desarrollar un protocolo de manejo perioperatorio de una reacción alérgica conocida o no, desde su diagnóstico hasta su tratamiento de forma temprana y precoz y su posterior seguimiento por el servicio de alergias del clínico "Lozano Blesa".

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Realizar un seguimiento de todas las posibles reacciones alérgicas, de su diagnóstico y tratamiento utilizado. Responsable: Dra . Noelia Lafuente Ojeda

Realizar protocolo de detreminaciones diagnósticas de laboratorio tras la reacción y recogida de muestras en el Hospital Universitario Miguel Servet Responsable: Dr. Luis Rello Varas y Dra Noelia Lafuente Ojeda

Realizar informe informático con toda la información recogida. Responsable:

Realizar diagnóstico definitivo con pruebas cutáneas de laboratorio tras derivar al paciente al Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Responsable: Dr Carlos Colas

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** N° de pacientes en los que se realiza correctamente la petición diagnóstica respecto al N° total pacientes con reacción alérgica sea del >90%

N° de pacientes en los que tras el comienzo de la reacción alérgica reciben correctamente el tratamiento según la gravedad clínica en relación al N° de pacientes con reacción alérgica tratados correctamente sea >90%

N° de pacientes correctamente diagnosticados en relación al N° de diagnósticos positivos sea >90

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Elaboración del informe informático para acceder desde los dos hospitales. Hasta Junio 2013.

Elaboración de protocolo de laboratorio con las peticiones a rellenar. Hasta Julio 2013.

Elaboración de recogida de datos y elaboración del protocolo definitivo para el correcto diagnóstico,

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

**MANEJO DE LA REACCION ALERGICA PERIOPERATORIA**

tratamiento y derivación del paciente. Hasta Septiembre 2013.

11. OBSERVACIONES. El proyecto se realiza conjuntamente con el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", siendo nuestro objetivo que sea de aplicación multisectorial al menos en estos dos hospitales y quizá a algún otro sector sanitario. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

384

## 1. TÍTULO

**APLICACION DE PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

2. RESPONSABLE ..... MARTA LAMARCA BALLESTERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA  
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es una inflamación secundaria a una infección del tracto genital superior (endometritis, miometritis, ooforitis, parametritis, salpingitis), generalmente de origen polimicrobiano procedente de vagina o cérvix, en raras ocasiones por extensión transperitoneal de material infeccioso y muy raramente por transmisión vía hematógica o linfática. La EIP en la paciente no tratada a tiempo y con progresión de enfermedad, puede producir secuelas como embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, dispareunia y esterilidad, que aumentan el número de consultas posteriores y en ocasiones deben ser tratadas quirúrgicamente o pasan a ser tratadas por esterilidad en el Servicio de Reproducción Asistida. Dadas las importantes consecuencias crónicas que produce la EIP, se justifica su tratamiento antibiótico empírico sólo en base a la sospecha clínica, sin ninguna otra prueba diagnóstica, siempre que cumpla los criterios mínimos. Estas pacientes deben ser reevaluadas a las 72 horas del inicio del tratamiento para valorar su mejoría clínica y en caso contrario, proceder a su ingreso para tratamiento intravenoso. Actualmente son atendidas en el Servicio de Urgencias de Maternidad, no realizándose dicha evaluación posterior con sus posibles consecuencias para la salud de la paciente, puesto que no se dispone de un sistema de derivación para su control. En el año 2012 se elaboró un protocolo asistencial pendiente de aprobación para identificar correctamente a las pacientes susceptibles de tratamiento empírico, realizar las exploraciones complementarias mínimas necesarias y derivarlas para su posterior evaluación en consultas externas del Servicio de Ginecología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aplicación del protocolo asistencial en todas las pacientes atendidas en Urgencias o en planta de hospitalización de Ginecología con sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Derivación de dichas pacientes a consultas externas para su posterior control. Reducir el número de pacientes que deben ser intervenidas por progresión/empeoramiento de enfermedad, con la consecuente disminución de costes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Presentación del protocolo asistencial para pacientes diagnosticadas de enfermedad inflamatoria pélvica a todos los facultativos que trabajan en el servicio de Urgencias de Maternidad y facultativos que visitan a las pacientes ingresadas en planta de ginecología, así como aquellos que atenderán posteriormente a las pacientes en las consultas externas.  
- Elaboración de un folleto explicativo para las pacientes explicando en qué consiste su cuadro clínico, signos de alarma que deben motivar acudir a urgencias y necesidad de cumplimentar adecuadamente el tratamiento pautado.  
- Citar a las pacientes con sospecha de EIP en consultas externas en el plazo de 72-96 horas para reevaluación clínica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes atendidas en Urgencias con sospecha diagnóstica de EIP a las que se aplica tratamiento según protocolo, revisando los informes de las pacientes atendidas en urgencias.  
- Número de pacientes derivadas a las Consultas Externas para su posterior reevaluación, mediante revisión de las historias clínicas de las pacientes atendidas en urgencias..  
- Número de pacientes que deben ser intervenidas como consecuencias de la EIP, examinando los informes de alta quirúrgicos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Presentación del protocolo asistencial en Sesión Clínica. Mayo de 2013. Puesta en marcha del protocolo asistencial. Junio de 2013. Evaluación de los indicadores mediante revisión de informes e historias clínicas. Marzo 2014.

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

POBLACIÓN DIANA  
· EDAD. Todas las edades  
· SEXO. Mujeres  
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

384

**APLICACION DE PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

394

**MEJORA DE LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE UNA SISTEMATICA DE COMUNICACION DE RESULTADOS DE ALARMA DE PACIENTES AMBULANTES A TRAVES DEL S.I.L****2. RESPONSABLE** ..... ANA BELEN LASIERRA MONCLUS

- Profesión ..... OTROS
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- GARCIA DE JALON COMET ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- RELLO VARAS LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- VENTURA VENTURA PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- CASTRILLO RUBIO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- MARCIAL DIESTE MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
- CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H 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, Inmunológica, Cribado Neonatal, Metales y Proteínas.

La seguridad del paciente es un punto clave en todo sistema de calidad, como recomiendan diferentes organismos como la OMS o la Joint Comisión (JC). Ambos organismos indican que es necesario poner en marcha objetivos concretos relativos a la seguridad del paciente, siendo uno de ellos la mejora de la comunicación efectiva entre los facultativos clínicos y los de laboratorio. En el laboratorio clínico es necesario conocer los riesgos y prevenir los eventos adversos. Asimismo, es esencial la calidad de la información que se transmite a los clínicos, que ha de ser útil y adecuada para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad y ha de llegar en el tiempo adecuado.

El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet gestiona más de 580.000 peticiones al año procedentes de los Sectores Zaragoza I y Zaragoza II, así como de otros hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón y de La Rioja ya que es centro de referencia para determinadas pruebas especiales. En nuestro laboratorio la comunicación de resultados de alarma de pacientes hospitalizados y Urgencias se realiza inmediatamente mediante llamada telefónica y todos los datos quedan anotados en el correspondiente registro. Sin embargo, debido al gran volumen de muestras que se procesan en nuestro laboratorio de pacientes ambulatorios procedentes de Consultas de Atención Primaria y de Atención Especializada este sistema resulta demasiado costoso en tiempo para el facultativo de Bioquímica Clínica y la comunicación mediante el envío del informe al clínico solicitante por la vía ordinaria puede derivar en que los resultados de alarma no sean advertidos por el clínico hasta que el paciente vuelva a acudir a la consulta, ya que en función del destino unos informes son enviados por impresión remota y otros quedan disponibles para ser consultados por el clínico vía O.M.I. y/o Intranet, con el consiguiente retraso en el diagnóstico y/o en el tratamiento. Por ello surge la necesidad de establecer un sistema de comunicación de resultados de alarma de pacientes ambulatorios que sea eficaz y rápido.

Por tanto, dada la importancia de la comunicación de resultados de alarma para garantizar la seguridad del paciente, el objetivo de este proyecto es la mejora del proceso postanalítico mediante la implantación de una sistemática de comunicación de resultados de alarma de pacientes ambulatorios a través del S.I.L.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Implantación de un protocolo de comunicación de resultados de alarma de pacientes ambulatorios a través del S.I.L. mediante el envío del informe de laboratorio por correo electrónico al centro o consulta de procedencia del paciente, según proceda. Se pretende garantizar la notificación en un tiempo inferior a 24 horas, y comprobar diariamente el correcto envío y recepción mediante un listado de notificaciones enviadas proporcionado por el S.I.L.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1. Revisión del procedimiento relativo a la postanalítica e informes de laboratorio.

2. Implantación de la sistemática de comunicación de resultados de alarma de pacientes ambulatorios a través de nuestro S.I.L. (Modulab Gold de Systemlab).
3. Formación del personal facultativo implicado en el proceso.
4. Control del envío y la recepción de las notificaciones.
5. Elaboración de estadísticas mensuales de tiempos de respuesta.
6. Detección de posibles fallos en el proceso de envío y/o recepción de las notificaciones.
7. Evaluación de la satisfacción del cliente-usuario.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. Indicador: Tiempo de respuesta desde la realización del análisis bioquímico hasta que el facultativo de Bioquímica Clínica realiza el envío de la notificación al clínico. Estándar: < 24 horas

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

394

**MEJORA DE LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE UNA SISTEMATICA DE COMUNICACION DE RESULTADOS DE ALARMA DE PACIENTES AMBULANTES A TRAVES DEL S.I.L**

Análisis: mensual  
Evaluación: semestral

2. Indicador: Tiempo de respuesta desde el envío de la notificación por parte del facultativo de Bioquímica Clínica hasta que el clínico abre el correo electrónico.

Análisis: mensual  
Evaluación: semestral

3. Indicador: Porcentaje de notificaciones que no han sido abiertas según Centro o Servicio.  
Estándar: 0%

Análisis: mensual  
Evaluación: semestral

4. Indicador: Grado de satisfacción del cliente-usuario.

Análisis: semestral  
Evaluación: anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Este proceso ha comenzado a ponerse en marcha de forma piloto en nuestro Servicio de Bioquímica Clínica en el último trimestre de 2012.  
Octubre 2012: Implantación de la sistemática de comunicación de resultados de alarma de pacientes ambulantes a través de nuestro S.I.L.  
Octubre 2012 - Febrero 2013: Formación del personal facultativo implicado en el proceso.  
Mensualmente: Elaboración de estadísticas mensuales de tiempos de respuesta, registro de indicadores.  
Julio 2013: Evaluación de indicadores. Encuesta de satisfacción.  
Enero 2014: Evaluación y elaboración de la memoria.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

**MEJORA DEL RENDIMIENTO DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA Y DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE**

## 2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE IZQUIERDO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VELASCO HUICI IRENE. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- VALERO MURO MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- FUERTES RODRIGO CRISTINA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- GARZA ESPI ARANZAZU. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- BARRIO ALONSO ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- GOMEZ BARRENA VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- PEREZ DELGADO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es una práctica habitual en urgencias pediátricas la realización de hemocultivos a pesar de su baja rentabilidad. El alto porcentaje de hemocultivos contaminados en nuestra Unidad de Urgencias de Pediatría ha planteado la necesidad de revisión el protocolo vigente de la extracción y el procesamiento de las muestras para mejorar su efectividad.

Una ágil comunicación con el Servicio de Microbiología ante resultados positivos a posibles gérmenes patógenos permite realizar un seguimiento óptimo del paciente desde la Unidad de Urgencias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Seguimiento de pacientes con resultado en hemocultivo (HC) de posible patógeno

- Disminuir la variabilidad en el procedimiento de extracción de HC entre los profesionales de la Unidad
- Analizar los resultados de los HC realizados para conocer su rentabilidad diagnóstica
- Disminuir la tasa de contaminación de los HC

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Seguimiento de pacientes con resultado en hemocultivo (HC) de posible patógeno

- Disminuir la variabilidad en el procedimiento de extracción de HC entre los profesionales de la Unidad
- Analizar los resultados de los HC realizados para conocer su rentabilidad diagnóstica
- Disminuir la tasa de contaminación de los HC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión con Servicio de Microbiología para revisión procedimiento vigente de extracción de HC

- Registro de los resultados HC positivos a posibles patógenos, así como el seguimiento clínico del paciente y la vía de comunicación (historia clínica hospitalaria y/o de Atención Primaria o llamada telefónica al domicilio o al pediatra responsable)
- Sesiones prácticas de actualización para los profesionales que realizan la extracción de HC
- Sesión informativa en el Servicio de Pediatría
- Evaluación de indicadores de forma trimestral
- Reunión del equipo de mejora para análisis de los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores a utilizar serán:

- Número de Pacientes a los que se ha realizado seguimiento tras conocer resultado del HC/ Pacientes con resultado HC posible patógeno x100
- Número de Profesionales que actualizan la formación en la técnica de extracción de HC/ Número total de Profesionales de la Unidad de Urgencias que realizan HC x100
- Número de HC positivos / Número de HC realizados x100
- Número de HC con resultado de contaminación/Nº de HC realizados x100

Para la evaluación se analizarán los registros de:

- pacientes con resultado de posible patógeno
- profesionales de enfermería que han realizado formación de actualización en el procedimiento de extracción de HC

Se monitorizarán de forma trimestral comunicando los resultados en las reuniones de calidad de la unidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013:

- Revisión procedimiento de extracción de HC
- Reunión con Servicio de Microbiología
- Diseño registro pacientes con resultados HC positivos
- Establecer cronograma de sesiones en la unidad para la actualización en el procedimiento de extracción HC

Abril- Junio 2013:

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

**MEJORA DEL RENDIMIENTO DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA Y DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE**

- Sesión informativa en el Servicio Pediatría
- Actualización en la técnica de extracción de HC

Julio 2013- continuidad del proyecto en 2014

- Evaluación de indicadores de forma trimestral
- Reunión equipo de mejora para análisis de los resultados

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

040

## 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 ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· HERNANDEZ PEREZ JAVIER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS  
· GARCIA MARTINEZ MIGUEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS  
· FERRANDEZ CORTES JAIME. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA  
· GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS  
· AMAYAS LORAO REBECA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS  
· GOTOR COLAS SOFIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la recuperación posparto es importante tener en cuenta no sólo aspectos físicos, sino también emocionales debido a que según la bibliografía revisada entre un 10-20% de las madres sufren Depresión posparto entre la 2ª-4ª semana posparto, con una duración de 4-6 semanas, pudiendo prolongarse hasta el año sin un tratamiento adecuado.

La Depresión posparto se define según DSM IV "trastorno depresivo de inicio en el posparto". Interfiere de manera negativa en el desarrollo social, emocional e intelectual de los hijos, en la relación de pareja y en la salud de la mujer, además conlleva consecuencias económicas debido a las bajas laborales.

Existen numerosos estudios que relacionan la depresión posparto con múltiples factores, pero son escasas las investigaciones de la repercusión del momento del parto en el estado emocional de la madre.

Los escasos estudios respecto al impacto del parto a nivel emocional, reflejan el efecto positivo de: apoyo continuo en el parto, contacto precoz madre-recién nacido y reducción del dolor del parto.

Siendo por tanto el parto un momento importantísimo a nivel emocional, se debe dotar a la mujer de mayor protagonismo y participación, tal y como reconoce la OMS. Así mismo la Estrategia de atención al parto normal, surgida en 2007, realiza una revisión de buenas prácticas en el parto según la evidencia científica disponible.

Basándonos en esta estrategia se considera que es importante recoger datos de las prácticas del parto para establecer posible relación entre el trabajo del parto y su repercusión psicológica para detectar madres "en riesgo" de sufrir este trastorno.

Debido a la importancia de una detección precoz de la DPP para evitar consecuencias negativas se decidió elaborar un protocolo con el objetivo de detectar factores de riesgo de depresión posparto antes de ser la puérpera dada de alta en el hospital. Para ello se utilizó un cuestionario de las prácticas en el parto basándonos en las recomendaciones en la Estrategia de atención al parto normal y posteriormente se utilizó un test de despistaje específico para detectar Depresión posparto, siendo el test de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) válido, sencillo y de fácil comprensión por la madre ( la realización adecuada de este test es entre la 6ª-8ª semana posparto, según la bibliografía consultada)

El protocolo es dinámico en todo su proceso, realizando simultáneamente cuestionarios, test Edimburgo y derivación a psiquiatría. Por tanto se precisó de la colaboración de un psiquiatra del hospital.

Realizado el estudio se valorará la utilidad de protocolizar el seguimiento de las puérperas incorporando al informe de alta de la matrona hospitalaria las prácticas del parto que se han demostrado son factores de riesgo de depresión puerperal, lo que facilitará a la matrona de atención primaria un seguimiento en la consulta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El estudio se realizó en los meses octubre y noviembre de 2011. En estos dos meses hubo un total de 737 partos.

Las puérperas, antes del alta hospitalaria, tras firmar un consentimiento informado, rellenaron el cuestionario de las prácticas del parto basadas en la estrategia de atención al parto normal. El cuestionario fue rellenado por 593 puérperas (80,46% del total). Fueron excluidas: madres con feto muertos (hubó 10 madres en esta situación), patología psiquiátrica previa, no comprender nuestro idioma, no dar su consentimiento .

Entre la semana 6ª-8ª posparto se contacto telefónicamente con ellas para realizar el test de Edimburgo (EPDS), 48 no se localizaron y 4 decidieron por teléfono abandonar el estudio.

Por tanto el test EPDS fue realizado a 541 puérperas.

De estas 541 puérperas, dieron resultado positivo (puntuación igual o superior a 10 puntos) en el test EPDS 56. Por tanto en estos dos meses en nuestro hospital hubo un 10,35% de depresión posparto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Derivar a las madres a psiquiatría para una valoración adecuada, debido a que el test de Edimburgo es considerado un test de despistaje, pero no de diagnóstico. El juicio clínico del psiquiatra será el que confirmará o descartará si las 56 madres con test positivo sufren depresión posparto.

-Identificar factores de riesgo de depresión posparto relacionados con el parto, para ello se debe realizar un estudio estadístico de la posible asociación entre depresión posparto y las prácticas de parto de la Estrategia de atención al parto normal recogidos en el cuestionario rellenado por la madre antes del alta hospitalaria, estas prácticas recogidas son: episiotomía, manejo del dolor, apoyo continuo por la matrona, acompañamiento por la persona que la madre prefiera, tipo de parto, contacto precoz piel con piel madre-recién nacido y primera toma lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto,

-Detectar mediante estudio estadístico otros factores de riesgo de depresión posparto no relacionados con las prácticas del parto, tales como variables obstétricas: (prematuridad, multiparidad, patología en gestación, gemelaridad, ingreso hospitalario del bebé, tipo lactancia materna a las 6-8 semanas posparto) y satisfacción con su parto.

-Elaborar un protocolo que permita detectar antes de la 6ª-8ª semana tras el nacimiento a la madre en riesgo

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

040

**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**

de Depresión puerperal para un derivación precoz a psiquiatría.

-Proporcionar un instrumento de acercamiento entre puérpera-matrona-psiquiatra.

-Coordinación entre las unidades de obstetricia y psiquiatría.

-Favorecer la comunicación entre matrona de hospital y AP en el seguimiento de las puérperas, planteando la posible necesidad de ampliar información en el informe de alta hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisión de buenas prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible recogidas en la Estrategia de atención al parto normal y depresión postparto (Ana Laviña)

-Comunicación con psiquiatría y realización de sesiones periódicas entre matronas-psiquiatra para evaluar a las madres enviadas a consulta de psicopatología tras detectar posible DPP con el test de despistaje de Edimburgo. (Todo el equipo)

-Realización análisis estadístico para establecer posible asociación entre Depresión postparto con prácticas del parto y variables obstétricas (todo el equipo)

-Dar a conocer al resto de profesionales los resultados del estudio estadístico mediante publicaciones, comunicaciones en congresos (todo el equipo)

- Elaborar un protocolo que permita detectar antes de la 6º-8ª semana tras el nacimiento a la madre en riesgo de Depresión puerperal para un derivación precoz a psiquiatría (todo el equipo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Sesiones conjuntas de todo el equipo para valorar a las madres enviadas a psicopatología

-Indicador 1: Número de puérperas con test EPDS positivo remitidas a consulta de psicopatología para una valoración por el psiquiatra (objetivo 99% de las puérperas)

-Indicador 2: Número de puérperas que acuden a la consulta de psicopatología tras ser remitidas (objetivo 90% de las puérperas)

-Indicador 3: Detectar mediante estudio estadístico factores de riesgo de depresión posparto (objetivo: 80)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-mayo 2013

Derivar a las madres con test EPDS positivo a consulta de psiquiatría para diagnosticar depresión postparto

Mayo-junio 2013

Detectar mediante estudio estadístico otros factores de riesgo de depresión y difusión de resultados mediante publicación de artículo en revista científica.

Junio 2013

Dar a conocer al resto de profesionales los resultados del estudio en el congreso de matronas a celebrar en Zaragoza

Octubre-noviembre-diciembre 2013

-Elaborar un protocolo en colaboración con psiquiatría y matronas atención primaria que permita detectar antes de la 6º-8ª semana tras el nacimiento a la madre en riesgo de Depresión puerperal para un derivación precoz a psiquiatría

11. OBSERVACIONES. Una de las limitaciones de nuestro proyecto es el pequeño tamaño de la muestra de extranjeras (16,5%), sobre todo de algunas nacionalidades, existiendo pérdida de casos como consecuencia de la barrera lingüística, ya que la no comprensión de nuestro idioma era criterio de exclusión. Esto ocasiona un sesgo a la hora de obtener la muestra, el cual podría haberse corregido si hubiésemos tenido a nuestra disposición un intérprete, lo cual no fue posible debido a motivos económicos.

La falta de presupuesto económico también ocasiona dificultades para realizar el estudio estadístico, pero gracias a la colaboración del Dr. Lapresta se podrá realizar una investigación adecuada.

Señalar que pese al recorte presupuestario este proyecto se puede llevar a cabo debido al trabajo e ilusión de sus componentes.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. puerperas

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Depresión/Ansiedad

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

279

**AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL AREA DE BACTERIOLOGIA:  
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO**

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - FERRER CERON ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - ANTONMIL ANTUÑA NATALIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - BELLOSO ROMERO SONIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - PINA ECHEVARRIA SILVIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - RODRIGUEZ CASTEL ANA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los requisitos técnicos fundamentales de la norma ISO 15189 es el aseguramiento de la calidad de los procedimientos analíticos, que se consigue, además de mediante participación en programas externos de comparación entre laboratorios, a través del diseño e implantación de un adecuado programa de control interno. En la actualidad, el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas (virología, serología, micobacterias y micología). Se está trabajando para conseguir una importante ampliación del alcance de acreditación, que incluye diferentes áreas de Bacteriología (Secciones de Epidemiología, Hemocultivos, Antibióticos y Respiratorio). Se ha diseñado un programa de control de calidad interno para cada una de estas secciones, que requiere en su implantación la coordinación y supervisión de las acciones realizadas, debido a diferentes factores:

- La escasa experiencia en este tipo de actividades
- El elevado número de personal implicado (TEL, Facultativos, Residentes)
- El uso compartido de diferentes recursos entre las secciones participantes, para minimizar costes de reactivos y esfuerzos del personal (por ejemplo, cepas de referencia, medios de cultivo, técnicas de determinación de la sensibilidad antibiótica)

Mediante este proyecto se pretende por tanto conseguir una adecuada implantación del programa de control de calidad interno, y realizar su supervisión y seguimiento en el periodo de estudio, para poder detectar posibles errores en el diseño, dificultades en la implantación, áreas de mejora, con el fin último de conseguir un correcto aseguramiento de la calidad de los procedimientos analíticos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Correcta implantación del programa de control de calidad interno
- Realización según la periodicidad establecida (semanal o mensual según los casos)
  - Obtención de resultados satisfactorios en los controles, o adecuado tratamiento y resolución de los resultados no satisfactorios
  - Si se consiguen estos resultados, se conseguirá el aseguramiento de la calidad de los procedimientos analíticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El programa de control de calidad interno consiste, de forma general, en la realización de las actividades descritas en los respectivos procedimientos de análisis disponibles en la intranet, y dependen de cada procedimiento en cuestión. Los controles abarcan la identificación bacteriana, la sensibilidad antibiótica, medios de cultivo, reactivos, tinciones, recuentos, etc

La frecuencia de los controles también queda descrita en los procedimientos de análisis, y puede variar entre semanal o mensual.

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades de control de calidad interno
- Facultativos: establecimiento de las diferentes actividades a realizar, lectura y/o supervisión de los resultados obtenidos. Interpretación y validación de resultados. Análisis de discrepancias, registro y resolución de incidencias
- Responsable de calidad (y coordinador del proyecto): Apoyo y supervisión en el establecimiento de las diferentes actividades a realizar. Apoyo en el análisis de discrepancias y registro y resolución de incidencias. Coordinación de las tareas comunes, monitorización de las actividades realizadas, puesta en común de resultados obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1er indicador: nº de controles realizados. Deberá ser >80% de los controles programados. Los controles con periodicidad semanal se monitorizarán mensualmente, y los controles de periodicidad mensual se monitorizarán trimestralmente.

2º indicador: concordancia de los resultados obtenidos. Se espera obtener al menos un 90% de resultados satisfactorios. Se monitorizará trimestralmente.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

279

**AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL AREA DE BACTERIOLOGIA:  
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO**

3er indicador: resolución de incidencias. Se espera conseguir la adecuada resolución de al menos el 95% de las incidencias que puedan surgir. Se monitorizará trimestralmente.

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

Fecha de finalización: junio de 2014

## Cronograma

Realización de los controles: abril 13 a junio 14

Monitorización indicadores: trimestral (junio, septiembre y diciembre 13; marzo y junio 14)

Informe de "situación" (resultados de indicadores a RT) y evaluación: a la vez que monitorización de indicadores.

Recopilación de resultados totales: diciembre 13 y junio 14

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

467

**INFORMATIZACION DE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA****2. RESPONSABLE** ..... MONICA LOPEZ CAMPOS

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- ROS ARNAL IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- GERONA IÑIGUEZ BLANCA. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
- ANDRES PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -Situación de partida:**

- 1.Actualmente en la consulta de Gastroenterología Pediátrica realizamos el informe de alta a mano, lo que implica:
- 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 hay que solicitar la historia
  - Imposibilidad de los pediatras de atención primaria de acceder a los informes de los pacientes
  - no disponemos de una base de datos: lo que supone, entre otras cosas, la falta de publicaciones en la sección
  - Los informes se hacen manualmente al alta. Posteriormente se mecanografían y se corrigen por los doctores autores de los informes. Se imprimen en papel y se incorporan en la historia física del paciente.

-La importancia de este proyecto de informatización radica en la implantación de una base de datos informática para las historias clínicas, resultados y datos clínicos relevantes que mejoraría los siguientes aspectos:

- la calidad del servicio a los pacientes (con una información más detallada)
- la optimización del trabajo de los facultativos y auxiliares
- el trabajo de investigación
- la organización del servicio
- el acceso de los pediatras de atención primaria al informe de la visita en nuestra Unidad.
- crear un documento informático estándar adecuado con información estándar a rellenar de la historia clínica. Lo que facilitará una clasificación de los pacientes y un rápido acceso y manejo.
- realización de informes al paciente con documento informatizado cuando así se solicite o se considere necesario.

Todo esto supondrá un ahorro de recursos y mejorar la accesibilidad al informe desde la intranet del hospital y de los pediatras de atención primaria

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1-Realizar un formulario de atención en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica (con el programa HPDoctor, disponible en nuestro centro) de:

- Primeras visitas
- Consultas sucesivas

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.

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

3 -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 de un formulario, informes y base de datos

- Mejora de la realización de informes y mejora calidad asistencial a la paciente
- Aumentar el número de publicaciones
- Recoger los protocolos realizados hasta la fecha y poder valorar su eficacia y su utilización
- Realización de nuevos protocolos basados en la práctica clínica y análisis de su funcionamiento.
- Informatización y optimización de la consulta de gastroenterología:
  - Recoger datos en un formulario.
  - Recoger resultados y próximas pruebas.
  - Codificar diagnósticos, sintomatología y datos clínicos.
  - Próximas citas en consulta.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** -Indicador 1: Número de pacientes controlados en consulta (En base de datos)

-Indicador 2: Aumentar publicaciones y posters-comunicaciones a congresos (Valorarlo tras la introducción de la

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

467

**INFORMATIZACION DE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

informatización)

-Indicador 3: Realización de informes y difusión a otros profesionales a través de Intranet (Comprobar aumento de informes médicos colgados en Intranet tras un periodo de evaluación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2013:

-Puesta en común y diseños preliminares de los informes, base de datos y formularios

Octubre 2013:

-Inicio de la introducción de las mejoras, práctica y docencia de la utilización del programa

Noviembre 2013:

-Informatización de las consultas

-Realización de informes y colgarlos en Intranet

Marzo 2013:

-Evaluación de resultados e introducción de posibles mejoras

-Encuesta a los profesionales para valorar las mejoras tras puesta en marcha de la base de datos

-Recogida publicaciones y comunicaciones de la sección realizadas en los últimos meses o en proyecto.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. INFORMATIZACION

OTRA PALABRA CLAVE 2. GASTROENTEROLOGÍA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

356

**MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO****2. RESPONSABLE** ..... RAQUEL LUQUE CARRO

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PARITORIOS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- TEBAN PONCE VANESSA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- SUBIRON VALERA ANA BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- MANGLANO ALONSO FLAVIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
- ALVAREZ ALONSO BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** En los últimos tiempos muchas mujeres, tras una información y decisión consciente, están optando por tener un parto más natural y menos intervenido, en muchos casos guiadas por las recomendaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el documento "Estrategia de Atención al Parto Normal" o en recomendaciones al respecto de la Organización Mundial de la Salud.

Ante esta decisión la gestante tiene a su disposición el llamado "plan de parto" que es un documento donde la gestante expresa sus preferencias respecto a todo el proceso del parto para que, en la medida de lo posible, sean respetadas por los profesionales que la atienden. Este documento se entrega en atención al paciente y queda archivado en la historia de la gestante para que esté a disposición de los profesionales en el momento en que la gestante acude en trabajo de parto al servicio de paritorios.

Es importante que las expectativas de la gestante se ajusten a la realidad del servicio de paritorios del HMI Miguel Servet ya que muchas veces sus preferencias no se ajustan a las posibilidades reales del servicio ya sea debido al funcionamiento del servicio, la carga de trabajo, los materiales disponibles, los protocolos de actuación u otra causas.

En nuestro trabajo diario como matronas constatamos muchas veces este hecho por lo que creemos importante fomentar una relación más cercana y una mejora de la información entre los profesionales y los pacientes, en este caso entre la matrona y la gestante, para una mejor calidad asistencial recibida por parte de la gestante y de su familia y un mejor resultado de un proceso asistencial tan importante.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto.

Ajustar las expectativas de la gestante a la realidad del servicio de paritorios.

Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.

Fomentar el empoderamiento de la mujer en su propio proceso de parto.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se propone acudir al servicio de atención al paciente semanalmente para recoger los "planes de parto" entregados por las gestantes y ponernos en contacto con ellas para establecer una cita en el hospital.

El día de la cita se revisará conjuntamente el documento con la gestante para resolver dudas, aclarar información y explicar el funcionamiento de nuestro servicio en especial en relación a las funciones que competen a la matrona respecto al plan de parto dentro de los protocolos y planes de atención ya previstos en el HUMS.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** - 75% de las mujeres que presentan "plan de parto" son contactadas y citadas.

- Encuesta de satisfacción de la información recibida tras la cita con la matrona.

- Encuesta posterior al parto para valorar el grado de cumplimiento de su plan de parto consensuado.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Mayo 2013

-Contacto con atención al paciente y organización interna.

Junio 2013.

-Información a las matronas de primaria del sector II acerca del proyecto de mejora.

-Información al resto del personal del servicio acerca del proyecto de mejora.

Julio 2013.

-Puesta en marcha del proyecto.

Abril 2014.

-Evaluación de los resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

356

**MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

354

**MEJORA EN LA INFORMACION MICROBIOLÓGICA A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... GLORIA MARTIN SACO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- EGIDO LIZAN PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - MARNE TRAPERO CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - MENDI METOLA CAROLINA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). MEDICINA DE FAMILIA
  - LEARTE ALVAREZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). PEDIATRIA
  - LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - JUSTE PINA AMELIA. MATRONA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
  - ARTUS URIZ BEGOÑA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - FERNANDEZ ROMERO JULIO. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - RODRIGUEZ SOTO ANA LIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - URCIA ROZAS CARLOTA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - SORA USON OLGA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la incorporación de nuevos centros de salud a nuestro área de influencia, hemos iniciado un trabajo común con el C.S. La Jota, que atiende a una población de aproximadamente 35.000 habitantes; para mejorar la comunicación entre Microbiología y Asistencia Primaria.

La información clínica es la que permite al laboratorio aplicar las técnicas diagnósticas disponibles de manera más eficiente. Por ello es fundamental que el microbiólogo esté en estrecha comunicación con los clínicos y que participe activamente en el proceso diagnóstico del paciente.

Las muestras de Microbiología requieren que el material clínico sea recogido y transportado de acuerdo con especificaciones exactas para asegurar la validez de los resultados.

Las consecuencias de una muestra mal tomada y/o mal enviada pueden suponer un fracaso en el aislamiento del agente etiológico o el aislamiento de posibles microorganismos contaminantes, que pueden generar tratamientos innecesarios o inadecuados.

El laboratorio procesará la muestra en función de sus protocolos de trabajo y de la información que aporta el servicio solicitante sobre la muestra y el paciente. Debe poner a disposición de los clínicos toda la información necesaria sobre las posibilidades diagnósticas que el laboratorio ofrece. Para ello, debe elaborar y distribuir la cartera de servicios disponible y un manual actualizado de toma de muestras.

La gran diversidad de muestras clínicas y de métodos diagnósticos aplicables, son dos aspectos que diferencian el Laboratorio de Microbiología de otros laboratorios clínicos.

El Servicio de Microbiología tiene un sistema de registro de incidencias en el que figura la muestra implicada, la persona que realiza la recepción de la muestra, el tipo de incidencia, la persona con la que se contacta del servicio solicitante y la resolución de la incidencia (por ej, si la muestra se procesa o no, si finalmente se decide su procesamiento, en qué condiciones, etc.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Difundir el manual de toma de muestras y la cartera de servicios.
2. Mejorar la información clínica suministrada por los médicos de familia.
  3. Orientar sobre pruebas microbiológicas adecuadas en cada caso clínico.
  4. Disminuir las incidencias en la recogida, transporte y procesamiento de muestras microbiológicas.
  5. Mejorar la información suministrada al clínico, para el adecuado tratamiento de los procesos infecciosos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reuniones periódicas con participación de médicos y pediatras de AP, matrona y personal de enfermería del CS La jota, y microbiólogos. Lugar: CS La jota. Horario: de 14 a 15 horas, con una periodicidad aproximada de un miércoles cada 6.

- Charlas informativas sobre recogida de muestras y valoración de la información microbiológica suministrada. Microbiólogos del sector I y II.
- Las incidencias se informarán lo antes posible al servicio solicitante con el objeto de que la resolución sea inmediata. Nos planteamos su revisión como un indicador de la mejora en la comunicación entre el Servicio de Microbiología y Asistencia Primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Reuniones realizadas, 5 o más. SI/NO

- Revisiones realizadas de distintos temas, relacionados con el diagnóstico de enfermedades infecciosas. SI/NO
- Estudio del nº de incidencias en el C.S. La Jota, antes y después del proyecto: Nº de incidenciasx100/ nº total de muestras.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Marzo 2013 - Marzo 2014

- Reuniones cada 6 semanas aproximadamente.

1. TÍTULO

**MEJORA EN LA INFORMACION MICROBIOLOGICA A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA**

- 3 Revisiones temáticas , una cada cuatrimestre.
- Revisión de incidencias en Abril de 2013 y Marzo de 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

472

**¿SE HA MEJORADO LA SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE EN EL USO CORRECTO DE LA LLAVE DE TRES VIAS EN VIA VENOSA DE PERFUSION INTERMITENTE (VIA SECA)? ESTUDIO COMPARANDO DIFERENTES CIRUGIAS**

**2. RESPONSABLE** ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- ANGUAS GRACIA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- RAMOS SANCHO MARIA JOAQUINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La utilización de vía venosa periférica o central de perfusión intermitente con llave de tres vías (llave de luer-look) permite al paciente un aumento de la movilidad, en el autocuidado y es percibido como un aumento de la calidad en sus cuidados. Lamentablemente el uso de catéteres endovasculares puede generar complicaciones que muchas veces no se toman en cuenta, las infecciones sanguíneas son una de las primeras causas de infecciones nosocomiales.

El cuidado seguro y conveniente por parte de la enfermera, garantiza el uso adecuado y la duración del catéter, evitando riesgos innecesarios al paciente que pueden desembocar en complicaciones, aumento de su estancia hospitalaria e incluso riesgo de muerte (morbilidad/mortalidad).

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Evitar que la mala praxis en la utilización de las llaves de tres vías por parte del personal de las Unidades que las conforman tengan repercusión directa en la calidad asistencial que se ofrece y en la percibida por el paciente, con el consiguiente riesgo que conlleva el tener que lavar el catéter para obtener la permeabilidad deseada, se pueden producir infecciones, flebitis y otras complicaciones que provocan efectos adversos y pueden alargar la estancia hospitalaria, con el consiguiente gasto económico.

Objetivos: Conocer si mantener en nuestra Unidad una vía periférica o central de perfusión intermitente es seguro y libre de riesgos para el paciente. Conocer el grado de cuidados por parte de enfermería. Ratificar que es necesario implantar un protocolo de cuidados propios de la llave de tres vías. Implantar un protocolo de cuidados de la llave de tres vías para afrontar las carencias.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** La recogida de datos será realizada por las tres enfermeras del estudio (con más de tres años de permanencia en la Unidad) que previamente se habían reunido y consensado la forma de recoger los datos para evitar sesgos en su recolección.

Realizaremos una gráfica para el control de los datos, en la que incluiremos el número de historia clínica del paciente, número de habitación, sexo, lugar (en el paciente) de inserción de la vía, tiempo de permanencia de la vía, tipo de catéter utilizado, lugar (espacio físico) donde se realizó la punción, nº de llaves, situación de la llave, si es necesaria la manipulación para la permeabilidad de la vía y si se realiza cambio de apósito a las 48/72h

Realización y puesta en marcha de un protocolo

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Se realizará un estudio cualitativo, descriptivo y prospectivo de los cuidados en la manipulación, por parte de enfermería, de la llave de tres vías en vías endovenosas (tipo bránula por vía periférica o catéter por vía central o vía periférica), con significación estadística si  $p < 0,05$  (SPSS v17 para Windows Vista).

Se recogerán datos de 100 manipulaciones de la llave de tres vías, de cada especialidad (C. Otorrinolaringología, C. Torácica, C. Oral y Maxilofacial y C. Urológica)

Esta valoración debe realizarse antes de la primera manipulación de la llave por las enfermeras encargadas de la recogida de datos, ya que las manipulaciones que realizan estas enfermeras sobre la llave de tres vías no se consideran válidas para el estudio, anotando en que estado se encuentran la vía endovenosa, la zona de punción, el apósito, la permeabilidad de la bránula, del catéter central o periférico y la llave de luer-look.

Criterios de inclusión: Los pacientes que entran en el estudio son portadores de una vía venosa con bránula por vía periférica o catéter por vía central o vía periférica, temporal.

Criterios de exclusión: No se incluye en el estudio catéteres de larga duración (tipo reservorio o vías centrales destinadas a nutrición parenteral).

Selección de la población a estudio: La población diana son todos los pacientes portadores de vía endovenosa que estén ingresados en nuestras unidad

Mejora: Puesta en marcha de un protocolo de actuación

Se volverán a recoger nuevamente los datos para comparar la mejora obtenida

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Mayo-Junio-Julio de 2013: Recogida de datos

Agosto-Septiembre de 2013: Estudio estadístico de los resultados

Octubre-Noviembre de 2013: Realización del Protocolo

Diciembre de 2013: Poner en marcha el Protocolo en las Unidades

Enero-Febrero-Marzo de 2014: Recogida de datos

Abril-Mayo de 2014: Estudio estadístico de los resultados, Comparación de los procesos y resultados obtenidos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

472

1. TÍTULO

¿SE HA MEJORADO LA SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE EN EL USO CORRECTO DE LA LLAVE DE TRES VIAS EN VIA VENOSA DE PERFUSION INTERMITENTE (VIA SECA)? ESTUDIO COMPARANDO DIFERENTES CIRUGIAS

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

043

**MONITORIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL: PERITONITIS SECUNDARIAS COMUNITARIAS DE ORIGEN COLONICO**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA MIGUELENA BOBADILLA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GASCON FERRER ISABEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· RIVAS CALVETE OLGA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· VELA PARDOS JOSE SERGIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La existencia de una enorme variabilidad no justificada de la práctica clínica se debe a múltiples motivos, como son: la ausencia de evidencia científica suficiente en muchas de las actividades asistenciales, desconocimiento de algunos de nuestros resultados de la práctica clínica, la ausencia de protocolos de actuación en las unidades, etc. Todo ello impide la existencia de normas claras de actuación y da lugar a que se perpetúen hábitos muchas veces no suficientemente fundamentados. Esta variabilidad no justificada lleva implícita la falta de eficiencia, peores resultados clínicos, y con mucha frecuencia insatisfacción del paciente (problemas de coordinación entre profesionales, estancias innecesariamente prolongadas...). La gestión de la calidad facilita en gran medida la disminución de dicha variabilidad ya que impulsará el establecimiento de pautas de actuación así como el conocimiento del resultado de los procesos. La mejora de la calidad de determinados procesos asistenciales fundamentalmente en el ámbito de la asistencia en Urgencias constituye un objetivo fundamental en gestión clínica. En este sentido y en el ámbito quirúrgico se podría seleccionar un síndrome clínico, cuyo "manejo" resulta frecuentemente distorsionado por la ausencia de protocolización: El paciente con peritonitis de origen colónico. Constituye una de las urgencias más graves y frecuentes de la patología quirúrgica abdominal suponiendo el 15- 20% de las mismas, asociándose con una morbimortalidad significativa, , comportando cifras de mortalidad de 5- 20% . Es responsable de casi el 25-30% de la cirugía abdominal de urgencia siendo significativamente más frecuente en pacientes de edad avanzada como complicación de una patología en ocasiones diagnosticada previamente y siendo una característica común de estos pacientes la comorbilidad asociada, que condiciona dichos índices de morbimortalidad postoperatoria.

Además la peritonitis secundaria comunitaria constituye un proceso asistencial que se puede considerar como un buen "Trazador" por cumplir una serie de condiciones: Alta prevalencia; capacidad de ser tratado por un gran número de especialistas del servicio; variabilidad reconocida (o percibida) de su práctica clínica, con desconocimiento de resultados epidemiológicos, clínicos y de gestión y sensación subjetiva de "manejo clínico desordenado"; posibilidades de mejora, consumo elevado de recursos.

En una revisión retrospectiva y aleatoria de Informes clínicos de pacientes dados de alta con este diagnóstico en las diferentes unidades de nuestro Servicio, se han podido detectar los siguientes problemas:

- Manejo inadecuado del paciente en el servicio de urgencias.
- Nº de pruebas diagnósticas, radiológicas y analíticas: excesivas, reiterativas y en ocasiones también inadecuadas.
- Demora en el ingreso de los pacientes en el servicio de cirugía.
- Demora en la instauración del tratamiento definitivo.
- Inadecuación del tratamiento de soporte pre y postoperatorio en determinadas circunstancias
- Prolongación innecesaria de la estancia preoperatoria.
- Inadecuación y discordinación en el seguimiento pre y postoperatorio
- Prolongación de la estancia global.
- Morbilidad postoperatoria presuntamente mejorable

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Identificación del proceso asistencial: paciente con Peritonitis secundarias comunitarias de origen colónico en las primeras 24 h.  
• Conocimiento del grado de adecuación de las pautas terapéuticas de soporte pre y postoperatorias en relación fundamentalmente con la instauración y seguimiento de las pautas de terapia antibiótica empírica de la infección intra-abdominal y el grado e intensidad de control asistencial postoperatorio en el paciente con Peritonitis secundaria comunitaria de origen colónico

• Conocimiento de nuestros resultados clínicos, asistenciales y de gestión y su equiparación a los obtenidos en otros Hospitales similares y en relación con lo considerado en los estándares a nivel nacional e internacional  
• Analizar el comportamiento de determinados índices pronósticos quirúrgicos preoperatorios generales y específicos: POSSUM, Manheim, SAPS II y su utilidad en la modulación de la intensidad terapéutica.  
• Proposición de un protocolo general de actuación del paciente con Peritonitis secundaria comunitarias de origen colónico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha planteado un estudio prospectivo, observacional, de serie de casos sucesivos, diagnosticados de peritonitis secundaria comunitaria de origen colónico e intervenidos quirúrgicamente en cirugía de urgencia por el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Miguel Servet, durante el periodo mayo 2013- mayo 2014.

CRITERIOS DE INCLUSION: Edad: >14 y < 90 años./ A.S.A. < 5/ Diagnóstico de peritonitis secundaria comunitaria de origen colónico (Independientemente del ingreso: urgencias o pacientes hospitalizados)/ Intervención quirúrgica

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

043

**MONITORIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL: PERITONITIS SECUNDARIAS COMUNITARIAS DE ORIGEN COLONICO**

de urgencia/ Consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION: Edad &gt; 90 años/ A.S.A. 5/ Pacientes con diagnóstico de absceso peritoneal SIN diagnóstico de peritonitis concomitante/Peritonitis postoperatorias/ Ausencia de consentimiento informado para tratamiento quirúrgico

VARIABLES DE ESTUDIO en hoja EXCEL específica:

•Epidemiológicas: Edad, sexo, tiempo de hospitalización (en horas  $\pm$ ), procedencia...

•Clínicas, de diagnóstico:

? Diverticulitis/ cáncer/ yatrogenia endoscópica

? Lugar de perforación: colon Derecho/ Izquierdo

•Pronósticas: ASA/ Puntuación Indices Pronósticos (POSSUM, MANHEIM, SAPS II)

•De tratamiento:

? Técnica quirúrgica: Hartman (implica colectomía izquierda más o menos extensa)/ subtotal y anastomosis/ subtotal y colostomía/ otras...

? Adecuación de Tratamiento antibiótico empírico

? Postoperatorio inmediato: U.R.P.A./ Planta Cirugía- Reanimación- U.C.I

•De resultado: ("End points"):

? Estancia postoperatoria (hasta el Alta, sea cual fuera la causa) en días

? Mortalidad (S/ N) y CAUSA. Descriptivo

? Complicaciones postoperatorias Mayores " Médicas":

S/ N y Descriptivo

? Complicaciones postoperatorias quirúrgicas que requirieron reintervención: Absceso/ Evisceración/ dehiscencia anastomosis/ persistencia de cuadro inicial...)

ESTUDIO ESTADÍSTICO:

•Estudio descriptivo de las variables resultados

•Análisis mediante Curvas ROC de los diferentes índices pronósticos

•Estadística inferencial de los resultados con: a) índices pronósticos y b) con estándares aceptados

DISTRIBUCIÓN DE TAREAS:

•Confección/ configuración Base de datos EXCEL: José Sergio Vela (Auxiliar administrativo)

•Identificación diaria de pacientes: Cumplimiento de criterios/ adscripción al estudio: Sesión clínica, Urgencias: Dra. Gascón

•Cumplimentación variables base de datos:

o Epidemiológicas y clínicas: Olga Rivas (ATS)

o Terapéuticas quirúrgicas: Dra. Gascón

o Cálculo índices pronósticos: Dra. Gascón/ Olga Rivas (ATS)

o Resultados: Dr. Miguelena/ Dra. Gascón/ Olga Rivas (ATS)/ José Sergio Vela (Auxiliar administrativo)

•Mantenimiento y adecuación de la base de datos: José Sergio Vela (Auxiliar administrativo)

•Análisis de resultados (con asesoramiento y apoyo institucional): Dr. Miguelena, Dra. Gascón.

•Análisis y Presentación de resultados: Equipo de mejora

•Proposición de protocolo general con acciones concretas de mejora: Equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los principales indicadores que se van a utilizar para monitorizar el proyecto y que se obtendrán del seguimiento clínico diario, semanal y mensual para evaluar la magnitud del problema y su adecuación a los estándares publicados son los siguientes:

- Nº de casos semanales, etiología y tipo de cirugía
- Unidad de destino inmediato postoperatorio
- Estancia postoperatoria en días
- Mortalidad postoperatoria
- Morbilidad postoperatoria
- Reintervenciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Proyecto tiene previsto un periodo de aplicación de 12 meses: Desde 1 de mayo 2013 a 31 de mayo 2014.

Cronograma:

Confección de base de datos: Abril 2013

Revisión bibliográfica: Abril- Junio. 2013

Conclusión de incorporación de casos a la base de datos: 31 de mayo 2014

Análisis y procesamiento estadístico resultados obtenidos de la base de datos: 30 de junio 2014

Presentación resultados y conclusiones del estudio y proposición de acciones de mejora incluidas en la proposición un protocolo de rediseño del proceso asistencial: 30 de septiembre 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL: PERITONITIS SECUNDARIAS COMUNITARIAS DE ORIGEN COLONICO

OTRA PALABRA CLAVE 1. gestion por procesos

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

332

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII):  
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN NUESTRO CENTRO**

2. RESPONSABLE ..... JUDITH MILLASTRE BOCOS
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GALLEGO MONTAÑES SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
  - BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
  - MORALES MARINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
  - GARCIA ERCE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA
  - VICENTE LIDON RAQUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
  - LOPEZ LAPUENTE CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La anemia ferropénica es muy frecuente en los pacientes tratados en un Servicio de Aparato Digestivo y por ello hemos intentado optimizar su tratamiento en los últimos años, como pone de manifiesto un previo proyecto de mejora que presentamos en 2009 y que ha sido empleado con éxito en muchos pacientes. Nos referimos a dicho proyecto de mejora en lo referente a la justificación de la importancia de su adecuado tratamiento. El hierro endovenoso es esencial en muchos pacientes, como recalcan las guías clínicas existentes.

En el tratamiento con hierro endovenoso se han producido avances recientes, derivados de la práctica clínica y de estudios de investigación, que ya se han incorporado a nuestra práctica clínica (de hecho se han realizado modificaciones en la ficha técnica de uno de los fármacos incluso) y que es necesario modificar en el protocolo clínico del centro, motivo principal de esta actuación del proyecto de mejora, que persigue mejorar la asistencia a nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto de mejora implica la utilización de un nuevo protocolo de uso de hierro endovenoso; los resultados del protocolo previo se comunicaron convenientemente en ediciones previas, como se puede comprobar. Algunos de los resultados han sido comunicados en congresos médicos y en estos momentos están pendiente de publicación en revista científica de impacto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Abordaje integral de la anemia en la EII, especialmente optimizar el uso de hierro endovenoso en la EII para mejorar su eficacia hematológica y de calidad de vida (respecto al régimen de tratamiento previo), el uso de los recursos disponibles (uso más racional de hospital de día) y comodidad para el paciente (menor número de sesiones y visitas al hospital de los pacientes, respecto al tratamiento previo).

Se han modificado además algunos de los parámetros del protocolo previo como el momento de medición de la eficacia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Renovación del protocolo de tratamiento de la anemia y concretamente en la EII (Dr. García López y Dr. García Erce), con dos aspectos clave: a) modificación de la dosis recomendadas en este momento y b) modificación del momento del control de la anemia (fórmula simplificada de Gasche, según ficha técnica, por la antigua fórmula de Ganzoni)

2. Difusión del protocolo; en el servicio de digestivo (sesiones clínicas intra servicio protocolo) y en reuniones del grupo aragonés de estudio de la enfermedad inflamatoria intestinal (ARAINF); Dra Millastre, Dr Bajador.

3. Detección de los casos y adecuado estudio diagnóstico, en consultas monográficas y en ambulatorio (responsables): Dr. García, Dra. Gallego, Dra Vicente.

4. Adecuado soporte diagnóstico y terapéutico en "casos difíciles": Dr García Erce (servicio de bioquímica y hematología), especialmente cuando se valora el uso de eritropoyetina.

5. Aplicación estricta del nuevo protocolo y recogida de datos: DUE Maria Angeles Morales.

6. Continuidad de la recogida de datos con el nuevo protocolo, en la base de datos ya funcionante, DUE Maria Angeles Morales.

7. Análisis de la eficacia del nuevo protocolo: Dr García, López, DR García Erce, Dra Millastre.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. REDACCIÓN DEL NUEVO PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA EII CON HIERRO ENDOVENOSO:

1. Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente (Indicador 1: Aprobación Protocolo de tratamiento de la anemia en la EII)

APLICACIÓN DEL NUEVO PROTOCOLO DEL USO DE HIERRO INTRAVENOSO

1. Evaluadores: Eduardo Bajador (cada 3-6 meses);

2. Indicadores: % de pacientes que reciben tratamiento según el nuevo protocolo sobre el total de pacientes tratados con hierro endovenoso y el motivo.

EFICACIA DEL NUEVO TRATAMIENTO

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

332

**MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII):  
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN NUESTRO CENTRO**

1. Evaluadores: Eduardo Bajador y Judith Millastre
2. Evaluación: 3 y 6 meses.
3. Indicadores: eficacia del nuevo protocolo (parcial o completa según el protocolo, en semana 12), número de visitas al hospital, por tratamiento completo de los pacientes (y su comparación con el protocolo previo), encuesta de satisfacción con el nuevo protocolo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Finalización del protocolo: mes 2  
Puesta en marcha del protocolo: mes 3  
Análisis de los primeros resultados: mes 6 y 9

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermedad inflamatoria intestinal

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. anemia, tratamiento con hierro endovenoso

OTRA PALABRA CLAVE 2. enfermedad inflamatoria intestinal

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

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

416

**MANTENIMIENTO E IMPLEMENTACION DEL ALCANCE DE LA TINCION ZIEHL-NEELSEN A PARTIR DE MUESTRA DIRECTA PARA LA DETECCION DE MICOBACTERIAS EN DIVERSAS MUESTRAS E INICIACION DE LA ACREDITACION DE NUEVOS ALCANCES EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS****2. RESPONSABLE** ..... MARIA LUISA MONFORTE CIRAC

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- LEZCANO CARRERA MARIA ANTONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- RUIZ ALIENDE SONIA. FIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- CORTES SOROLLA ANA ASUNCION. TEL. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- MARIN SORIA MARIA TERESA. TEL. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- PEREIRA BOAN JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- SAMPER BLASCO SOFIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD
- REVILLO PINILLA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La Norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos permite llevar a cabo de manera eficaz la implantación de un sistema de calidad en los Laboratorios Clínicos, abarcando tanto los aspectos técnicos como los de gestión.

La implantación de la norma ISO 15189 nos permitirá asegurar la sistematización de los procesos, teniendo como objetivo el fomento de la autoevaluación y el ejercicio de la responsabilidad y compromiso con la calidad.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según Norma ISO 15189 en diferentes áreas (virología, serología, micobacterias y micología). En la Sección de Micobacterias se acreditó la Tinción de Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de micobacterias en muestras respiratorias, orinas y jugos gástricos en el año 2010.

La oportunidad de mejora consistiría en la ampliación del alcance de acreditación que abarcaría la práctica totalidad de las técnicas realizadas en la sección: Tinción de auramina, Siembra y Cultivo de micobacterias en medio líquido Bactec TM MGIT TM 960 (BD), Identificación de Mycobacterium tuberculosis complex por inmunoanálisis cromatográfico (SDTB AgMPT64Rapid), Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterianas aisladas en cultivo (GenoType® Mycobacterium AS/CM/MTBC) y ) y Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis complex mediante la técnica FluoroType®MTB Reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real (PCR) y ésta implicaría a todo el personal facultativo y personal técnico de la Sección de Micobacterias.

Mediante este proyecto se pretende conseguir un adecuado mantenimiento del alcance acreditado y conseguir la ampliación de nuevos alcances de acreditación así como su mantenimiento posterior.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Mantenimiento del alcance acreditado en la Sección de Micobacterias en el año 2010 y acreditación de los nuevos alcances.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** • Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis de la Sección de Micobacterias.

- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento de la actividad acreditada (tinción Ziehl-Neelsen).

**Tareas asignadas:**

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas.
- Facultativos: realización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1er Indicador: concordancia de los resultados obtenidos en los controles de calidad

internos y externos. Se espera obtener al menos un 90% de resultados satisfactorios.  
Revisión tras cada control

2º Indicador: mantener actualizados los registros técnicos.

Revisión de los registros técnicos

3º Indicador: porcentaje de errores en el control intercomparativo de la tinción de auramina. Obtener al menos un 90% de resultados satisfactorios.

Revisión tras cada control

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

416

## 1. TÍTULO

MANTENIMIENTO E IMPLEMENTACION DEL ALCANCE DE LA TINCIÓN ZIEHL-NEELSEN A PARTIR DE MUESTRA DIRECTA PARA LA DETECCIÓN DE MICOBACTERIAS EN DIVERSAS MUESTRAS E INICIACION DE LA ACREDITACION DE NUEVOS ALCANCES EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS

4º Indicador: Formación del personal adscrito > 95

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis de la Sección de Micobacterias: Abril de 2013 a Abril de 2014.

2. Formación y Cualificación del personal implicado: variabilidad sujeta a los cambios de personal (periodo vacacional, bajas de personal, rotación de nuevos residentes, etc.)

3. Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: una vez al mes se comprueba que es correcta la cumplimentación de los registros, tomando como referencia un día determinado y comprobando que ese día se ha registrado todo correctamente.

4. Implantación del control de calidad interno:

- Controles internos: se realizan durante todo el periodo estudiado, cada nuevo lote de reactivos.
  - Controles externos: se reciben 2 anuales de la SEIMC (Sociedad española de Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica) para realizar identificación y pruebas de sensibilidad y 1 anual de la OMS para realizar sensibilidad.
5. Mantenimiento y seguimiento de la actividad acreditada (tinción Ziehl-Neelsen): Abril de 2013 a Abril de 2014.

11. OBSERVACIONES. Título original:

MANTENIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DEL ALCANCE DE LA TINCIÓN ZIEHL-NEELSEN A PARTIR DE MUESTRA DIRECTA PARA LA DETECCIÓN DE MICOBACTERIAS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS, ORINAS, BIOPSIAS Y JUGOS GÁSTRICOS E INICIACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE NUEVOS ALCANCES EN LA SECCIÓN DE MICOBACTERIAS11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

064

**IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS PARA EVALUAR EL NUMERO DE HISTORIAS QUE NO RECIBE EL SERVICIO SOLICITANTE**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MORENO VERNIS

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... H MIGUEL SERVET
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
- . Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . BERNAL MARIN YOLANDA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- . SORO DOMINGO MARIA FELICIDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- . VALLESPIN MESEGUER MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- . SANMIGUEL ARBUES ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- . AZNAR ASPAS CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- . VELAZQUEZ CUENCA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- . MARCO ARBUES MARIA MONLORA. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existe un número sin determinar de historias que no llegan a Servicio solicitante.

El objetivo de este proyecto es revisar los circuitos, internos y externos.

Detección de las incidencias, reclamaciones telefónicas de los servicios que llegan a las Jefaturas. Registro de las incidencias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el registro de las incidencias se conocerá el punto del circuito donde se producen los fallos, para poder aplicar las acciones correctivas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Diseñar los procedimientos de actuación.

-Reuniones con los trabajadores del Servicio para exponerles el Proyecto de Calidad.

-Diseño de un documento donde se recojan las acciones, indicando todo el circuito y se detecte donde ha fallado la entrega.

-Registro de las reclamaciones recibidas, señalando la posible causa.

-Aplicar las acciones correctivas para cada una de las causas.

-Agruparlas por causas

-Priorizarlas.

Responsables del conjunto de acciones a desarrollar:

En el Hospital, Las Jefes de Equipo Pilar Velazquez, Carmen Aznar y Elena Sanmiguel, Jefe de Grupo Yolanda Bernal y

Jefe de Sección M<sup>a</sup> Monlora Marco.En C.M.E. San José M<sup>a</sup> Felicidad Soro

En C.M.E. Ramón y Cajal Mercedes Vallespín

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todas las incidencias recibidas/ % de incidencias por causas y origen.

Aplicar acciones correctivas por causas

Volver a medir

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La búsqueda de información (reuniones) 1 mes

Diseño de procedimientos, dos meses

Formación al personal, 1 mes

Implantación del proyecto de mejora, 1 mes.

Recogida de incidencias mediante cortes de 1 semana al mes de forma continuada.

Evaluación anual

Comunicación de resultados, anual

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 064

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS PARA EVALUAR EL NUMERO DE HISTORIAS QUE NO RECIBE EL SERVICIO SOLICITANTE**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

256

## 1. TÍTULO

**HACIA UNA ATENCION FARMACEUTICA MAS RACIONAL Y EFICIENTE EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS**

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARAZO GARCES PIEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- PASCUAL CATALAN ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- MARTINEZ SAPIÑA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- PASCUAL MARTINEZ OIHANA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
- DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FIR 4°. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
- ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
- PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. 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 virales 1-5.

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 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 óptimo 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 inefectividad 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.

Por otro lado, a propuesta de la Comisión de Farmacia del hospital se creo un grupo de trabajo con el objetivo de establecer estrategias de ahorro en los TAR, con el objetivo de optimizar y racionalizar el TAR. Tanto la terapia de inicio como las de rescate y el cambio de tratamiento por toxicidad o tolerabilidad están recogidas en el documento de consenso del tratamiento antirretroviral en adultos elaborada de forma conjunta por expertos de GESIDA y Plan Nacional de Sida. El objetivo del grupo de trabajo no es la realización de un protocolo, sino valorar en qué medida se pueden optimizar los costes sin perder la eficacia y siempre teniendo en cuenta las recomendaciones del consenso de tratamiento antirretroviral. Para evaluar las medidas establecidas se hace necesaria una adecuada medida del gasto por paciente en tratamiento, ya que el tiempo de exposición de los pacientes al tratamiento no es constante a lo largo de un periodo evaluado al no iniciar o finalizar el tratamiento al mismo tiempo. Por tanto, es necesario relacionar el consumo con el número de pacientes y con el tiempo que estos pacientes reciben medicación durante el periodo evaluado. Uno de los objetivos de este proyecto es mejorar la evaluación del impacto económico de la terapia VIH, aplicando la siguiente fórmula:

- Numerador: coste acumulado a precio medio contable de antirretrovirales dispensados para pacientes VIH externos.
- Denominador: Paciente dispensado medio. Es el resultado de dividir el paciente dispensado mes (número de pacientes que han recogido medicación por el número de meses dispensados a cada uno en el periodo analizado) entre el periodo de evaluación (expresado en meses):

$$\text{Pte disp medio} = (\text{N}^\circ \text{ pacientes} \times \text{N}^\circ \text{ meses dispensados}) / \text{N}^\circ \text{ meses periodo}$$

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto se inicio 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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

256

## 1. TÍTULO

**HACIA UNA ATENCION FARMACEUTICA MAS RACIONAL Y EFICIENTE EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS**

pacientes externos (UFPE).

En el 2008 se inicio 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.
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 en 2008 fue del 89%.

Durante 2009 se continuó con el proyecto, se dispensó tratamiento antirretroviral a 129 pacientes nuevos para el hospital, se informó oralmente al 100% de los pacientes y por escrito al 97 % de los pacientes VIH naive cuyo tratamiento sigue recomendaciones de Gesida. Se estimó la adherencia al TAR (>95%) en una muestra de 252 pacientes de un total de 987 pacientes, medida a través de dos métodos indirectos: registro de dispensaciones y el cuestionario validado SMAQ. La adherencia según el cuestionario fue 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) fueron adherentes al TAR.

Respecto a la valoración de las interacciones, se realizó una entrevista a 252 pacientes y se registró tanto el TAR como el tratamiento concomitante, con el análisis de 100 encuestas, los resultados obtenidos fueron: 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.

En los años 2011 y 2012 los resultados obtenidos fueron: % Pacientes VIH+ naive que reciben información escrita y oral: 100% en los 2 años, % Pacientes VIH+ multitratados que reciben información escrita y oral: 77% (2011) y 95% (2012), % pacientes que modifican el TAR con valoración del motivo del mismo: 73% (2011) y 87% (2012) y respecto al % pacientes satisfechos con la atención recibida en la pregunta, en 2011 el 94% la valoran con mucho o muchísimo y en 2012 el 100% de los pacientes hacen esta valoración.

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 motivo de cambio del TAR.
- Conocer las expectativas del paciente en el área de pacientes externos mediante la realización de una encuesta
- Valorar el gasto/paciente/año ajustado a la cantidad y tiempo dispensado.
- Valorar el impacto de las medidas establecidas en las estrategias de ahorro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actualizar la información escrita dirigida al paciente sobre los fármacos antirretrovirales seleccionados. (iniciada 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).
- Información por escrito del cambio del tratamiento al paciente VIH multitratado.
- Consensuar un procedimiento con el Servicio de Infecciosas, que facilite el conocimiento de los motivos que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

256

## 1. TÍTULO

**HACIA UNA ATENCION FARMACEUTICA MAS RACIONAL Y EFICIENTE EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS**

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.
- Mejorar la evaluación del impacto económico de la terapia VIH. Gasto/paciente/año ajustado.

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: >90%
- % pacientes que modifican el TAR con valoración del motivo del mismo. Objetivo: >85%
- Realización de una encuesta para evaluar la percepción del paciente.
- % pacientes satisfechos con la atención recibida. Objetivo: > 90%.
- Cálculo gasto/paciente medio/año.
- Importe total en AR, % sobre el global de consumo de medicamentos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

Actividades 2013

1. Elaborar información fármacos antirretrovirales objeto de la actuación- enero-dic 2013
- 2.- Consensuar información-enero-dic 2013
- 3.- Entrega información escrita paciente naive-enero-dic 2013
- 4.- Entrega de Información escrita paciente multitratado con cambio de tratamiento- enero-dic 2013
- 5.- Procedimiento para conocer motivo cambio TAR-enero-dic 2013
- 6.- Valoración motivos del cambio-junio-dic 2013
- 7.- Realización encuesta-dic 2013
- 8.- Análisis encuesta-dic 2013
- 9.- - Cálculo gasto/paciente medio/año- enero dic 2013

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. seguridad y eficiencia

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

**LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO**

2. RESPONSABLE ..... SUSANA ORTEGA UGARTE
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GONZALEZ ALMARCEGUI IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
  - ROYO CARRAMIÑANA NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
  - RUBIO SANCHO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
  - VICENTE GORDO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
  - BARCELO CASTELLO MIREIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
  - GARRIDO LOPEZ RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
  - BERNAL MATILLA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo de la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) es evitar el encarnizamiento terapéutico. La LTSV se establece en un porcentaje importante de enfermos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Proponemos la introducción de un protocolo de LTSV en la UCI para garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (1).

**ÍNDICE**

1. Objetivos.
2. Introducción.
3. Definición de LTSV.
4. Documentos de instrucciones previas (DIP).  
Recomendaciones de los DIP.
5. Propuestas de actuación para la toma de decisiones de LTSV en los pacientes de medicina intensiva.
6. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico.  
Agentes implicados y marco legal.  
Sedación en la limitación del tratamiento de soporte vital.  
Retirada de la ventilación mecánica.
7. Formulario de limitación del tratamiento de soporte vital.
8. Indicadores de LTSV.

## Anexo 1

## Bibliografía

1. OBJETIVOS (ver apartado "Resultados que se espera conseguir")
2. INTRODUCCIÓN

Los objetivos de la buena praxis médica se resumen en la prevención de la enfermedad y de las lesiones, la promoción y mantenimiento de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias, la asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados, procurar evitar la muerte prematura y velar por una muerte digna. En este sentido, la SEMICYUC propuso un código ético para cumplir con los objetivos, expresados en sus estatutos, de una forma razonable (2).

El derecho a una muerte digna teniendo en cuenta los principios fundamentales de la bioética, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, junto con el progreso en técnicas que sustituyen la función de uno o varios órganos para prolongar la vida, han hecho que los profesionales de la salud se hayan planteado dudas éticas razonables y que hayan aparecido múltiples estudios en relación a la LTSV.

**3. DEFINICIÓN DE LTSV**

La LTSV se podría definir como la manera de dejar a la enfermedad que siga su curso natural y limitar el tratamiento a las medidas que pueden aliviar el dolor y el sufrimiento, evitar el abandono y la soledad, y permitir que en lo posible, la muerte se produzca en paz (3).

Una vez se toma la decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital, no quiere decir que el esfuerzo finalice, sino que el esfuerzo se traspasa a otras áreas como la sedación, analgesia, el apoyo psicológico, etc.

Las formas de LTSV en medicina intensiva son: limitación al ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI), limitación al inicio de determinadas medidas de soporte vital o la retirada de estas una vez instauradas. Desde el punto de vista ético, la decisión de retirar el soporte vital no es en esencia diferente de la

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

291

**LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO**

decisión de no iniciarlo y así se ha reconocido en múltiples trabajos, aunque es claro que la apreciación individual del profesional no sea la misma.

En la UCI del Hospital Miguel Servet, en un trabajo realizado, hasta en un 46% de los pacientes fallecidos en la UCI se había aplicado LTSV (6).

**4. DOCUMENTOS DE INSTRUCCIONES PREVIAS (4)**

El documento de instrucciones previas (DIP) es un documento escrito dirigido al médico responsable en el que una persona mayor de edad, capaz, de manera libre y de acuerdo a los requisitos legales, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad sobre los cuidados o el tratamiento de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. En él se puede designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario, y que le sustituirá en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí mismo. Los aspectos más importantes recogidos en un DIP se exponen en la tabla 1.

**TABLA 1. ¿Qué se puede expresar en un documento de instrucciones previas?**

- Los principios vitales o criterios que deben orientar la decisión sanitaria, así como las opciones personales según su jerarquía de valores. Esto incluye el lugar donde se desea recibir los cuidados en el final de la vida, la donación de órganos o la asistencia religiosa.
- Las situaciones concretas en que se quiere que se tengan en cuenta la aceptación o rechazo de determinados tratamientos o cuidados.
- Instrucciones y límites referidos a las actuaciones médicas ante las situaciones previstas. Solicitar que no sean aplicados, o se retiren si ya se han aplicado, los tratamientos de soporte vital (resucitación cardiopulmonar, diálisis, conexión a un respirador, transfusión de hemoderivados, nutrición e hidratación artificial, etc.).
- La designación de un representante. Debe conocer la voluntad de su representado, no puede contradecir el contenido del documento y debe actuar siguiendo los criterios y las instrucciones expresadas en él.

El objetivo de este DIP es la protección del derecho de autonomía, constituyendo una extensión del consentimiento informado. La existencia de un DIP comporta la obligación de tenerlo en cuenta en la toma de decisiones.

Los límites que la ley señala respecto a la aplicación de los DIP son:

- a) Que la voluntad expresada implique una acción contra el ordenamiento jurídico vigente,
- b) que sean contrarias a la buena práctica clínica, la ética profesional o la mejor evidencia científica disponible y,
- c) que la situación clínica no sea la prevista y no se corresponda con los supuestos previstos al firmar el documento.

**RECOMENDACIONES DE LOS DIP (12)**

1. Los DIP deben ser considerados herramientas que permiten al enfermo crítico participar en la toma de decisiones relacionadas con el final de la vida.
2. Los profesionales tienen la obligación de tenerlos en cuenta.
3. Los profesionales no pueden acceder a demandas de actuaciones fútiles, contraindicadas o ilegales, pero deben aceptar el derecho del enfermo a rechazar cualquier actuación a pesar de considerarse médicamente indicada.
4. Los DIP deben formar parte de la historia clínica, registrando en un lugar visible su existencia.
5. Los profesionales y las instituciones sanitarias deben fomentar y favorecer todo el proceso de difusión, elaboración y aplicación de los DIP.
6. Se deben considerar indicadores de calidad relacionados con los DIP.

**5. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN LOS PACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA (5,6)**

- Es de gran ayuda conocer el testamento vital si lo hubiera, en nuestro caso, en Registro de Voluntades Anticipadas de Aragón.
- La decisión debe ajustarse al conocimiento actual de la medicina, fundarse en la medicina basada en la evidencia y hacer correctamente las cosas que son correctas.
- Una vez ingresado el paciente en UCI se debe dar una correcta información a la familia, realizando una valoración individualizada. Debe siempre informarse y consultar a los familiares, intentando alcanzar un acuerdo. En ningún caso debe responsabilizarse a la familia por la toma de decisiones, ya que eso no sólo es cruel sino además inadmisibles desde el punto de vista profesional. La LTSV en los SMI, porcentualmente, es una decisión médica. En menos ocasiones es autónoma.
- La decisión de LTSV se reevaluará periódicamente. Nunca es una decisión urgente y siempre es revisable.
- La decisión debe discutirse colectivamente (médicos y enfermeras) y tomarse por consenso. La presencia de dudas por parte de un solo miembro del equipo implicado en la decisión debe hacer que se posponga, o bien se debe apartar al profesional en la toma de decisiones respetando el derecho de objeción de conciencia.

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

291

**LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO**

- En caso de falta de acuerdo entre las partes implicadas (profesionales sanitarios y/o la familia o representante legal) es muy conveniente tener en cuenta las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial del centro, las cuales constarán en la historia clínica.
- Es precisa una adecuada concienciación y formación ética de los profesionales que atienden este tipo de enfermos.
- Una vez tomada la decisión de LTSV existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de muerte y garantizar que recibe las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia y sedación asegurando la ausencia de dolor físico o psíquico.
- Las decisiones de omisión o retirada del tratamiento de soporte vital se han de hacer constar en la historia clínica de acuerdo a todo lo comentado en los apartados anteriores. Se recomienda la adopción de un formulario específico que recoja las órdenes de LTSV.
- Una excepción de lo anterior sería el mantenimiento del individuo en muerte encefálica cuya finalidad sea la obtención de órganos para trasplante.

**6. RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE CRÍTICO**

El ingreso de un paciente en UCI está justificado cuando existen posibilidades de beneficio para él, cuando es posible revertir o paliar su situación crítica y lograr su reinserción familiar y social. Indudablemente es una decisión que a veces resulta difícil pero que cada vez se está haciendo más necesaria. Nuestra sociedad niega u oculta la muerte, es muy difícil predecirla con exactitud, en ocasiones las perspectivas son inciertas, poco realistas tanto por parte de los médicos como de los familiares, añadido a una dificultad en ocasiones de comunicar y hacer entender a la familia la situación. Todo ello hace que en la UCI se produzcan conflictos relacionados con la toma de decisiones sobre los paciente críticos que están al final de su vida y en los que se decide modificar el objetivo de tratamiento y limitar las medidas de soporte. No podemos olvidar también que en ocasiones por un mal entendimiento de todo este proceso, se pueden derivar litigios ante los tribunales.

Ante todo esto los profesionales en este caso de las Unidades de Medicina Intensiva, consideramos imprescindible mejorar el final de la vida del paciente crítico con iniciativas que incorporan muchos de los conocimientos de la medicina paliativa a la medicina intensiva (8-11). El Comité Ético de la "Society of Critical Care Medicine" lo apoya con claridad: " los cuidados paliativos e intensivos no son excluyentes sino que debieran coexistir" y "el equipo sanitario tiene la obligación de proporcionar tratamientos que alivien el sufrimiento". La 5ª Conferencia Internacional de Consenso de Medicina Crítica que tuvo lugar en Bruselas en abril de 2003, expresó que "la misión del tratamiento intensivo se ha ampliado, abarcando la provisión del mejor tratamiento posible a los pacientes moribundos y a sus familias". En España se publicaron en 2008 a su vez, las recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico (13).

Así que una vez decidido y acordada la decisión de LTSV, el objetivo principal es proporcionar al paciente una buena muerte, descrita como "la que está libre de malestar y sufrimiento evitables a pacientes, familiares y cuidadores, de acuerdo con sus deseos y con los estándares clínicos, culturales y éticos" (14). Matizando este objetivo, el programa para promover la excelencia en el tratamiento paliativo del paciente crítico definió siete dominios de calidad (tabla 2) (15).

TABLA 2. Dominios de calidad del tratamiento paliativo en el paciente crítico.

Toma de decisiones centrada en el paciente y su familia  
Comunicación dentro del equipo y con los pacientes y las familias de éstos  
Continuidad del tratamiento  
Apoyo emocional y práctico para los pacientes y sus familias  
Tratamiento sintomático y de bienestar  
Apoyo espiritual para los pacientes y sus familias  
Apoyo emocional y de la organización para los profesionales de la UMI

UMI: Unidad de Medicina Intensiva

AGENTES IMPLICADOS Y MARCO LEGAL

FAMILIARES

Los profesionales sanitarios deben mostrar empatía y piedad hacia los familiares. Los profesionales deben facilitar el encuentro de los familiares con el enfermo, y más aun en los últimos momentos de vida, facilitar la asistencia religiosa si es requerida, indicar los pasos a seguir en caso de óbito y reconfortarlos en la medida de lo posible (15,16). Se garantizará cierta flexibilidad horaria, y se dispondrá en lo posible de una sala confortable. Se procurará que puedan acompañar al enfermo en su propia habitación el mayor tiempo posible.

PROFESIONALES SANITARIOS

Como se ha comentado más arriba es una decisión en ocasiones difícil que requiere además de habilidad a la hora de comunicar esta situación a las familias. Se propone instaurar cursos de formación a los profesionales, establecer sistemas de comunicación eficaces entre los miembros del equipo, fomentar la formación de dicha habilidad en cuanto a la comunicación, relaciones humanas, etc. Y establecer sistemas de apoyo para la protección de las personas más vulnerables.

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

291

**LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO****INSTITUCIONES**

Es tarea de las instituciones facilitar y fomentar la formación de los profesionales en Bioética.

**LEGISLACIÓN**

El marco legislativo sobre el que se sustenta la relación clínica y la toma de decisiones al final de la vida queda registrado en la tabla 3.

**TABLA 3. Legislación sobre la toma de decisiones en el final de la vida.**

- Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (convenio de Oviedo, firmado el 4 de abril de 1997, en vigor en España desde el 1 de enero de 2000).
- 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. El capítulo I, «Principios generales/principios básicos», hace referencia a la dignidad de la persona humana, el respeto a su autonomía, el derecho a decidir libremente y el requerimiento de consentimiento previo. El capítulo II, «Derecho a la información sanitaria», repasa el derecho a la información asistencial y el titular del derecho. El capítulo IV, «El respeto a la autonomía del paciente», concreta la teoría del Consentimiento Informado: la necesidad de consentimiento libre y voluntario, la forma de establecerlo, el derecho de revocación, así como los límites del consentimiento y el consentimiento por representación. Especial interés tiene dentro de este capítulo el artículo 11, que hace referencia a las «Instrucciones previas».
- Leyes autonómicas que regulan las Instrucciones Previas: La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, regula en su capítulo III, artículo 15, el ejercicio de las voluntades anticipadas.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- El Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, aprobó el reglamento de organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.
- Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, aprobada por las Cortes de Aragón el 24 de marzo de 2011.

**SEDACIÓN EN LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL**

El objetivo de la sedación en el contexto de LTSV es el alivio del sufrimiento del paciente y no pretende acelerar la muerte (18). Aplicar los cuidados necesarios para calmar el dolor, la agitación, la ansiedad, la disnea, aunque con ellos se pueda adelantar el fallecimiento del enfermo en fase terminal, se ajusta a las recomendaciones éticas y al marco legal actual, y por tanto, es considerado como buena práctica clínica.

**SEDACIÓN PALIATIVA:** Es la administración de fármacos en la dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia en pacientes con enfermedad avanzada o terminal, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. No tiene por qué ser irreversible.

**SEDACIÓN TERMINAL O SEDACIÓN EN LA AGONÍA:** Persigue mitigar el sufrimiento del enfermo asumiendo, por el "principio del doble efecto", el efecto no deseado de la privación de la consciencia hasta que ocurra la muerte. El fallecimiento será la consecuencia inexorable de la propia enfermedad y/o sus complicaciones y no de la sedación.

**TRATAMIENTO DEL DOLOR Y SUFRIMIENTO:**

- Medidas no farmacológicas: evitando todo aquello que pueda incomodar al enfermo.
- Medidas farmacológicas: con el uso de opioides (morfina, fentanilo), benzodiacepinas (midazolam), neurolépticos (haloperidol), anestésicos-sedantes (propofol).

**RETIRADA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**

La retirada de la ventilación mecánica, de la oxigenoterapia y del tubo endotraqueal son hechos que no tienen que ir necesariamente unidos. Hay un abanico de posibilidades entre los dos extremos: extubación terminal previa sedación, y el destete terminal más progresivo y menos angustioso tanto para los profesionales sanitarios como para la familia. Se debe informar a la familia de la previsible duración del procedimiento.

Se recomienda así mismo un control y evaluación del procedimiento para que se lleve a cabo con un ambiente apropiado, con adecuada analgesia y sedación, siguiendo un plan de destete en su caso.

**7. FORMULARIO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL (12) (ver anexo 1)**

Este formulario se debería además incluir en la historia electrónica del paciente de UCI de modo que apareciese para rellenar desde el momento del ingreso en UCI, y fuera revisada como se indica periódicamente. Recientemente se ha publicado un estudio preliminar sobre la introducción de la LTSV en la Historia electrónica (19).

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

**LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO****8. INDICADORES DE LTSV (1)**

Ver apartado "Evaluación y seguimiento: indicadores".

Anexo 1

HOSPITAL:

Identificación del paciente:

Servicio de Medicina Intensiva

ÓRDENES DE LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

Fecha:

Médico responsable:

Firma:

1. En caso de paro cardiorrespiratorio NO iniciar medidas de RCP

2. Otras limitaciones de tratamiento:

No intubación  
No diálisis  
No transfusión  
No fármacos vasoactivos  
No nutrición artificial (enteral, parenteral)  
No actos quirúrgicos

3. Mantener el tratamiento iniciado sin aumentarlo ni iniciar nuevo tratamiento (excepto paliativo)

4. Retirada de Tratamientos de Soporte Vital:

Diálisis  
Fármacos vasoactivos  
Ventilación mecánica

5. Rescisión de las órdenes anteriores

Se aconseja mantener este formulario en la sección de órdenes médicas. Si se han de rescindir una o más de las órdenes de limitación del soporte vital, tachar lo anterior, fechar y rubricar el espacio de rescisión. Entonces iniciar un nuevo formulario actualizado si es necesario. En caso de alta hospitalaria, las órdenes se consideran automáticamente rescindidas.

El fundamento de las decisiones (argumentos médicos y voluntad del paciente o sus representantes) debe constar en la evolución clínica.

Verificar si se ha dispuesto el tratamiento paliativo necesario para asegurar el control del dolor y el bienestar del paciente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2011. SEMICYUC. <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>.
- Cabré Ll, Abizanda R, Baigorri F, Blanch L, Campos JM, Iribarren S, et al, y Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva 2006;30:1-5.
- Trough, RD, Cis A, Bracket SE, Burns JP, Curley MA et al. Recommendations for end of life care in the intensive care unit: the Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001;29:2332-48.
- Saralegui I, Monzón JL, Martín MC. Instrucciones previas en Medicina Intensiva. Med Intensiva 2004;28:256-61.
- Cabré L, Solson JF, y Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva 2002;26(6):304-11.
- Ortega S. Limitación del esfuerzo terapéutico en el servicio de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel (tesis doctoral). Zaragoza: Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Zaragoza 2006.
- Muir JA. Hacer correctamente las cosas correctas. En: Muir JA, editor. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone España, SL, 1997.
- Recomendaciones para la mejora de la atención al paciente en sus últimos días de vida. Respeto a su intimidad y privacidad. Comité de Ética Asistencial Sector II. Grupo de Trabajo cuestiones éticas en el final de la vida.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

## 1. TÍTULO

**LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO**

9. Danis M, Federmn D, Fins JJ, Fox E, Kasterbaum B, Lancken PN, et al. Incorporating palliative care into critical care education: principles, challenges and opportunities. Crit Care Med 1999;27:2005-13.
10. Campbell ML, Curtis JR, editors. End of life Care. Crit Care Clin 2004;20:xiii-xiv.
11. Farmer JC, Levy MM, Curtis JR, editors. Improving the quality of End-of-life care in the ICU. Crit Care Med 2006;34 Suppl:11.
12. Calet J, Thijs L, Antonelli M, Cassels, Cox P, HillN, et al. Challenges in end of life care in the ICU. Intensive Care Med 2004;30:770-84.
13. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, et al, y Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva 2008;32(3):121-33.
14. Selecky P, Eliasson AH, Hall RI, Schneider RF, Varkey B, McCaffree DR, and the ACCP Ethics Committee. Palliative and End of Life Care for Patients with Cardiopulmonary Diseases: American College of Chest Physicians Position Statement. Chest 2005;128:3599-610.
15. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al; for the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-of-life Peer Workgroup Members. Quality Indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Critical Care Med 2003;31:2255-62.
16. Andershed B. Relatives in end-of-life care-part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. J Clin Nurs 2006;15:1158-69.
17. Boyle DK, Miller PA, Forbes-Thompson SA. Communication and end-of-life care in the intensive care unit: patient, family, and clinician outcomes. Crit Care Nurs Q 2005;28:302-16.
18. Broggi MA, Lluviá CL, Treils J. Sufrimiento y sedación terminal. Intervención médica y buena muerte. Madrid: Laboratorio de Alternativas; 2006. p. 31-8.
19. Poyo-Guerrero R, Cruz A, Laguna M, Mata J et al. Experiencia preliminar en la introducción de la limitación de terapias de soporte vital en la historia clínica electrónica. Med Intensiva 2012;1:32-6.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocer el grado de adecuación de la atención al paciente crítico que precisa LTSV en la UCI.
2. Cumplir los indicadores estándar establecidos por la SEMICYUC para la LTSV.
3. Recordar a todos lo profesionales sanitarios que trabajan con el enfermo crítico, el concepto, la toma de decisión y lo que conlleva la limitación del tratamiento de soporte vital.
4. Diseñar un formulario de LTSV para la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Coordinación: Susana Ortega Ugarte.

Análisis de resultados, diseño del protocolo y formulario de LTSV, responsables de medición de indicadores y formación: Ignacio González Almárcegui, Noelia Royo Carramiñana, M<sup>a</sup> Teresa Rubio Sancho, M<sup>a</sup> Dolores Vicente Gordo, Mireia Barceló Castelló, Raquel Garrido López, Cristina Bernal Matilla y Grupo de Mejora de LTSV en la UCI.

## Actividades:

1. Mediciones de indicadores: Se realizarán de forma continuada, de la totalidad de la población, comenzando desde el inicio del proyecto.
2. Aplicación del protocolo: Previa información al personal mediante boletines informativos y a través de jornadas de formación.
3. Análisis de resultados: Una vez obtenidas las mediciones, podremos compararlas con los estándares establecidos y con los resultados de las mediciones sucesivas. Realizado por el equipo de mejora y a través de comunicación en sesión clínica de la UCI. Se señalarán los resultados positivos y se valorarán las posibles causas de resultados negativos. Además, se valorará la modificación de algunos aspectos del protocolo, incluyendo el diseño del formulario de LTSV en UCI.
4. Aplicación de modificaciones del protocolo: Si se considera necesario, tras el análisis de resultados, precedido de un período de formación al personal de la UCI. Se continuará la medición de los indicadores implicados, para observar si se consiguen los objetivos.
5. Diseño definitivo del protocolo y formulario de LTSV: Se empleará un diseño inicial modificable.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

La decisión de LTSV nunca debe tomarse de forma individual (salvo circunstancias excepcionales), sino que deberá cumplir unos requisitos imprescindibles, tanto científicos como de consenso.

## Fórmula:

nº de indicaciones de LTSV que cumplen los requisitos  
----- x 100  
nº de indicaciones de LTSV totales

Estándar: 100%.

Se considerará como LTSV, tanto la retirada de medidas terapéuticas como el no iniciarlas.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

**LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CRITICO**

Se consideran requisitos para la indicación los cuatro siguientes:

1. Fundarse en la mejor evidencia científica disponible.
2. Tener en cuenta la voluntad del enfermo, así como la existencia de "instrucciones previas".
3. Tomarse por consenso del equipo asistencial.
4. Informar y consultar a los familiares.

En la documentación clínica deberá quedar constancia de todos los anteriores.

Población: Todos los enfermos ingresados en la UCI, a los que se les aplique LTSV, durante el período de estudio.

Criterio de exclusión: Decisión de no ingresar a un enfermo en la UCI (ya que en general, ésta no puede ir precedida de la deliberación del equipo).

En caso de discrepancias en la toma de decisiones entre profesionales o familiares es recomendable consultar con el Comité de Ética Asistencial.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto: 1 año hasta obtener un protocolo y formulario definitivos, con posterior revisión cada 2 años.

Caleendario de las actividades:

- Medición de indicadores: Desde el inicio.
- Aplicación del protocolo: Desde el inicio y tras incluir modificaciones. Información durante 2 meses al personal de la UCI al inicio y después de incluir modificaciones (si fuera necesario).
- Análisis de resultados: Semestral.
- Aplicación de modificaciones del protocolo: Semestral.
- Diseño definitivo del protocolo y formulario de LTSV: Al finalizar el 2º semestre.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. ADULTOS/ANCIANOS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

417

**MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON FIBROSIS QUISTICA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PALACIAN RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MONFORTE CIRAC MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA  
· VIDAL GARCIA MATXALEN. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA  
· MARTIN VICENTE CARLOS LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA  
· HERRERO LABARGA INES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA  
· GONZALEZ FERRANDEZ MARIA JOSE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA  
· VAZQUEZ VELA MARIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA  
· VASQUEZ MARTINEZ ALEJANDRA. MEDICO/A. H 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.

En edad pediátrica, es frecuente el aislamiento de *S.aureus*, *S.pneumoniae* y *H.influenzae*. *S.aureus* es el microorganismo más frecuentemente aislado durante los 5 primeros años de vida y el segundo tras *Pseudomonas aeruginosa* en los años sucesivos.

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 por lo que un diagnóstico rápido en estos pacientes favorece un inicio del tratamiento antibiótico de forma precoz.

La presencia de bacilos gramnegativos no fermentadores diferentes a *Pseudomonas aeruginosa* en los pacientes con fibrosis quística ha aumentado debido a la mejora de las técnicas microbiológicas y al aumento de supervivencia de estos pacientes.

El uso de la espectrofotometría de masas mejora el diagnóstico de los bacilos gramnegativos no fermentadores, incluyendo *P.aeruginosa*, acelerando su diagnóstico hasta en 48-72 horas lo que permite una mayor rapidez en la comunicación al clínico de estos hallazgos.

De igual forma, en la literatura se recomienda que los pacientes con aislamientos de *P.aeruginosa* y otros bacilos gramnegativos no fermentadores, no compartan sala de espera para evitar el contagio entre ellos y una mayor difusión de estas cepas lo que es especialmente importante en los pacientes pediátricos.

En los pacientes adultos con fibrosis quística, se ha constatado un aumento de la prevalencia de micobacterias no tuberculosas (MNT) en los pacientes con fibrosis quística, siendo este aspecto, hasta la fecha, menos estudiado en la serie de pacientes controlada en nuestro hospital.

La prevalencia de MNT en los pacientes con FQ varía en las series publicadas entre el 3 y el 30%, y su incremento en los últimos años parece deberse a una mayor concienciación por parte de los clínicos de las MNT como patógenos potenciales en FQ y al aumento en la esperanza de vida de estos pacientes.

Se recomienda en todos los pacientes con FQ se estudie de manera rutinaria al menos una vez al año por medio de dos baciloscopias directa la presencia de micobacterias. En aquellos pacientes con baciloscopias y cultivos positivos se debe realizar un seguimiento cuidadoso, valorando la evolución clínica y repitiendo los cultivos para confirmar el aislamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto es continuación de un programa anterior en el que se han conseguido los siguientes resultados:

- Creación de una Base de Datos Individualizada para pacientes adultos que permite 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.

- Creación e implantación del 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 en pocas horas

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

417

**MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACIÓN/INFECCIÓN BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON FIBROSIS QUÍSTICA**

a prácticamente todos los antibióticos antipseudomónicos cuando se utilizan en monoterapia y por tanto siempre habría que utilizar una terapia combinada para su tratamiento

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación de una Base de Datos Individualizada en los pacientes de edad pediátrica situada en un espacio "virtual" de manera que se pueda acceder desde el Servicio de Microbiología y Pediatría para actualizar la base de datos y compartir artículos de interés.

Creación de un sistema de "alarma" en el caso de primeros aislamientos de P.aeruginosa y otros bacilos gramnegativos no fermentadores en los niños con fibrosis quística para aumentar la rapidez en la comunicación.

Implantación del método MALDI-TOF en el diagnóstico de los microorganismos aislados.

Realizar rutinariamente visiones directas con tinción de Ziehl-Neelsen ya que algunas de estas especies no se tiñen con auramina.

Citaciones de los pacientes pediátricos según sus microorganismos aislados para evitar posibles transmisiones entre niños colonizados por P.aeruginosa y niños no infectados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Conseguir una 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 el seguimiento y control de la colonización/infección broncopulmonar, reflejando la cronología de la infección en los pacientes.

- Elaboración de la base de datos pediátricos y creación del sistema de "alarma" según las necesidades expresadas por los facultativos implicados: Responsable: M<sup>a</sup> Pilar Palacián y Matxalen Vidal (Servicio de Microbiología) y Carlos Martín (Servicio de Pediatría).

- Implantación del método MALDI-TOF en el diagnóstico de los microorganismos aislados: M<sup>a</sup> Jose Gonzalez y M<sup>a</sup> Pilar Vazquez (Servicio de Microbiología)

- Visiones directas con tinción de Ziehl-Neelsen: M<sup>a</sup> Pilar Palacián, M<sup>a</sup> Luisa Monforte Cirac (Servicio de Microbiología) e Ines Herrero (Servicio de Neumología)

- Citaciones de los pacientes pediátricos según sus microorganismos aislados para evitar posibles transmisiones entre niños colonizados por P.aeruginosa y niños no infectados: Carlos Luis Martín de Vicente (Servicio de Pediatría)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NOMBRE DEL INDICADOR 1:  
Porcentaje de pacientes con visión directa con tinción de Ziehl-Neelsen en los pacientes con fibrosis quística

Área relevante: HUMS  
Dimensión: Científico-técnica-Efectividad  
Criterio de calidad: Mejorar el diagnóstico de los pacientes  
Justificación: Conocer el nº de pacientes colonizados/infectados por MNT en nuestra área  
Fórmula:  $\frac{\text{Nº de pacientes con realización de tinción ZH}}{\text{Nº de pacientes con petición de FQ}} \times 100$

Fuente de datos: Datos de Microbiología  
Población: Todos los pacientes con petición de FQ  
Responsable obtención: Servicio de Microbiología  
Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR 2:  
Porcentaje de cumplimiento de la línea de mejora (creación base de datos y cumplimiento de la misma)

Área relevante: HUMS  
Dimensión: Científico-técnica-Efectividad  
Criterio de calidad: Controlar el cumplimiento de la línea de mejora  
Justificación: Conocer el nº de pacientes colonizados/infectados por MNT en nuestra área  
Fórmula:  $\frac{\text{Nº de pacientes atendidos en Ped/Nº pac introducidos en base de datos}}{\text{Nº de pacientes con petición de FQ}} \times 100$

Fuente de datos: Datos de Microbiología y Pediatría  
Población: Todos los pacientes pediátricos con petición de FQ  
Responsable obtención: Servicio de Microbiología y Pediatría  
Periodicidad: Semestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A partir de 1 de Mayo de 2013: Implantación de Maldi.tof en el diagnóstico  
1-30 de Mayo de 2013: Creación base de datos conjunta con Pediatría  
A partir del 1 de Junio de 2013: Cumplimiento de base de datos e Introducción de la tinción ZH en las muestras de los pacientes con FQ.  
Diciembre de 2013: Valoración cumplimiento línea de mejora (Indicador 2)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

417

**MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON FIBROSIS QUISTICA**

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

004

**PROMOCION Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS****2. RESPONSABLE** ..... DANIEL PALANCA ARIAS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA UCIP
- MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA UCIP
- MURILLO PERUGA OLGA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA UCIP
- GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA UCIP
- ROYO PASCUAL LUIS ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA UCIP
- VIÑADO COCA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA UCIP

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida:**

Nuestra experiencia tras implantar en Febrero 2012 un sistema de notificación de incidentes/eventos adversos en nuestra Unidad fue la siguiente: se impartieron sesiones docentes en horario de trabajo a todo el personal de la Unidad (adjuntos, MIR, enfermería, auxiliares) para crear cultura de seguridad y detallar en qué consiste un sistema de notificación y qué se debe notificar. Una instructora en seguridad del paciente de nuestro centro acudió para resolver las cuestiones que pudieran surgir al implantar un sistema de seguridad. Se diseñó un sistema de notificación de incidentes/acontecimientos adversos sencillo y adaptado a nuestra unidad, en formato papel, para ser rellenada de forma voluntaria y anónima por todo el personal de la UCIP que observara un incidente. Las notificaciones se recogieron en un buzón fuera de la unidad.

Importancia y Utilidad del proyecto:

El personal de la Unidad, incluyendo Jefe de Servicio/Supervisora, consideró muy importante la seguridad del paciente mediante una encuesta propuesta por la Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP).

Métodos de detección y priorización empleados: Se detectó mediante dicha encuesta nacional que la seguridad del paciente no se estaba realizando en muchas Unidades, como la nuestra. De allí la idea de sumarnos con la implantación de un Sistema de Notificación en Nuestra Unidad en 2012.

Las posibles causas:

La atención multidisciplinar por parte de varios profesionales en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos puede ocasionar con mayor facilidad diferentes errores (preparación de medicación, equipos/dispositivos, vía aérea, complicación de catéteres ...) con riesgo de producir daño en los pacientes. Asimismo, el elevado número de interacciones que se producen, entre el profesional y el paciente y entre profesionales, así como la transmisión de un volumen elevado de información, suponen oportunidades para que se produzcan errores, exponiendo a los pacientes críticos a un ambiente de alto riesgo. Todo ello, sumado a la prescripción en formato papel y malentendidos en la comunicación entre profesionales pueden ocasionar incidentes sobre el paciente. De allí surge la necesidad de ser conscientes de que se pueden producir errores por parte de los profesionales e intentar poner métodos barrera para detectarlos, notificarlos y así poder promover cambios para la mejora de la atención del niño crítico

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Aunque se ha valorado positivamente la implantación de un sistema de notificación de incidentes/acontecimientos adversos y la creación de un clima de seguridad dicho sistema es poco utilizado hasta el momento por el personal (19 notificaciones; 15 incidentes detectados sin repercusión para el paciente y 4 eventos adversos) y el feed-back del análisis de los mismos escaso.

Aunque sólo ha pasado 1 año desde su implantación, parece necesario promover el uso del sistema de notificación y crear cultura de seguridad para animar a los trabajadores a notificar sin miedo, ya que todavía surgen dudas entre los trabajadores.

Esperamos conseguir una mayor participación y obtener nuevos cambios que puedan influir sobre la Seguridad del paciente, como algunos que ya se han conseguido (protocolización en la administración de medicación e inotrópicos, cambio en la clasificación de la farmacia de la UCIP por principio genérico

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Promover la cultura de Seguridad con exposiciones docentes al personal de la Unidad, así como material: hojas de checklist, carteles, medidas de seguridad, documentos de transferencia, enlaces a artículos interesantes sobre seguridad, cursos on-line, participación y divulgación en un blog de seguridad a nivel nacional de reciente creación.

Promover la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos. Ej: "Curso Básico en Seguridad del Paciente y Talleres de Formación en Herramientas de Análisis y Gestión de Riesgos en Urgencias y Emergencias" Zaragoza.

Daniel Palanca, Juan Pablo García y Paula Madurga: se encargarán de fomentar la docencia. Luis Angel Royo Pascual, Carmen Gutierrez y Olga Murillo: se encargarán de realizar las revisiones periódicas, rondas de seguridad y reuniones

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Recoger en el buzón notificaciones trimestrales, analizando y discutiendo las notificaciones, y en función de la participación obtenida fomentar y reforzar la cultura de seguridad. Realizar rondas de seguridad internas semestrales

Reunirnos anualmente para comentar algún efecto adverso grave, análisis modal de fallos y efectos (AMFE) o

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

004

**PROMOCION Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS**

decidir si se puede mejorar algo la seguridad del paciente mediante algún cambio.

Pasar de nuevo la encuesta inicial de seguridad del paciente para poder evaluar el cambio en la cultura de seguridad de nuestra unidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Promover y desarrollar durante el año 2013 la cultura de seguridad en nuestra Unidad.

Recoger en el buzón notificaciones trimestrales, y reunirnos tras la recogida.

Realizar rondas de seguridad internas semestrales.

Reunirnos anualmente para comentar algún efecto adverso grave, análisis modal de fallos y efectos (AMFE) o decidir si se puede mejorar algo la seguridad del paciente mediante algún cambio.

Pasar de nuevo la encuesta inicial y final de seguridad del paciente para poder evaluar el cambio en la cultura de seguridad durante este año

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. 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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes, Niños y Adolescentes. lmes a 14 años

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Fomentar seguridad del paciente entre profesionales

OTRA PALABRA CLAVE 2. Crear cultura de seguridad

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

229

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DEL USO DE NUTRICION ARTIFICIAL**

2. RESPONSABLE ..... PABLO PALOMO PALOMO
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GIMENO BALLESTER VICENTE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
  - AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - YUBERO CISNEROS ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
  - SORIA PUERTA VIRGINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El uso de la nutrición parenteral se considera una parte importante del tratamiento integral del paciente. Las nutriciones parenterales (UNP) son consideradas mezclas intravenosas multicomponentes de elevada complejidad

El farmacéutico ha de asegurar la calidad de las NP elaboradas o manipuladas en el Servicio de Farmacia. La Sociedad Americana de Farmacéuticos de Hospitales (ASHP) y la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN), en sus recomendaciones responsabilizan al farmacéutico de la correcta preparación de las mezclas de NP, así como del control durante su procesado, y de su producto final.

Una de las estrategias establecidas para el control de calidad del producto final en la elaboración de mezclas de NP es el control o análisis gravimétrico, que consiste en comparar el peso real del producto con el calculado según el volumen y densidad de cada uno de sus componentes. Es importante tener en cuenta que los errores cometidos con ciertos componentes de estrecho margen terapéutico, como el potasio, pueden tener consecuencias clínicas graves, y puede ser difícil detectarlos con el control gravimétrico del producto final.

La Agencia Europea para la Evaluación del Medicamento (EMA) establece que el 100% de las mezclas de NP deberán prepararse con un error gravimétrico inferior al 5%. La Farmacopea de Estados Unidos (USP) establece que el error gravimétrico no debe superarse en  $\pm 5\%$  para volúmenes mayores de 100mL.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2012 se implantó la prescripción electrónica asistida en las unidades de neonatología y de U.C.I. de neonatos. Antes de empezar con la prescripción electrónica se definieron tanto los macronutrientes como los micronutrientes a utilizar en los pacientes neonatos para que el programa pudiera realizar bien los cálculos. Se seleccionó a un médico del Servicio de Neonatología y a un farmacéutico para coordinar el proceso. Se llevaron a cabo sesiones formativas diarias tanto en neonatología como en farmacia. Se creó un usuario con contraseña para cada médico para controlar el acceso al programa. Se instaló el programa de nutrición en tres ordenadores, uno en la UCI de Neonatología, otro en la sala de pacientes neonatos y el tercero en el despacho médico. Actualmente el 100 % de las nutriciones de la U.C.I. de neonatos y neonatos se prescriben electrónicamente.

En lo que respecta al control gravimétrico, durante el año pasado se actualizó el maestro del programa de gestión de nutriciones parenterales. Se elaboraron unas tablas de referencia en las que se recogió el peso de las UNP protocolizadas con el fin de utilizarlas como peso teórico con el cual comparar el peso real obtenido. Se modificaron las etiquetas de las UNP para que automáticamente nos mostraran el peso real de la UNP y el resultado de la evaluación del error gravimétrico de pesada (EGP) de las preparaciones (diferencia en % entre el peso experimental y el teórico). Con el fin de normalizar el proceso del control gravimétrico de las UNP elaboradas por el servicio y su documentación, se diseñó un protocolo normalizado de trabajo (PNT). La calidad de la preparación de las UNP se estableció mediante el cálculo de la exactitud (media del EGP) y la precisión (raíz cuadrada de la media del cuadrado de los EGP), y se definieron los límites de  $\pm 5\%$  de alerta e invalidación de estos parámetros. Los resultados obtenidos en los primeros 67 días desde la implantación del control gravimétrico fueron los siguientes: se realizó el control gravimétrico en el 88 % de las nutriciones de la U.C.I. de neonatos y neonatos, no se desechó ninguna nutrición por sobrepasar el 5 % de desviación.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- 1.- Implantar prescripción electrónica asistida en NP en UCI Pediátrica
  - 2.- Formación de los profesionales implicados en UCI Pediátrica
  - 3.- Implantar prescripción electrónica asistida en NP en Oncología
  - 4.- Formación de los profesionales implicados en Oncología
  - 5.- Mejorar la seguridad mediante control gravimétrico
  - 6.- Optimizar los stock de nutrición enteral en planta
  - 7.- Realización de una guía de equivalencias en nutrición enteral
  - 8.- Minimizar la tasa de nutriciones devueltas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Realización de sesiones informativas para establecer criterios comunes de adecuación de la Prescripción electrónica asistida (P.E.A)
  2. Reunión con los facultativos para la selección de indicadores
  3. Medida continua y evaluación de indicadores
  4. Formación de médicos prescriptores
  5. Formación de enfermería
  6. Inicio de la P.E.A. UCI Pediátrica
  7. Inicio de la P.E.A. Oncología

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

229

**OPTIMIZACION DEL USO DE NUTRICION ARTIFICIAL**

8. Mejora la seguridad de la preparación de la NP mediante el control gravimétrico
9. Valoración de los stock de nutrición enteral en planta y su estado de conservación
10. Registro y análisis de los productos de nutrición enteral que devuelven caducados o próximos a caducar.
11. Realización de una guía de equivalencias en nutrición enteral
12. Seguimiento de las nutriciones devueltas y análisis de la causa
13. Valorar satisfacción previa a la implantación PE

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

Prescripciones electrónicas/prescripciones totales	50%	2º semestre
Nº de reuniones formativas médicos	5	
Prescripciones electrónicas/prescripciones totales	50%	2º semestre
Nº de reuniones formativas médicos	5	
% NP control gravimétrico >90%		
Nº NP desechadas/Nº totales	<1%	
% unidades con valoración del stock de productos de nutrición enteral y estado de conservación.	>80%	
Registro y análisis de los productos de nutrición enteral que devuelven caducados o próximos a caducar al SF.	Cuantificar	
Nº de nutriciones parenterales devueltas/ totales realizadas	<2	

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación de los médicos de la UCI de pediatría: ENERO-MAYO**

Inicio de la prescripción electrónica asistida en UCI de pediatría: FEBRERO-AGOSTO

Formación de los oncólogos: MARZO-JULIO

Inicio de la prescripción electrónica asistida en Oncología: ABRIL-OCTUBRE

Medida de indicadores: MENSUAL

Analizar los tiempos de espera: MENSUAL

Mejora la seguridad de la preparación de la NP mediante el control gravimétrico:

MENSUAL

Valoración de los stock de nutrición enteral en planta y su estado de conservación: SEMESTRAL

Registro y análisis de los productos de NE que devuelven caducados o próximos a caducar: MENSUAL

Realización de una guía de equivalencias en nutrición enteral: ENERO-ABRIL

Valoración de las nutriciones devueltas: MENSUAL

Valorar satisfacción previa a la implantación PE y posterior: MARZO-ABRIL Y DICIEMBRE

**11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001****POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO****OTRA PALABRA CLAVE 1. NUTRICIÓN****VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

**DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PARTOS ELECTRONICO**

2. RESPONSABLE ..... JARA PASCUAL MANCHO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
  - CRESPO ESTERAS RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
  - MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
  - CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
  - COTAINA GRACIA LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Marco conceptual:

El parto es el proceso hospitalario más frecuente dentro de la Obstetricia, por lo que cualquier cambio respecto a él será de gran relevancia en nuestra práctica diaria.

La recogida de información en el siglo XXI y en nuestro ámbito sanitario actual nos permite y favorece una informatización de dicho proceso.

Concepto de Libro de Partos:

El Libro de Partos es el registro médico de los procesos y los diagnósticos realizados durante la estancia en la Unidad de Dilatación y Partitorio. Está presente en todas las maternidades del Sistema Nacional de Salud.

La finalidad de los Libros de Partos es:

- + El registro de la actividad de nuestra Unidad y guardias mediante recuento manual.
- + El análisis retrospectivo de nuestros resultados y eventos adversos.
- + La elaboración de estadística trimestral y anual
- + La recopilación sistemática de casos para Comités Clínicos.

Desventajas del Libro de Partos actual:

En la actualidad, se completa de forma manual en un "Libro Registro", donde se rellenan unos campos libres en blanco. Se cumplimenta una vez finalizado el parto y es de obligatorio cumplimiento aunque no existen mecanismos de seguridad para ese fin ni para asegurar la fiabilidad de los datos

Actualmente, los objetivos previamente descritos en la finalidad, se obtienen mediante el recuento manual de los datos recogidos en el Libro de Partos.

Dicha metodología conlleva:

- + Demora en el recuento manual de los resultados
- + Deficiencia en la fiabilidad del recuento manual
- + Dificultad de interpretación de registros manuscritos.
- + Incumplimentación de datos.

Ventajas del Libro de Partos Electrónico:

La informatización de los datos del libro de Sala de Partos tiene un efecto altamente beneficioso para:

1. La agilización en la recogida retrospectiva de datos para estadística sanitaria hospitalaria, disminuyendo el tiempo invertido y la dificultad en la interpretación de los datos actuales recogidos manualmente en un libro físico.
2. Autoevaluación de la práctica clínica, cuyos resultados se pueden comparar con los estándares publicados en la literatura médica.
3. Los resultados obtenidos gracias a este instrumento informático, permiten cambios en la práctica obstétrica diaria, a tiempo real, mejorando la calidad asistencial.
4. La facilidad del acceso y trabajo con los datos estadísticos recogidos, proporciona la posibilidad de elaborar estudios científicos de forma rápida y práctica.
5. La motivación de residentes y adjuntos en su formación y actividad médica.
6. La fiabilidad de los datos recogidos informáticamente: mejoría en la legibilidad, orden y claridad de los datos.
7. La estandarización de los valores recogidos, unificación de procesos y diagnósticos.

Oportunidad de Mejora:

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

**DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PARTOS ELECTRONICO**

Actualmente nuestra Sección de Paritorio y Urgencias se encuentra en proceso de informatización mediante el programa comunitario de Urgencias Sanitarias PCH (Puesto de Control Hospitalario) siendo nuestra sección la última que queda por informatizar de toda la Comunidad Autónoma. Dicho proceso de informatización nos brinda la oportunidad de incluir dentro del diseño, el apartado Libro de Partos electrónico dada la estrecha relación tanto física como organizativa, de la Unidad de Partitorios con la Urgencia de Maternidad.

El libro de Partos electrónico es posible realizarlo en la plataforma PCH y permite mecanismos de uniformidad, fiabilidad, confidencialidad y explotación de datos de nuestro Departamento como más adelante se explicará.

A demás, la importancia en la informatización de un proceso sanitario ya quedó reflejada por el Ministerio de Ciencia e Innovación al ser una prioridad y objeto de ayuda incluyendo se en los "Proyectos de Ayudas de la Acción Estratégica en Salud".

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Costs and Benefits of Health Information Technology: Evidence Report/Technology Assessment, No. 132. 2006 Apr 7;1-154.
2. Electronic medical record, error detection, and error reduction: A pediatric critical care perspective. *Pediatr Crit Care Med*. 2007 Mar;8(2 Suppl):S17-20.
3. Use of Electronic Medical Records for Health Outcomes Research: A Literature Review *Med Care Res Rev* December 2009 66: 611-638, first published on March 11, 2009
4. Ayudas de la Acción Estratégica en Salud del Ministerio de Ciencia e Innovación. Resolución de 20 de marzo de 2009, conjunta de la Secretaría de Estado de Investigación y del Instituto de Salud Carlos III, por la que se publica la convocatoria correspondiente al año 2009 de concesión de ayudas de la Acción Estratégica en Salud, en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el diseño del Libro de Partos electrónico se pretende:

1- Obligatoriedad de cumplimentación del registro del parto de forma informática mediante campos vinculantes y eliminación de situaciones de error en la recogida de datos:

- i) Los campos a rellenar se activarán o inactivarán con funciones lógicas de otros valores. Por ejemplo, no permitirá rellenar el motivo de cesárea electiva en un inicio de trabajo de parto prolongado, de la misma forma que será obligado el cumplimiento de unos campos mínimos como por ejemplo apgar y peso neonatal.
- ii) No será posible solicitar un ingreso en la Planta de Puerperio si no se ha cumplimentado el Libro de Partos Electrónico.

2- Unificación de criterios, procesos y diagnósticos mediante campos cerrados:

Los campos en la medida de lo posible, se crearán como campos cerrados con valores a elegir predefinidos, disminuyendo así la variabilidad en nomenclatura y diagnóstico.

3- Agilización en la elaboración de la estadística propia de nuestro servicio:

Ya que se podrá explotar los datos en función de fecha, diagnóstico u otro valor epidemiológico de interés.

4- Facilitar el análisis retrospectivo de forma fiable y rigurosa de nuestros eventos adversos y poder observar y realizar cambios en la práctica clínica diaria.

5- Facilitar la identificación y seguimiento de casos o eventos raros

6- Registro de Indicadores de Calidad Asistencial:

Detectar de forma precoz las anomalías en la práctica clínica ya que se favorece un análisis ágil y en tiempo casi real.

7- Favorecer la elaboración de estudios científicos de forma práctica y ágil.

8- Disminuir el tiempo invertido en la realización estadística de nuestra actividad, así como de la realización de estudios retrospectivos en nuestra unidad.

9- Mejorar la asistencia a la gestante intraparto:

- i) Sistematización y ordenación de los datos a recoger en el Libro de Partos Electrónico.
- ii) Valorar de forma conjunta la evolución de cada uno de los marcadores de calidad asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por matronas, facultativos de la Sección de Paritorio y médico responsable de la plataforma PCH del Hospital Universitario Miguel Servet. (Dr. Rafael Marrón)

- Revisión de bibliografía acerca del tema (Dra. Raquel Crespo)

- Recogida y revisión exhaustiva de Libro de Partos Electrónico de otros centros hospitalarios. (Dra. Raquel Crespo)

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

**DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PARTOS ELECTRONICO**

- Diseño y elaboración del nuevo Libro de Partos. (Dr. Rafael Marrón y Dra. Jara Pascual)
  - Presentación del nuevo Libro de Partos a la Comisión de Historias Clínicas para su revisión, valoración, y aprobación si procede. (Dr. Sergio Castán)
  - Presentación de la plataforma a las matronas y formación a las mismas para su correcta cumplimentación. ( Dr. Belén Rodriguez)
  - Presentación en Sesión Clínica del Servicio al resto de los facultativos. (Dra. Jara Pascual, Dr. Rafael Marrón)
  - Presentación a la Sección de Neonatología del Servicio de Pediatría. (Dr. Sergio Castán)
  - Evaluación de su correcto manejo y utilidad clínica. (Dra. Belén Rodriguez)
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Primera evaluación del proyecto: Junio 2013:
- Diseño y realización del Libro de Partos Electrónico.
  - Aprobación del documento.
  - Presentación del Libro de Partos al colectivo médico, matronas y residentes.
- Evaluación de su implantación: Octubre 2013:
- Uso sistemático en mujeres en trabajo de parto.
  - Correcta cumplimentación de los datos del episodio, evaluando con la revisión de 30 registros aleatorios.
  - Resolución de dudas y mejora dinámica del diseño.
- Finalización de implantación: Diciembre 2013:

Obligatoriedad informática del cumplimiento del libro de Partos electrónico de forma sistemática. Imposibilidad de cursar ingreso en Planta de Puerperio sin haber cumplimentado correctamente el Libro de Partos, ya que se crearán sistemas de seguridad y alarma en función de campos lógicos y activación/inactivación de estos, tal y como se ha explicado previamente.

## INDICADORES:

- Uso del Libro de Partos electrónico en todos los partos del área. (100%)
- Correcta cumplimentación del Libro de Partos Electrónico. (?90

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

- Mayo 2013: Constitución del grupo de trabajo y revisión de Libro de Partos Electrónicos de otros centros y del nuestro actual.
  - Formulación de ideas para la elaboración.
- Junio 2013: Diseño y elaboración del Libro de Partos Electrónico.
  - Presentación del Libro de Partos al colectivo médico, matronas y residentes.
- Octubre 2013: Implantación del Libro de Partos Electrónico.
  - Primera evaluación del Proyecto:
    - Mejora de posibles eventos surgidos en la práctica clínica respecto al uso del Libro de Partos Electrónico.
    - Presentación en Comisión de Historias Clínicas.
    - Presentación a matronas y ginecólogos en Sesión Clínica.
    - Presentación al Servicio de Pediatría.
    - Revisión de 30 registros para evaluación de la correcta cumplimentación de los campos.
- Diciembre 2013: Finalización del proyecto.

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

## POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Adultos
- .SEXO. Mujeres
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Informatización

OTRA PALABRA CLAVE 2. Optimización

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. .... 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

**DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PARTOS ELECTRONICO**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

240

**GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PEREZ SALILLAS
- . Profesión ..... OTROS
  - . Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - . Localidad ..... ZARAGOZA
  - . Servicio/Unidad .. SERVICIO DE HOSTELERIA
  - . Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . VERA CEAMANOS MIGUEL. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA
- . SEGURA AZNAR MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA
- . GARCIA BLASCO SACRAMENTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA
- . MONCLUS ARRIETA JUAN CARLOS. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA
- . TRASOBARES GARCIA JOSE ANTONIO. COCINERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA
- . PELLUS SEBASTIAN MARIA ANGELES. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA
- . ZARAZAGA CHARLES JESUS. COCINERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de cocina- hosteleria tiene entre sus funciones la de garantizar y asumir que la comida que recibe el paciente sea adecuada en cuanto a valoración nutricional e higiénica para contribuir a su recuperación.

El objetivo es el compromiso del servicio de cocina para conseguir la certificación UNE-EN ISO 9001-2008, mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos más importantes que realizamos estén perfectamente descritos y documentados. Para ello hay que establecer indicadores de calidad que nos permitan medir periódicamente nuestro trabajo para garantizar la calidad del mismo y un proceso de mejora continua.

Sistematizando los procesos, todas las actividades se realizan de la misma forma, independientemente del personal que lo lleve a cabo.

Mejora continua basada en la planificación, el control y la medición de la eficacia de todos los procesos que se realizan en la cocina: Abastecimiento, Procesos de producción y elaboración, gestión de personal y limpieza.

Optimización de elaboración/realización de las diferentes dietas hospitalarias.

Motivación y participación de personal, así como mejorar la gestión de los recursos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad el Grupo de trabajo se reunió por primera vez el 6-02-13, fomentando la participación conjunta del servicio de cocina. Se establecieron unas pautas de formación.

Hasta la fecha se han elaborado mapas de procesos y se ha iniciado la descripción de alguno de ellos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo a conseguir es la certificación ISO 9001:2008

Mayor rentabilidad, mejoras en la productividad, motivación y compromiso por parte del personal.

Que los alimentos lleguen a los pacientes en las condiciones de temperatura, higiene, presentación y calidad estandarizadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de documentación y registros

- Desarrollo y elaboración de los procedimientos operativos
- Elaboración de instrucciones
- Establecimiento de indicadores
- Estandarización de menús/platos: ingredientes y modo preparación de platos. Valorar composición nutricional y económica del plato. Responsables: Cocineros, Dietética, personal administrativo
- Formación periódica al personal de cocina en materia de higiene alimentaria. Responsable: Veterinario
- Elaboración y puesta en marcha de un registro de incidencias/ no conformidades informatizado.
- Revisión por la dirección
- Auditoría interna
- Auditoría externa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Control de las compras: proveedores y artículos/víveres. El 90% de la recepción de mercancía con el albarán para contabilizar y correcta cumplimentación de la hoja de recepción de materias primas donde se comprueba que el producto y cantidad suministrada coincide con la que se ha pedido, que el producto se recibe en las condiciones óptimas de calidad y bien etiquetado (organolépticas, fechas de caducidad/ consumo preferente y lote)

- Control de procesos productivos: desde recepción hasta servicio al paciente.
  - o 90% de control de temperaturas a lo largo del proceso productivo (Responsable: Veterinario).
  - o 80% control microbiológico de comidas pactado (Responsable: Servicio de Medicina Preventiva y Veterinario).
- Puesta en marcha de un registro de no conformidades e incidencias: Control mediante un registro informático para aplicar medidas correctoras y verificar su eficacia.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

240

**GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración y puesta en marcha de un registro de incidencias/no conformidades para los distintos procesos desarrollados en el servicio de cocina. Año 2013
- Desarrollo y elaboración de los procedimientos operativos. Febrero- Noviembre 2013
  - Elaboración de instrucciones. Año 2013
  - Establecimiento de indicadores. Diciembre 2013- Enero 2014
  - Revisión por parte de la dirección- Año 2014
  - Auditoría interna. Año 2014
  - Auditoría externa. Año 2014

11. OBSERVACIONES. Facilitar la implicación de los distintos profesionales a las actividades vinculadas con la certificación ISO del Servicio de Cocina compatibilizándolo con las actividades diarias.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

233

**PROTOCOLO PARA SEDACION EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PUERTOLAS ORTEGA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ESPINOSA CASTELLS RUT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA  
· BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA  
· VALLEJO GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA  
· FAÑANAS MASTRAL JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA  
· GALVEZ ALVAREEZ NESLIM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Planteamos incorporar en la cartera de servicios del hospital el manejo anestésico de pacientes que van a ser sometidos a implante, recolocación y/o cambio de generador de marcapasos. Actualmente estos pacientes no reciben una valoración preoperatoria por lo que no pueden beneficiarse de técnicas de sedación en quirófano.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El paso de estos pacientes por la consulta de anestesia supondría una inversión económica por el aumento de necesidades tanto de especialistas en anestesia como de enfermería. Además gran parte de estos pacientes son del medio rural, al ser éste hospital de referencia, y la mayor parte son dependientes, por lo que supondría un esfuerzo difícilmente asumible por los pacientes y/o familiares. Por ello nosotros proponemos que cuando son programados para quirófano al entregarles el consentimiento informado de la cirugía les adjunten a estos pacientes un formulario (creado por la Unidad de Anestesia Cardio-torácica) y un consentimiento informado para técnicas de sedación. Con todo ello se pretende iniciar programa de introducción de implantación de marcapasos en Cirugía Mayo Ambulatoria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para lograr este objetivo hemos creado un formulario avalado por la Sociedad Aragonesa de Anestesiología. Así al entregarlo al mismo tiempo que el consentimiento de cirugía cardíaca no se necesitan recursos adicionales. De este modo estos pacientes se beneficiarían de poder recibir técnicas de sedación en quirófano, ya existe anestesiólogo para el quirófano en que se llevan a cabo por lo que no se necesitarán más recursos humanos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Mejora de calidad y seguridad en la atención de pacientes a los que se va a implantar marcapasos. Encuesta de calidad.  
2- Disminución de morbilidad. Menos complicaciones asociadas a taicardia, taquipnea, retardo en tratamiento hemo/neumotórax.... Valoración postoperatoria por anestesia.  
3-Presentación de datos para consensuar la posibilidad de realizar este procedimiento en Cirugía Mayor Ambulatoria.  
4-Disminución de costes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-31 Mayo: revisión y/o posible modificación Fomulario Preoperatorio Marcapasos.  
1 Junio: comenzamos entrega formulario-consentimiento y sedación en quirófano  
1 Junio: valoración morbilidad y costes de estos pacientes. Entrega encuestas Calidad a los pacientes.  
1 Septiembre. análisis resultados y creación Protocolo Inclusión de Implante Marcapasos en Cirugía Mayor Ambulatoria

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

403

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA SEGUN LA NORMA ISO 9001:2008**

## 2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PERRINO GARCIA MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- SANCHEZ LOPEZ ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- LOPEZ MIRETE ANTONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- SANTAMARIA LUNA EVA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 en el Servicio de Farmacia es llevar a cabo de manera eficaz sus actividades, abarcando tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, garantizando la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios. El compromiso del Servicio de Farmacia con la calidad es total y permanente.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente. Las fuentes de información para la mejora continua pueden provenir, entre otras, de: la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas o la revisión por la Dirección, y en general de toda la información derivada de la aplicación del sistema en el Servicio de Farmacia.

El Servicio de Farmacia dispone de una estructura organizativa, unos procedimientos y unos procesos encaminados a alcanzar el aseguramiento de la calidad, entendido no únicamente como control, sino también como sistema preventivo que permita la detección de errores reales y potenciales.

Como Política General de Calidad del Servicio de Farmacia se establece: "Implantar y mantener un Sistema de Calidad eficiente, eficaz y dinámico que permita realizar todas las funciones propias del Servicio de Farmacia que proporcionen confianza a nuestros clientes en cuanto a fiabilidad, capacidad técnica, disponibilidad y seguridad sobre el servicio solicitado, teniendo en cuenta para ello el cumplimiento de la norma UNE-EN ISO 9001:2008, así como otras especificaciones y normas nacionales e internacionales que pudieran ser aplicables. Asimismo el Servicio de Farmacia se compromete a desarrollar sus actividades bajo el criterio de la calidad y las buenas prácticas profesionales.

La Política de Calidad, así como todos los métodos y procedimientos derivados del Sistema de Gestión de la Calidad, es comprendida, asumida y llevada a cabo en el desarrollo de sus funciones por todo el personal del Servicio de Farmacia, dando lugar a una gestión de la calidad participativa. La Dirección asegura que se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implantan cambios en éste"

El Servicio de Farmacia tiene como objetivos generales:

- ? Implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Farmacia de acuerdo a la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 y las buenas prácticas profesionales.
- ? Contar con personal altamente capacitado y especializado, comprometido y concienciado con las buenas prácticas profesionales y el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ? Asegurar la calidad de las investigaciones, bienes y servicios especializados que ofrece.
- ? Promover la mejora continua del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ? Mejorar e incrementar la confianza y satisfacción de los usuarios.
- ? Fomentar la implicación de los directivos y todo el personal del Servicio de Farmacia.

Dentro de la política de calidad de la mejora continua recogida en la Norma, se detectó una gran tasa de errores producidos por el Servicio de Farmacia así como una sobrecarga y un desánimo del personal que afectaba en el ambiente de trabajo.

Por ello se decidió introducir aspectos de la metodología LEAN para facilitar la comunicación dentro de la Organización, detectar errores para la búsqueda de medidas correctivas o preventivas e identificar las áreas de mejora. Esta metodología tiene como objetivo eliminar el "desperdicio" (todo aquello que no añade valor) logrando una reducción de los tiempos de ciclo de los procesos, mejor la eficiencia y disminuir los costes de operación. Los "desperdicios" más frecuentes que encontramos son los retrabajos/defectos, las esperas innecesarias, los sobreprocesos, transporte o desplazamientos innecesarios, movimientos innecesarios, stocks excesivos y la sobreproducción.

La metodología del trabajo está basada en la utilización de herramientas prácticas y sencillas para la mejora de los procesos y servicios focalizada en la eliminación de los desperdicios con la implicación de la organización.

Entre los beneficios de la implantación de esta metodología están la mejora de la calidad asistencial, el incremento de la productividad, la integración de los esfuerzos de mejora entre áreas, la mejora de los puestos, entorno y condiciones de trabajo, mejora de satisfacción de pacientes y motivación de empleados y reducción de costes y stocks.

Para ello es necesaria la implicación de la dirección y el personal, desarrollo de la organización humana, enfoque hacia el usuario, análisis de los procesos de manera experta, estandarización de las mejores prácticas, persiguiendo la perfección mediante la mejora continua.

Para la implantación de esta metodología disponemos de varias herramientas sencillas y prácticas, entre las que destacan los 10 puntos del espíritu Kaizen: 1. Abandonar ideas fijas, 2. reflexionar como hacer las cosas en lugar de cómo no se pueden hacer, 3. realizar inmediatamente las buenas propuestas, 4. no buscar la perfección,

**1. TÍTULO****MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA SEGUN LA NORMA ISO 9001:2008**

5. corregir un error inmediatamente, 6. encontrar las ideas en la dificultad, 7. buscar la causa real, 8. tener en cuenta las ideas de 10 personas, 9. probar y después validar y 10. la mejora es continua.

Otra herramienta son las "5-S", cuyo objetivo es hacer evolucionar el estado de ánimo de las personas basándose en la valoración del lugar de trabajo, y hacer que el marco de trabajo esté limpio, organizado, claro, eficiente y seguro. Para ello el ambiente de trabajo debe cumplir las siguientes requisitos: nada sobra; Aseado y Bien Arreglado; Mínimo Papel posible y Sencillo; Todo está disponible en menos de 30 segundos; Procedimientos de Trabajo Estandarizados y claros; Situaciones fuera de lo normal destacan.

Una herramienta esencial para lograr una adecuada comunicación dentro de la organización, es la realización del Top 5. Esta herramienta se basa en la realización de grupos autónomos liderados por un coordinador. EL grupo informa de las incidencias ocurridas en la jornada anterior, los sucesos del día entrante, así como toma acciones para planificar la mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El servicio de Farmacia posee la Certificación ISO 9001:2008 desde 2011. Debido al cumplimiento de los apartados de esta norma, se protocolizó el funcionamiento de todo el servicio, con el objetivo de alcanzar la mayor homogeneidad posible en el desarrollo del trabajo. Entre otros procesos se protocolizó el control de las caducidades y de las temperaturas. En 2012 el Servicio de Farmacia obtuvo una tasa de medicamentos retirados por caducidad del 0,075% y una tasa de medicamentos encontrados en estanterías caducados del 0,076%. Así mismo se dispone un registro electrónico de temperaturas para 10 de los 13 frigoríficos/congeladores y para 3 de las 5 localizaciones ambientales.

Una vez implantado el sistema de recogida de incidencias de la metodología LEAN "top 5", de las 1517 incidencias recogidas se detectó que una alta tasa estaba relacionada con la capacitación del personal auxiliar del área de dispensación, debido entre otras razones a que su titulación (auxiliar de enfermería) no reúne los requisitos de formación necesarios para el desarrollo adecuado del trabajo, lo cual se traducían en una alta tasa de errores con potenciales consecuencias muy graves. Esta falta de capacitación así como la alta rotación de personal que tiene el servicio provocaba que el personal sufriera niveles de estrés muy elevados (según la valoración psicosocial realizada por Salud Laboral). Por ello, se definió un programa de capacitación del personal existente que sería posteriormente utilizado para el personal de nueva incorporación. Actualmente este programa de capacitación está siendo utilizado para formar al personal proveniente de los acoplamientos.

Así mismo existe un manual de acogida para el personal nuevo y se realizan al menos dos sesiones al año sobre seguridad para el personal de enfermería de todas las áreas.

El segundo problema detectado fue la falta de cumplimiento de los protocolos de solicitud y dispensación de medicación del Servicio de Farmacia por parte de las distintas unidades. Por ello se realizó un grupo multidisciplinar, formado por miembros de la Subdirección de Enfermería, de la Unidad de Calidad del hospital y del Servicio de Farmacia. Tras pactar los nuevos protocolos se difundieron a todas las unidades y se está realizando un seguimiento de su cumplimiento.

Otro de los principales problemas del Servicio, fue la falta de orden y limpieza detectados en algunas áreas, lo cual favorecía la existencia de errores.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Durante el 2013 se espera mantener la certificación ISO 9001:2008. Para ello se trabajará en alcanzar los objetivos propuestos en los distintos indicadores así como avanzar en la mejora continua mediante la detección y prevención de errores.

Para alcanzar el nivel de excelencia que el servicio desea, se fomentará el registro de incidencias mediante el "top 5", herramienta que nos permite crear una cultura de notificación de incidencias así como de colaboración en la propuesta de mejoras de todo el personal.

Para asegurar la adecuada conservación de los medicamentos, se espera poder conseguir los termómetros necesarios para monitorizar la temperatura de todas las áreas del servicio.

Se implantará una nueva sistemática de revisión de caducidades para disminuir las tasas de medicamentos caducados y optimizar los stocks.

Se realizará un seguimiento del registro de entrega del manual de acogida y del cumplimiento de la sistemática de capacitación del personal para disminuir la tasa de errores existente actualmente. Así mismo, se insistirá en la importancia de adecuar el puesto de trabajo a la titulación específica, técnicos de farmacia, que ahorraría considerablemente los tiempos empleados en formación del personal y disminuiría las tasas de errores. Además de la tasa de errores, se valorará el clima laboral del personal para valorar los efectos de las medidas tomadas para mejorar el ambiente laboral.

Se aumentará la implantación de la metodología LEAN SEIS SIGMA, que fomenta el seguimiento de indicadores más constante, para obtener información más precisa y permite implantar medidas correctivas y preventivas, así como evaluar de manera más exacta la efectividad del trabajo realizado. Además se implantará un cuadro de mandos más eficaz para el control de dichos indicadores.

Se espera mejorar el orden y la limpieza del servicio mediante evaluaciones periódicas realizadas por miembros del grupo de mejora de la calidad del Servicio de Farmacia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Cumplir los requisitos que contiene la norma ISO 9001:2008. Responsable: JM Real

- Registrar y analizar las incidencias detectadas en los procesos. Responsable: JM Real

- Controlar los dispositivos de detección de temperaturas y volcar los datos en el programa informático.

Responsable: Facultativo responsable de cada área

- Controlar y registrar las caducidades de los medicamentos almacenados en el Servicio de Farmacia. Responsable:

Facultativo responsable de cada área y supervisora

- Asegurar la capacitación del personal no facultativo del SF mediante la difusión del manual de acogida y el cumplimiento de la sistemática de la capacitación. Responsable: R Sánchez

- Formación y seguimiento de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Responsable: JM Real

- Encuesta satisfacción laboral del personal del SF. Responsable: Eva M<sup>a</sup> Santamaría.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

403

**MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA SEGUN LA NORMA ISO 9001:2008**

- Incrementar el orden y limpieza. Responsable: Facultativo responsable de cada área y supervisora
- Implantar, difundir y evaluar los nuevos indicadores de calidad/actividad de cada área. Responsable: JM Real
  
- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Mantenimiento de la certificación ISO 9001:2008. Medida anual
  - Número de incidencias recogidas. Medida mensual.
  - Número de medidas correctivas y preventivas implantadas. Medida semestral.
  - Tasa de personal de nueva incorporación que reciben el manual de acogida. Medida mensual.
  - Tasa de personal de nueva incorporación que realiza la capacitación. Medida mensual.
  - Tasa de medicamentos caducados (expresado en €). Medida trimestral.
  - Evaluación de las temperaturas de las distintas áreas. Medida mensual.
  - Implantación del nuevo control de mandos. Medida anual.
  
- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mantenimiento de la certificación ISO 9001:2008. Enero a Diciembre 2013
  - Registro incidencias. Enero a Diciembre 2013
  - Implantación medidas correctivas y preventivas. Enero a Diciembre 2013
  - Personal de nueva incorporación que reciben el manual de acogida. Enero a Diciembre 2013
  - Tasa de personal de nueva incorporación que realiza la capacitación. Enero a Diciembre 2013
  - Evaluación medicamentos caducados (expresado en €). Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre 2013
  - Evaluación de las temperaturas de las distintas áreas. Enero a Diciembre 2013
  - Implantación del nuevo control de mandos. Junio 2013
  - Controlar los dispositivos de detección de temperaturas y volcar los datos en el programa informático. Enero a Diciembre 2013
  - Encuesta satisfacción personal SF. Diciembre 2013-04-10
  - Evaluación orden y limpieza. Enero a Diciembre 2013
  
- 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ISO

OTRA PALABRA CLAVE 2. LEAN

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

382

**PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION DE PACIENTES OBSTETRICAS HOSPITALIZADAS CON ALERGIAS ALIMENTARIAS Y/O MEDICAMENTOSAS**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA REMARTINEZ FERNANDEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BERGES PEREZ RUT. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA  
· MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA  
· VALERO BERNAL AZUCENA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA PLANTA 6  
· JUDEZ LEGARISTI DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· ENVID LAZARO BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA  
· SORIANO BURILLO SOLEDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA PLANTA 5  
· PARDO JORDAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA PLANTA 7

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que refieren algún tipo de alergia parecen cada vez más frecuentes en nuestro centro. La identificación de los mismos se obtiene de la entrevista realizada en la recepción a su ingreso por parte de la enfermería o de la historia clínica realizada por el médico en consultas. La clasificación como "alérgico a..." no sigue, sin embargo, criterio científicos en su totalidad, siendo poco frecuente que se acompañen de documentación que corrobore la alergia mediante pruebas de sensibilización realizadas en un centro médico.

Por otro lado, una vez conocida la alergia, la identificación suele realizarse con métodos rudimentarios: trozo de folio o cartón escrito a mano que con esparadrapo se coloca en la cama o en la cabecera advirtiendo del problema.

En la experiencia diaria conocemos casos aislados de alergias pero a la hora de obtener datos epidemiológicos de nuestro hospital descubrimos que sólo existe un Servicio de Alergología Infantil, remitiéndose todos los pacientes adultos subsidiarios de estudio al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Tampoco existe ningún registro de pacientes alérgicas en nuestra zona de trabajo.

Para conocer la prevalencia de alergias en nuestro medio hemos valorado datos de publicaciones nacionales donde destacan las siguientes cifras:

Edad media de enfermedades alérgicas: 32.1 años (D.T.:18.4)

Distribución de enfermedades alérgicas por edades: 15-24 años: 17.3%; 25-34: 22.1%; 35-44: 17.4%

Distribución de enfermedades alérgicas por sexo: mujeres 57.3% y varones 42.7%

Hipersensibilidad a medicamentos: 14.7% de la población general. 16.4% de los > 14 años.

Alergia a medicamentos: 7.4% de la población general. 5.8% de los > 14 años.

Distribución de alergia a medicamentos por sexo: mujeres 62% frente a varones 38%.

Principales medicamentos ordenados como causantes más frecuentes de alergia: betalactámicos (47%), A.I.N.E.s (29%), pirazolonas (10%) y anestésicos locales (6%).

Alergia a alimentos: 1-3% de la población general. Edad media 22.9 años (D.T.: 18.1). Mujeres 54.9% frente a varones 45.1%.

Principales alimentos ordenados como causantes más frecuentes de alergia: frutas (33.3%), frutos secos (26%), mariscos (22%), huevo (16%), leche (13.8%) y pescado (9.8%).

Estas cifras muestran la prevalencia de alergias en la población general y se extrapola de ellas el mayor riesgo que padece la paciente obstétrica.

La paciente obstétrica, que de manera fisiológica ya tiene alterada su inmunidad, puede presentar durante su ingreso hospitalario un mayor riesgo de sufrir una reacción alérgica por sus características de sexo y edad.

La estancia hospitalaria supone además una dieta común para todos los pacientes, si no se especifica previamente lo contrario, y unas necesidades terapéuticas en las que se administran fármacos variados y en ocasiones nuevos para la gestante.

Finalmente, el factor humano es sin duda alguna el elemento más sensible a cualquier intervención de seguridad clínica ya que el personal es el responsable más importante en la aparición de "incidentes evitables". La identificación de las pacientes de una manera clara, consensuada y universal reducirá el número de errores en la administración de fármacos y selección y reparto de alimentos.

Se pretende establecer un periodo de tres meses en el que se aplicará un nuevo método de identificación de pacientes en los que se conoce algún tipo de alergia para evaluar posteriormente su difusión y efectividad entre otros aspectos de la medida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Reducir el número de incidentes y accidentes relacionados con la

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

382

**PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION DE PACIENTES OBSTETRICAS HOSPITALIZADAS CON ALERGIAS ALIMENTARIAS Y/O MEDICAMENTOSAS**

compatibilidad de pacientes con fármacos y/o alimentos.

2. Establecer un sistema de identificación sencillo que advierta del especial cuidado que ha de tenerse con este tipo de pacientes.
3. Coordinar un equipo multidisciplinar que determine un sistema universal de identificación compatible con las características de la paciente obstétrica y su estancia en el hospital.
4. Comunicar al resto de profesionales el significado de la identificación y el procedimiento para aplicarlo a los pacientes que lo requieran.
5. Preservar la intimidad de la paciente al mismo nivel que su seguridad sin difundir datos no necesarios de sus enfermedades y/o alergias.
6. Establecer un sistema de evaluación del proceso que asegure el cumplimiento de los objetivos.
7. Elaborar un registro de las pacientes identificadas como alérgicas a medicamentos o alimentos para determinar una estimación, o una prevalencia si fuera posible, en nuestro medio.
8. Comprobar la efectividad de la selección de pacientes comparando los identificados al inicio del ingreso, los detectados en momentos posteriores y los no identificados que padecen un incidente/accidente alérgico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Creación del grupo de trabajo para el desarrollo del programa con personal del Servicio de Anestesiología y Reanimación, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Matronas y personal de las plantas del H.U.M.S. que atienden a pacientes obstétricas ingresadas.

RESPONSABLE: Dr. Remartínez

2.- Elección del tipo de identificación más adecuado y establecimiento del periodo en el que la medida se va aplicar.

RESPONSABLES: Todo el grupo

3.- Difusión de la información entre los profesionales de las plantas 5ª, 6ª y 7ª.

RESPONSABLES: Matronas y personal de planta.

4.- Difusión de la información en Dilatación y Partitorios.

RESPONSABLES: Matronas.

5.- Difusión de la información en área quirúrgica y urgencias

RESPONSABLES: Servicios de Anestesia y Reanimación y de Ginecología y Obstetricia

6.- Elaboración de una encuesta que analice mediante indicadores los resultados obtenidos durante los tres meses de duración del proyecto.

RESPONSABLES: Todo el grupo

7.- Tratamiento estadístico de prevalencia de alergias detectadas, eventos adversos, seguimiento de medidas y efectividad de las mismas.

RESPONSABLE: Dr. Júdez

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores formarán parte de una encuesta que se cumplimentará para cada uno de los pacientes incluidos en el proyecto y que será analizada por el grupo de trabajo una vez finalizado el estudio.

Objetivo 1: identificación de pacientes con alergias a medicamentos y/o alimentos

Indicador: nº de pacientes identificadas como alérgicas al ingreso / nº pacientes con alergia conocida antes del ingreso

Objetivo 2: Cuantificar el error humano en la dispensación de medicamentos o alimentos

Indicador: nº de incidentes/accidentes detectados entre los pacientes identificados / nº pacientes identificados como alérgicos

Objetivo 3: cuantificar la efectividad del método de detección de pacientes alérgico.

Indicador: nº de pacientes que presentaron alergia y NO estaban identificados como alérgicos.

Objetivo 4: evaluación de la popularización de la medida

Indicador: nº de pacientes identificados con el nuevo método / nº de pacientes identificados con cualquier método durante el periodo a estudio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación del grupo de trabajo ABRIL 2013

Aprobación del programa definitivo ABRIL-MAYO 2013

Elaboración de una encuesta de evaluación con indicadores de calidad MAYO 2013

Redacción de un texto que resuma el programa para su difusión entre el personal JUNIO 2013

Difusión entre los profesionales implicados directamente JUNIO-AGOSTO 2013

Periodo de aplicación del proyecto SEPT-NOV. 2013

Recogida de datos y evaluación de resultados SEPT-DIC. 2013

Elaboración de memoria y presentación de resultados ENERO-FEB. 2014

Toma de decisión sobre la continuación, ampliación o innovación sobre el proyecto una vez finalizado MARZO 2014

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

382

**PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION DE PACIENTES OBSTETRICAS HOSPITALIZADAS CON ALERGIAS ALIMENTARIAS Y/O MEDICAMENTOSAS**

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

437

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN MANEJO DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA**

## 2. RESPONSABLE ..... ANTONIO REZUSTA LOPEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VAZQUEZ SANCHO MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- SORRIBAS BERJON FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- FERNANDEZ ABAD NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aparición de brotes infecciosos en pacientes operados mediante extracorpórea impulsó la aplicación de medidas para prevenir cualquier eventualidad adversa para el paciente. Previamente se había establecido un screening para la detección de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina, que indujo al cambio en la profilaxis antibiótica quirúrgica, cambiando la profilaxis habitual con cefalosporina de primera generación en los pacientes portadores, así como las medidas de descolonización establecidas en el centro. Esto conllevó una disminución de casos, si bien no ha realizado estudios estadísticos que permitan contrastar esta afirmación.

Posteriormente se consensuó que se informarían los aislados de Staphylococcus aureus sensibles a la meticilina, ya que la descolonización previa disminuye las infecciones.

El establecimiento de un check-list multidisciplinar en todo el proceso, preoperatorio, operatorio, unidad de cuidados intensivos, y postoperatorio, que afecta clínicos, cirujanos, anestelistas, enfermeras, limpieza y manejo de materiales en el teatro quirúrgico y mejora los resultados clínicos.----- de Vries et al N Engl J Med. 2010;363:1928-37

Mejora en el manejo y control de estupefacientes, que como la comisión de Farmacia ha indicado de adaptarse correctamente a la legislación, al incluirlas en el check-list.

Creación de una base de datos actualizada diariamente por parte de cirugía cardiaca y microbiología, para conocer puntualmente los agentes infecciosos previos a la cirugía y posteriores.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Establecimiento de screening.

Se han establecido check-list parciales

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir los riesgos infecciosos

Disminuir los riesgos asociados a uso de transfusiones

Mejorar la seguridad del paciente

Disminuir costes asociados a complicaciones operatorias

Mejor colaboración entre distintos profesionales

Creación de la base de datos en espacio protegido accesible sólo mediante contraseña

Trazabilidad de estupefacientes en quirófano

Optimizar la profilaxis antibiótica adecuándola lo mejor posible a cada paciente, optimizando también los gastos en la misma

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de la base de datos, hasta junio 2013

Rellenado de la base de datos todo el tiempo

Reuniones cada 3 meses para análisis de la profilaxis antibiótica y posibles infecciones

Cumplir escrupulosamente con el check-list

Análisis del check-list cada tres meses para detectar ocasiones de mejora

Garantizar los screening previos a la cirugía

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación de la base de datos si/no

Reuniones por año, 4 si/no

Cumplimiento de los screening >90%

Cumplimentación de la base de datos >90%

Cumplimentación del check-list >90

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2 años

comienzo en junio de 2013, para preparar el check-list y la base de datos

Reuniones cada tres meses, la primera en junio para iniciar el seguimiento del check-list, y establecer el manejo de la base de datos

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

437

**MEJORA EN MANEJO DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Check-list

OTRA PALABRA CLAVE 2. profilaxis

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

099

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL RIVERA RODRIGUEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- SOGUERO VALENCIA IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- RICO ROMERO VIRTUDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- VAZQUEZ BERGES IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- SALAS CLAVER DOLORES. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA

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

Se han detectado los siguientes sucesos adversos sin daño en la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat:

Paciente procedente de lista de espera quirúrgica que es llamado para ingreso y cirugía al día siguiente, se objetiva al ingreso, que el paciente estaba tomando clopidogrel que no ha dejado de tomar, por lo que la cirugía no se puede realizar el día previsto, dando lugar a la suspensión quirúrgica.

Paciente llamado para ingresar y posterior cirugía, no había sido valorado de forma ambulatoria por el Servicio de Anestesia, lo cual se pone de manifiesto en el momento que el paciente acude para realizar el ingreso, por lo que la cirugía no se realiza y se pospone dos días para ser valorado durante el ingreso, prologando la estancia hospitalaria del paciente.

La gestión de la lista de espera quirúrgica hasta el momento es la adecuada, no obstante, se puede mejorar. Hemos detectado casos en lista de espera que no est:n completamente valorados por anestesia o están tomando fármacos que pueden interferir en la cirugía y no pueden ingresar cuando se les llama, o ingresan causando ingresos inadecuados, dificultando todo esto la adecuada programación quirúrgica.

Ante los siguientes sucesos se decide la realización del proyecto de mejora de Calidad.

## Descripción de la situación actual

Actualmente nuestra lista de espera quirúrgica es gestionada mediante un fichero manual:

Por cada paciente se rellena una ficha con los datos de filiación del paciente, diagnóstico y procedimiento a realizar. Al no tener textos predeterminados, queda a expensas del facultativo el que se rellene de forma adecuada la ficha de entrada en lista, por lo cual, no todos la rellenan del mismo modo, esto implica una variabilidad importante. Estas fichas, una vez se han relleno, se guardan en un fichero en la secretaría de Cirugía Vasculat.

Todo este proceso es manual, por lo tanto si la ficha no se rellena o se pierde o no se archiva, el paciente es como si no estuviera en lista, ya que los pacientes son avisados según dichas fichas.

Actualmente además de relleno nuestra ficha interna, se relleno el documento de registro de demanda quirúrgica, que consta de tres hojas de calco manuscritas; el relleno estas hojas de forma manual, supone pérdida de información bien, por errores del calco o de interpretación de la escritura.

Todos estos trámites suponen una demora en el tiempo de consultas.

Una vez que el paciente entra en lista de espera quirúrgica, queda pendiente la valoración por el Servicio de Anestesia; este paso no está sistematizado, ya que hay facultativos que el mismo día que lo valoran en consultas lo remiten a dichas consultas y otros no, dejando este paso para cuando el paciente ingrese; esta forma de proceder dificulta la planificación de la programación quirúrgica y además produce ingresos y estancias inadecuadas.

Además una vez, valorado el paciente por Anestesia, dependemos del mismo, para conocer que se ha realizado dicha valoración, con las posibilidades de pérdida de información que esto conlleva.

Hasta la fecha esta forma de gestión, ha sido útil, no obstante, en los últimos años y debido al aumento de la presión asistencial, hemos detectado fallos, que creemos pueden subsanados.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el número de ingresos inadecuados

Unificar listas quirúrgica interna del Servicio y General del Hospital

Disminuir los trámites burocráticos

Disminuir el tiempo de espera en lista quirúrgica, dando prioridad, según la gravedad de la patología a tratar.

Aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales

Disminuir los riesgos en relación con la mediación habitual del paciente que pueda interferir con la cirugía.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Base de datos informatizada: Por cada paciente que entra en lista de espera quirúrgica, se relleno un formulario, en la base de datos Hp Doctor, evitando así, la pérdida de información al reducirse todo a un sólo paso. Esta base de datos, permite que no exista trasiego de fichas ( formato papel) y que no haya que archivarlas al quedar todo registrado de forma automática. Cuando se tenga que llamar al paciente para intervenir, se abrirá la base de datos y se le llamará. La base de datos, al tener textos predeterminados, permite que todos los facultativos utilicen el mismo lenguaje, además al ser un sistema

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

099

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

de "clic" es más cómodo, sistemático y fácil de rellenar.

La explotación de formularios de los datos de los pacientes de los pacientes incluidos en lista de espera, nos permitirá filtrar los pacientes por gravedad de patología y por fecha de inclusión en lista, sin necesidad de revisar todo el archivo de forma manual como se venía haciendo hasta ahora.

También conseguiremos, que una vez que el paciente sea valorado por Anestesia, y que el mismo nos comunique el resultado de la misma, incluiremos ese dato en nuestra base, con el fin de una mejor gestión de la lista para ingresar para cirugía los pacientes con el preoperatorio completo.

Esta base de datos será de uso interno.

Diseño y elaboración de base de datos, por parte de la Dra. Rivera Rodríguez y Dra. Marzo Alvarez, en la que se registran los siguientes items: datos de filiación, diagnóstico vascular del paciente, procedimiento quirúrgico a realizar, medicación que toma el paciente (antiagregación, anticoagulación, metformina y otros), Valoración anestésica (no precisa, remitido, valorado, no apto para cirugía).

Elaboración del formulario y base de datos correspondiente a través del programa HP-doctor en colaboración con el Servicio de Informática, Pablo Bailo Mastral.

De este modo, la introducción del paciente en lista de espera se realiza de forma informatizada, sustituyendo el método habitual (Documento de registro de demanda quirúrgica, que consta de tres hojas: amarilla, blanca y rosa).

Se propone por lo tanto, que al rellenar el formulario de hp Doctor, automáticamente se genera el documento de registro de demanda quirúrgica, con lo cual facilita los trámites burocráticos y además permite unificar la lista de espera quirúrgica interna del Servicio de Cirugía Vascular junto con la del Hospital Miguel Servet.

Con este nuevo sistema se consigue lo siguiente:

Eliminar el sistema de fichas manuscritas

Mejorar la inadecuada organización de la lista de espera quirúrgica.

A pesar de la presión asistencial, supondrá un relleno automático de los datos a facilitar, disminuyendo el tiempo.

- Elaboración de Hoja informativa para el paciente que es incluido en lista de espera por parte de la Dra. Rivera Rodríguez y Dra. Marzo Alvarez.

Este documento no solucionará los pasos a dar por la complejidad del sistema, pero facilitará los mismos, al llevarlo por escrito.

El entregar una hoja informativa al paciente es fundamental para la comunicación, ya que se le facilita un recurso que si él no entiende, pueden interpretarlo otros familiares aunque no le hayan acompañado a la consulta, además de una salvaguarda legal. La hoja informativa se generará automáticamente al rellenar el formulario de inclusión de lista de espera a través del programa de HP-doctor (como ya se ha explicado previamente), con lo cuál no supone un aumento de tiempo de consulta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la evaluación y seguimiento de este proyecto de calidad, se tendrán en cuenta dos indicadores:

El uso de la base de datos por todos los miembros del equipo, para ello se verá el grado de cumplimentación de la base de datos de los pacientes que entran en lista en relación con el total de pacientes que entraron en lista quirúrgica. Este indicador deberá ser mayor del 80%.

El segundo indicador valorará la disminución del número de ingresos inadecuados, para ello se relacionará el número de ingresos programados inadecuados con el total de ingresos programados, debiendo ser menor del 20

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación de la base de datos informatizada, colaboración del Servicio de Informática: Marzo 2013

Realización de hoja informativa para el paciente: Marzo 2013

Presentación del proyecto realizado al resto de los miembros del Servicio de Angiología y C. Vascular: Marzo 2013

Finalización prevista del proyecto e implementación del mismo tras la aprobación por parte del Servicio de Documentación Clínica y Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet: Mayo- Junio 2013

Revisión del Proyecto: Diciembre 2013- Enero 2014

11. OBSERVACIONES. Se adjunta a continuación la hoja informativa que se le entregará al paciente:

Hoja informativa para el paciente

Si usted va a ser intervenido por parte del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, debe de saber que:

Va a ser valorado de forma ambulatoria por el Servicio de Anestesia, para lo cual:

-Deberá pedir cita en citaciones de consultas externas de Anestesia (hall de consultas externas, planta baja) para realizar el ECG y RX de tórax (Se le entregará volante en consultas externas de cirugía vascular)

-El mismo día que se realice el ECG y RX tórax, acudirá en ayunas con el volante de la analítica para realizar la misma.

Acudirá el día fijado a la consulta de Anestesia

Una vez valorado por el anestesiólogo, comunicará al Servicio de Cirugía Vascular el resultado de la consulta telefónicamente:

Teléfono 976765500 (Ext. 1373)

Si no dispone de fecha prevista para el ingreso, será avisado telefónicamente; el día fijado acudirá a:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

099

**MEJORA DE LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**3<sup>ra</sup> Planta A Pares del Hospital General (Servicio de Angiología y C. Vascular)

Cuando se le avise, deberá saber que si toma alguna de los medicamentos abajo descritos, los debe suspender entre 7-10 días antes de la cirugía:

ACENOCUMAROL, ADIRO 300, CLOPIDOGREL, DIPIRIDAMOL, DISGREN, DUOPLAVIN, ISCOVER, METFORMINA, PLAVIX, SINTROM, TRIFLUSAL, TROMALYT, WARFARINA, XARELTO.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes pendientes de intervención quirúrgica

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

078

**MEJORA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS****2. RESPONSABLE** ..... IGNACIO ROS ARNAL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DIGESTIVO
- LOPEZ CAMPOS MONICA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- MIR SUBIAS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- ROY GUERRERO LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Casi un 25% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se presenta en edad pediátrica. Al tratarse de una enfermedad crónica, una vez se alcanza la edad adulta, es el gastroenterólogo de adultos quien continuará los cuidados del paciente. La relación entre el pediatra y sus pacientes tiene sin dudas diferencias respecto a la establecida entre el médico de adultos y sus enfermos. Además, los pacientes pediátricos con EII mantienen una relación intensa con el pediatra gastroenterólogo, al tratarse de un patología crónica que precisa tratamientos constantes y en la que se establece un fuerte vínculo entre el paciente, su familia y el pediatra. Por ello, es necesario una fluida comunicación entre gastroenterólogos pediátricos y de adultos para una mejor comprensión de los aspectos relacionados con la transferencia del cuidado del paciente con EII.

La transferencia en la EII es la derivación planeada del adolescente y adultos jóvenes con EII desde los centros pediátricos al sistema de salud de adultos. Entre otros aspectos, este proceso tendrá lugar la transferencia de las responsabilidades de salud desde los padres al propio paciente, lo que implica algo más que el simple movimiento físico de cambio de unidad pediátrica a adultos. La transferencia al auto-manejo implica cambios graduales en el conocimiento, actitud y comportamiento. Durante el proceso, los adolescentes asumen su responsabilidad de su propio cuidado de salud, llegando a ser usuarios informados del sistema de salud de adultos y redefinen su papel en el propio manejo de su enfermedad.

Existen diversas guías que establecen la necesidad de una adecuada transferencia de EII de adolescentes a adultos, demostrando que la existencia de un sistema estructurado de transferencia puede mejorar el cumplimiento de los tratamientos y finalmente el control de la enfermedad.

Aunque existen una fluida comunicación entre los profesionales que atienden a los pacientes con EII en el Hospital Universitario Miguel Servet, actualmente no existe un programa reglado de transferencia. Ésta tiene lugar entre los 16 y los 20 años, derivándose desde la consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Infantil a la consulta de Digestivo de adultos, de manera que los pacientes y sus familias pasan de ser controlados en la Unidad Pediátrica a la Unidad de Adultos de manera inmediata. Esta transferencia tan súbita hace que los adolescentes o adultos jóvenes con EII que van a pasar a una Unidad de adultos, se enfrente a las siguientes barreras: 1) Estrés psicológico, 2) falta de conocimiento de su enfermedad, 3) padres que continúan tomando la mayoría de la responsabilidad, 4) falta de comprensión de cómo funciona el sistema de salud de adultos, 5) percepción negativa de los médicos de adultos, 6) falta de confianza en los médicos de adultos y 7) falta de seguridad.

Este proyecto pretende evitar o minimizar todas estas problemáticas con una transferencia estructurada de los pacientes con EII controlados en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica al Servicio de Digestivo de Adultos, en el Hospital Miguel Servet.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. IMPLEMENTAR LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

REALIZAR UNA TRANSFERENCIA PROGRESIVA Y REGLADA ENTRE LAS UNIDADES/SERVICIOS

ESTABLECER LA CORRECTA DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES A SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ADULTOS HOSPITALARIO O DE CENTRO DE SALUD DE ESPECIALIDADES, EN FUNCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DETECCIÓN ADECUADA DE LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SER TRANSFERIDOS DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS.

1. Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal, familiar y de tratamientos. (Dr. Ros Arnal)
2. Revisión de los pacientes susceptibles por Servicio de Digestivo de adultos (Dr. Ros Arnal y Dr. García López)

ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE DERIVACIÓN EN LOS PACIENTES SELECCIONADOS (Dra. López Campos)

1. Realizar el protocolo
2. Sesiones clínicas intraservicio de sensibilización del problema al resto de miembros de los servicios que atiendan pacientes con EII
3. Difusión del protocolo correspondiente

CONSULTA CONJUNTA EN LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. (Dr. Ros Arnal, Dr. García López y

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

078

**MEJORA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS**

Dra. Sonia Gallego)

1. Presentar el paciente y a su familia al médico gastroenterólogo de adultos
2. Decisión conjunta de tratamiento entre pediatra y médico de adultos gastroenterólogo en base al futuro planteamiento en Digestivo de adultos.
3. Explicación de lugar y orden de sucesivas al paciente en la consultas en Servicio de Digestivo de adultos

CONSULTA CONJUNTA EN EL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS (Dr. García López y Dr. Ros Arnal y Dra. Sonia Gallego)

1. Mantener el vínculo de confianza entre el paciente, la familia y el médico pediatra y de adultos
2. Comentar las situaciones personales y familiares del paciente
3. Discutir las características clínicas y de tratamiento del paciente en base a las experiencias previas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. REDACCIÓN DE PROTOCOLO TRANSFERENCIA DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

1. Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente:
  - a. Indicador: Aprobación protocolo transferencia desde la unidad de gastroenterología pediátrica al servicio de digestivo de adultos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

REALIZACIÓN DE CONSULTA CONJUNTA EN LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA

1. Evaluador: Dr. Ros Arnal
2. Evaluación: cada 6 meses.
3. Indicadores:
  - a) Porcentaje de pacientes con EII dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica y transferidos a la unidad de EII hospitalaria valorados de forma conjunta en la U. de Gastroenterología Pediátrica. Objetivo: > 90%.

REALIZACIÓN DE CONSULTA CONJUNTA EN EL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

1. Evaluador. Dr. García López
2. Evaluación: cada 6 meses.
- a) Indicadores: Porcentaje de pacientes con EII dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica y transferidos a la unidad de EII hospitalaria valorados de forma conjunta en el Servicio de Digestivo de adultos. Objetivo: > 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio 2013  
Finalización: Julio 2014Junio 2013-Septiembre 2013: Realización de Protocolo. Selección de pacientes  
Octubre 2013: Consulta conjunta en U. Gastroenterología Pediátrica  
Diciembre 2013: Consulta conjunta en S. Digestivo  
Enero 2014: Evaluación  
Abril 2014: Consulta conjunta en U. Gastroenterología Pediátrica  
Junio 2014: Consulta conjunta en S. Digestivo  
Julio 2014: Evaluación

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad inflamatoria intestinal

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Transferencia

OTRA PALABRA CLAVE 2. Digestivo

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

366

**EVALUACION AXILAR MEDIANTE BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (BSGC) PREVIA A LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA PRIMARIA EN EL CANCER MAMARIO LOCALMENTE AVANZADO**

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RUBIO CUESTA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· COLMENAREJO GONZALEZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· BARINGO FUENTES MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR  
· GARCIA MUR MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO  
· GIMENO ESTERAS MARIA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA  
· VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -El estado ganglionar de la axila continúa siendo el factor pronóstico más importante en el cáncer de mama.

-El estudio axilar supone, por tanto, un dato imprescindible en el estadiaje y planificación del tratamiento de los pacientes afectos por esta enfermedad.

-La linfadenectomía axilar como método de estadiaje es una intervención cruenta asociada a una frecuente e incómoda morbilidad como linfocelos transitorios, crónicos, hematomas e infecciones y, fundamentalmente, el linfedema de la extremidad homolateral que llega a afectar a un 30% de las disecciones axilares frente al 0,4% de incidencia asociada a BSGC.

-Actualmente, la BSGC es la técnica de elección para el estudio axilar en pacientes con preoperatorio negativo que van a ser sometidos a una cirugía como primera opción terapéutica.

-En los últimos años se están generalizando otros esquemas que contemplan la quimioterapia (QT) como paso inicial del tratamiento.

-Según la bibliografía consultada, un 40-50% de los pacientes seleccionados para recibir quimioterapia neoadyuvante presentan un estudio axilar por imagen negativo a pesar de considerarse tumores con perfil más agresivo o de mayor tamaño.

-De éstos, tan solo se confirma una macrometástasis linfática mediante biopsia intraoperatoria en el 20-25%.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -La valoración del estado axilar mediante BSGC antes de iniciar el régimen quimioterápico evitaría un 70% de disecciones axilares en mujeres con este planteamiento terapéutico.

-En estos casos, se evita la morbilidad asociada al vaciamiento axilar mejorando la estancia hospitalaria, reduciendo la presión asistencial en el Servicio de Rehabilitación y ofreciendo una garantía de calidad de vida al enfermo.

-El estadiaje precoz de la axila permite reducir considerablemente el tiempo operatorio en la cirugía postquimioterapia de aquellos pacientes con resultado favorable del BSGC ya que no sería necesaria una nueva intervención sobre la axila.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- En la consulta de Proceso de mama se seleccionan los pacientes subsidiarios de QT primaria con estudio axilar no sospechoso.

2.- En colaboración con el Servicio de Medicina Nuclear se planifica una pequeña intervención para la localización y disección del ganglio centinela, de 30 minutos de duración, escasamente invasiva, que permite un alta hospitalaria precoz (24horas).

3.- El estudio de los ganglios extraídos se realiza en diferido mediante técnica convencional de impronta y tinción con hematoxilina-eosina, evitando así el tiempo de espera asociado al estudio intraoperatorio.

4.- El diseño de la cirugía al finalizar el régimen de QT neoadyuvante contempla la linfadenectomía axilar, únicamente, en aquellas pacientes con resultado positivo para macrometástasis en el estudio del ganglio centinela realizado previo a la QT.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A.- Se registran el número de pacientes subsidiarios de BSGC previo a QT neoadyuvante.

B.- Se hace una estimación de la cantidad de resultados favorables como reflejo de linfadenectomías innecesarias no realizadas.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

366

**EVALUACION AXILAR MEDIANTE BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (BSGC) PREVIA A LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA PRIMARIA EN EL CANCER MAMARIO LOCALMENTE AVANZADO**

C.- Se valora el tiempo de estancia hospitalaria tras BSGC con registro de complicaciones postquirúrgicas inmediatas y a corto plazo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo del programa el 1 de Junio de 2013 con primera evaluación el 1 de junio de 2014 tras un año de aplicación registrada del proyecto.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. AFECTOS DE CÁNCER DE MAMA

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN EL SINDROME POSPARADA CARDIACA**

## 2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LUIS RUIZ AGUILAR

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLARACO VEGA LUIS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- SANZ DE GALDEANO DELGADO SHEILA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- ONRUBIA HERRANZ RICARDO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- MORON GIMENEZ ALEJANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- BARRA QUILEZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- NEBRA PUERTAS AGUSTIN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- LORENTES CORTES JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El síndrome posparada cardiaca (SPP) es una entidad clínica que aparece tras la recuperación de circulación espontánea (RCE) tras aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en una víctima de parada cardiorrespiratoria (PCR). El SPP se inicia por un episodio precipitante que es la causa de la PCR, que da lugar a una isquemia corporal global seguida de una RCP exitosa que consigue RCE y como consecuencia una reperfusión corporal global que provoca daños adicionales. Entre los componentes del SPP están: persistencia de la enfermedad precipitante, daño cerebral posparada, daño miocárdico posparada, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).

Se distinguen cinco fases en el SPP según los tiempos transcurridos desde la RCE:

- Inmediata: primeros 20 min tras RCE.
- Precoz: desde 20 min hasta 6-12 h. Mayor efectividad de las intervenciones precoces.
- Intermedia: desde 6-12 h hasta las 72 h. Mecanismos de lesión siguen activos y se requiere mantener un tratamiento intensivo.
- Recuperación: a partir de las 72 h. Pronóstico más fiable.
- Rehabilitación: desde el alta hospitalaria hasta la máxima recuperación.

En la fase inmediata, tras el ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos o, en el caso de las PCR extrahospitalarias, tras su llegada a Urgencias, una vez asegurada la vía aérea y conseguida una estabilización inicial, debemos realizar una valoración y una monitorización que nos permitan desarrollar un tratamiento guiado por objetivos, valorar la necesidad de reperfusión coronaria en casos de probable o clara etiología cardiaca isquémica y la conveniencia de realizar hipotermia terapéutica (HT).

La HT debe formar parte de una estrategia de tratamiento estandarizada en todos los pacientes que sobreviven a una PCR. Por parte del Comité Directivo del Plan de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva se hacen las siguientes recomendaciones en relación con el uso de la HT en el SPP:

- Aunque sólo se ha demostrado claramente el beneficio en los pacientes comatosos (GCS igual o inferior a 8 o GCS motor inferior a 6, esto es, que no obedecen órdenes sencillas) con ritmo desfibrilable, sería recomendable la realización de HT también en los pacientes comatosos con ritmo inicial no desfibrilable, siempre que por sus antecedentes, condición previa o consideraciones éticas no se decida algún tipo de limitación del esfuerzo terapéutico.
- Tomar la decisión de la indicación de HT durante la fase inmediata del SPP (en los primeros 20 min) y si está indicada, iniciarla lo antes posible.
- Es recomendable una duración de 24 h, aunque si se presentaran complicaciones podría acortarse a un periodo entre 12 y 24 h.
- Bajar la temperatura corporal hasta 32-34°C, disminuyéndola a razón de 1-1'3°C por hora, evitando el sobreenfriamiento y las oscilaciones importantes de la temperatura.

No conocemos datos exactos del número de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del HU Miguel Servet que cumplen criterios de instauración de la HT tras RCE. Desde el año 2010 se viene realizando en el SMI un registro de PCR intrahospitalarias según las recomendaciones Utstein. Según datos de los primeros 24 meses de este registro unos 63 pacientes presentaban GCS <8 puntos inmediatamente tras la PCR y 36 de los supervivientes a las 24 h seguían presentando GCS <8. Teniendo en cuenta la influencia de la sedación en la valoración neurológica, las posibles contraindicaciones de la HT y los pacientes en los que se aplicó alguna limitación de esfuerzo terapéutico, podríamos considerar que al menos unos 20 pacientes que consiguieron RCE tras PCR intrahospitalaria podrían haberse beneficiado de la aplicación de HT.

Respecto a los pacientes que sufrieron PCR extrahospitalaria los datos son aún más inexactos. No hay datos precisos del número de pacientes ingresados en esa situación y menos de su estado neurológico.

En cualquier caso tenemos constancia de la aplicación de la HT en al menos 4 pacientes a lo largo del año 2012 consiguiendo una única supervivencia al alta hospitalaria en una situación neurológica óptima, habiendo fallecido los otros 3 pacientes durante su ingreso en el SMI.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consideramos primordial conocer el número y las características de pacientes que ingresan en el SMI tras sufrir una PCR tanto intra como extrahospitalaria que puedan ser candidatas a ser tratadas con HT. Asimismo deseamos conocer si fueron finalmente sometidos a HT, en caso negativo conocer las razones por las que se consideró contraindicada la medida. En los casos en los que finalmente se instauró la HT valoraremos el/los método/s utilizado/s para realizarla y las incidencias en la evolución del paciente durante el periodo de hipotermia. Finalmente, siendo el objetivo de la HT obtener el mejor grado posible de función cerebral y capacidad funcional, conocer la situación en la que se encuentra el

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

**REALIZACION DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN EL SINDROME POSPARADA CARDIACA**

paciente en el momento del alta del SMI y del hospital. También deseamos conocer los posibles riesgos y eventos adversos relacionados con la HT que pudieran sufrir los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A lo largo del año 2013 el Grupo de Mejora de Calidad de la Unidad Coronaria del SMI elaborará recomendaciones sobre los métodos disponibles para la realización de la HT y su forma de aplicación en los casos seleccionados. Estos documentos serán distribuidos en el SMI para promocionar su aplicación. También consideraremos su distribución a otros servicios que puedan colaborar en la atención de los pacientes en PCR como serían Urgencias, Cardiología/Hemodinámica y Servicio de Emergencias Extrahospitalarias.

Elaboraremos un registro de pacientes ingresados en el SMI tras sufrir una PCR. En este registro se recogerán variables relacionadas fundamentalmente con los siguientes campos: características de los pacientes, diagnóstico previo a la PCR, características del episodio de PCR, aplicación de la HT (método usado, velocidad de instauración, mantenimiento en el rango terapéutico, ritmo de recalentamiento, complicaciones relacionadas, etc.), duración de la estancia en UCI y en el hospital, situación neurológica y capacidad funcional (previa al episodio, tras la RCE, tras HT, al alta de UCI y al alta hospitalaria).

Además de lo anterior, consideramos fundamental conocer los eventos adversos derivados de los métodos de aplicación de HT, por lo que su registro será considerado también una parte fundamental del presente trabajo.

La cumplimentación del registro será llevada a cabo mediante la revisión de las historias clínicas y la entrevista a los facultativos implicados en la atención a los pacientes.

Con el análisis de los datos obtenidos podremos conocer los puntos débiles en la aplicación de la HT en el SMI, la disponibilidad de medios para realizarla, el seguimiento de las recomendaciones por parte de los facultativos y los riesgos de seguridad para el paciente derivados del tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se proponen los siguientes indicadores:

- 1º. HT realizada en pacientes con GCS =8 tras RCE en casos de PCR en FV/TV sobre el total de casos con GCS =8 tras RCE en caso de PCR en FV/TV. Estándar 90%.
- 2º. Pacientes ingresados en UCI tras PCR con GCS =8 en los que se completa correctamente la hoja de registro sobre el total de pacientes ingresados en UCI tras PCR con GCS =8. Estándar 90%.
- 3º. Mantenimiento de la HT en el rango de 32º-34ºC durante el periodo de tratamiento sobre el total de casos en los que se realizó HT. Estándar 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El registro de la aplicación de HT en el SMI del HU Miguel Servet tendrá una duración indeterminada con la intención de permanecer como una actividad continuada del SMI una vez sea instaurado. La fecha prevista de inicio del mismo será el 1 de junio de 2013. Durante los meses de abril y mayo esperamos contar con la elaboración de los documentos de recomendaciones sobre realización de HT y se creará la hoja de recogida de datos para el proyecto. Se emitirán informes con periodicidad al menos semestral.

11. OBSERVACIONES. Bibliografía:

- Ruiz Aguilar AL, et al. Atención al paciente en parada cardiorrespiratoria - Registro de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (estilo Utstein). Iniciativas para la mejora de la calidad en SALUD. Convocatoria 2011.
  - Martín-Hernández H, et al. Manejo del síndrome posparada cardiaca. Med Intensiva. 2010;34(2):107-126.11.
- ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. >18 años
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes críticos - UCI

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

414

**AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE GENITOURINARIO (UROCULTIVOS)**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES RUIZ ANDRES

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SORIA LOZANO PILAR. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- VASQUEZ MARTINEZ ALEJANDRA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- CLARIANA SEBASTIAN MONICA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MONTANEL ABADIA CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PEREZ MUÑOZ ASCENSION. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- TELLEZ ZUBIETA PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas (virología, serología, micobacterias y micología) desde el año 2009. En la actualidad se está trabajando para conseguir una importante ampliación del alcance de acreditación en otras áreas.

La oportunidad de mejora consiste en la ampliación del alcance de acreditación en la sección de genitourinario (Urocultivos). La ampliación implica a personal facultativo del Laboratorio y personal técnico que actualmente no participan en la acreditación. De esta forma la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189:2007 se extenderá paulatinamente a todo el Laboratorio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Realizar los procedimientos técnicos de análisis

-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

-Correcta implantación del programa de control de calidad interno

Verificación de la implantación y funcionamiento correctos de los registros de calidad por parte del responsable de calidad del Servicio de Microbiología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realización de los Procedimientos Técnicos de Análisis para Urocultivos.

-Formación y Cualificación del personal implicado.

-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.

-Implantación del control de calidad interno y externo.

Tareas asignadas

Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas.

Personal facultativo: Realización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1er indicador: Realizar los Procedimientos Técnicos de Análisis. SI/NO

2º indicador: Formación del Personal adscrito

Nº de personas formadas/Nº de personas adscritas al alcance. &gt;95%

3er indicador: Realización de registros técnicos y de calidad

Nº de registros realizados/Nº de registros totales previstos. &gt;80%

Monitorización de la correcta cumplimentación de los registros, durante dos días cada dos meses.

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

Fecha de finalización: finales del año 2014, en función de la fecha de auditoria de ENAC tras la realización de la próxima auditoria durante el año 2013, prevista para Junio del 2013.

Cronograma

Realización de los Procedimientos técnicos de Análisis: Abril -Octubre de 2013.

Formación y cualificación del personal adscrito: Mayo 2013 hasta finales del 2014

Implantación de los registros técnicos y de calidad. Octubre 2013-Marzo 2014

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

414

**AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE GENITOURINARIO (UROCULTIVOS)**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

284

**HISTERECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL RUIZ CONDE
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
  - BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
  - LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
  - LAMARCA BALLESTERO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
  - PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H 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 y es la intervención de cirugía mayor realizada con más frecuencia en la práctica ginecológica, (es uno de los GRDs más frecuentes). En el año 2012 se realizaron en nuestro Servicio un total de 490 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. Por ello en el año 2011, para equipararnos a centros hospitalarios de nuestro nivel, se presentó la línea de mejora: "Implantación del procedimiento de la histerectomía por vía laparoscópica en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet", a partir de entonces se comenzó a ofertar esta técnica de forma generalizada a las pacientes subsidiarias de este tipo de intervención. 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. Debido al gran éxito de la implantación de esta técnica en el Servicio de Ginecología y al aumento de la demanda de este abordaje por nuestras pacientes, pretendemos continuar con la línea de mejora iniciada en 2011, ya que potenciar este tipo de cirugía supone una mejora de la calidad asistencial a nuestras pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La implementación de estos procedimientos a contribuido 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.

Creamos una base de datos informatizada que nos permite evaluar nuestros resultados, realizar publicaciones de divulgación científica y estudios de investigación acerca de este procedimiento.

Con los datos recogidos en la base sabemos que:

- Desde el 2011 hasta el 30-1 del 2013 un total de 193 pacientes han sido intervenidas en el Servicio por esta vía. 73 pacientes se operaron en 2011, 116 pacientes en 2012, 4 pacientes en el primer mes del 2013 y actualmente ya superamos las 200 cirugías de este tipo.
- La media de días de ingreso tras la intervención es de 2,91 días, frente los 5 días de media que están ingresadas las pacientes a las que se realiza esta intervención por vía laparotómica.
- El 52,4% de las pacientes se han intervenido por útero miomatoso y 11 casos (5,8%) han sido ADC. de endometrio, ya que desde 2012 se comenzó a realizar este procedimiento en pacientes con cáncer abordable por esta vía.
- La duración media de las cirugías está en 100,85 minutos (DT: 26,58), similar a la cirugía abierta.
- La pérdida hemática media en las cirugías de estas pacientes ha sido de 87,22cc (DT: 59,18), mucho menor que en los casos de cirugía abierta.
- Sólo en 3 casos se ha tenido que reconvertir a laparotomía, en 2 de ellos por el gran tamaño del útero y en 1 caso por obesidad mórbida de la paciente.
- Durante las intervenciones no se produjo ninguna complicación importante. No fue precisa la transfusión sanguínea intraoperatoria en ningún caso y todas las pacientes pasaron al despertar de quirófano y posteriormente a la planta, tras la cirugía.
- En estos años sólo hemos tenido muy escasas complicaciones menores asociadas a la técnica como 4 hematomas de cúpula y un absceso periumbilical, todos ellos resueltos con tratamiento médico.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Continuar realizando en el Servicio el procedimiento de la histerectomía vía laparoscópica, aumentando cada año el número de cirugías realizadas por esta vía.

2. Realizar más del 50% de las histerectomías en nuestro Servicio por vía laparoscópica. En función de los datos de la cirugía realizada el año 2011 y 2012 se espera alcanzar una cifra de aproximadamente 200 histerectomías por esta vía durante el tercer año del proyecto.

3. Superar con éxito la curva de aprendizaje requerida para la realización de esta técnica de forma segura, por los facultativos del Servicio de Ginecología.

4. Extender la formación a los médicos residentes.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

284

**HISTERECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

5. Continuar introduciendo datos en la base de datos informatizada, registrando en ella a todas las pacientes intervenidas mediante esta vía.

6. Mejorar la seguridad de las pacientes.

7. Mejorar la asistencia global y la calidad asistencial a las pacientes con patología uterina subsidiaria de la realización de esta técnica quirúrgica.

8. Equipararnos a otros centros sanitarios de nuestro nivel.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Mantener y actualizar la curva de aprendizaje diseñada, para que sea adecuada en función de las necesidades del Servicio. (Drs. Ruiz Conde- Lanzón y Bolea).

2. Continuar realizando de sesiones de entrenamiento en esta técnica mediante la utilización de pelvitainer (ya disponible en nuestro Servicio). (Drs. Lamarca-José)

3. Actualización del material audiovisual, libros, revistas científicas, etc. acerca de las técnicas endoscópicas a realizar, a disposición de todos los cirujanos del Servicio. (Drs. José y Lamarca).

4. Realización de sesiones periódicas de visualización de videos de cirugía endoscópica. (Drs. Lanzón y Bolea)

5. Actualizar el 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. (Dr. Lanzón- Drs José y Lamarca).

6. Fomentar la asistencia a cursos de formación específica en esta técnica, realizados por centros de reconocido prestigio, con mayor experiencia al respecto.

7. Asistencia a la Sesión clínica en la participan 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 confirma 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. (Drs. Puig, Bolea y Ruiz Conde).

8. Continuación de la 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. (Dra. José).

9. Realizar charlas, cursos de formación y sesiones docentes al personal de enfermería que va a participar en este tipo de intervenciones. (Drs. Lanzón, Lamarca, Bolea, José, Ruiz Conde).

10. Continuar con la formación a otros especialistas en Ginecología de otros centros mediante el Programa Focuss que se realiza en el Servicio desde el 2012.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. A partir de la base de datos informatizada 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.

2. Realización de un proceso de auditoría interna para la valoración de los procedimientos realizados.

3. Valorar la cumplimentación de la vía clínica desarrollada específicamente para este tipo de cirugía.

4. Elaboración de una memoria anual con la actividad asistencial realizada en relación a esta técnica quirúrgica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Continuación de la base de datos específica: abril 2013.

• Formación de médicos residentes y personal del Staff: continuada desde marzo del 2011.

• Formación de alumnos Focuss, en función del calendario establecido por el IACS, durante septiembre-noviembre del 2013.

• Memoria anual: diciembre del 2013.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Mujeres subsidiarias de histerectomía.
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

284

**HISTERECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Especialistas del Servicio de Ginecología de la Unidad de Endoscopia o con perfil laparoscopista.

OTRA PALABRA CLAVE 2. La formación de estos profesionales permitirá ofrecer este tipo de cirugía a las pacientes a las que

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

473

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS****2. RESPONSABLE** ..... CARLOS SALVADOR OSUNA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- CASTELLANOS CUSTARDOY MARIA TERESA. TEL. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
- NAVARRO EGEA MARTA. TEL. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
- MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. JJMONEVA@SALUD.ARAGON.ES

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. También puede resultar de ayuda en los estudios de adenopatías por PAAF (punción aspiración con aguja fina) en los casos en los que al patólogo se le presente la sospecha diagnóstica de una hemopatía o si se quiere confirmar la naturaleza reactiva de una adenopatía.

En las muestras de PAAF, especialmente en determinadas patologías hematológicas (pej. Linfomas de alto grado de malignidad o con alta tasa de recambio celular) la pérdida celular puede ser muy rápida. El líquido cefalorraquídeo (LCR) tiene sin embargo capacidad citolítica per se. 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 y PAAF 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 en muestras de PAAF y 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.** Optimización de recursos:

1º Eliminar el deterioro de muestras de LCR y PAAF debidas a la citolisis y/o apoptosis. Evitar que un paciente tenga que someterse a una nuevos procedimientos de extracción celular por este motivo, con lo que ello conlleva en riesgo para el paciente y consumo de recursos.  
2º Posibilitar que la obtención de la muestra se efectúe en el momento que el paciente lo necesita, independientemente de que se trate de días festivos o de turnos de tarde o noche.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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, anatomía patológica y hematología del Hospital Miguel Servet. Posteriormente Servicios de hematología, Anatomía patológica y neurología del Hospital Royo Villanova):

(Nº facultativos formados/Nº facultativos de los Servicios de Neurología, Anatomía patológica y hematología)\*100.

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 %. Dado el color del estabilizante celular

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

473

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS**

empleado la muestra recibida debe tener un color verdoso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo y documento de petición de estudio: hasta 7 de Junio.  
Envío de cartas al personal técnico y facultativo del Hospital Miguel Servet: primera quincena de junio.  
Formación del personal facultativo adscrito del Hospital Miguel Servet: segunda quincena de junio.  
Puesta en marcha del protocolo en el Hospital Miguel Servet: mes de julio.  
Valoración de resultados en el Hospital Miguel Servet: fin de diciembre de 2013.  
Inicio de formación en el Hospital Royo Villanova: Enero de 2014.  
Duración del proyecto: indefinida. Se solicitará renovación del proyecto para mantener la formación del personal implicado en la obtención de muestras.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora en la utilización de recursos.

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

167

## 1. TÍTULO

**ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL IMPLANTE DE PROTESIS AORTICAS TRANSCATETER (TAVI) EN EL LABORATORIO DE HEMODINAMICA**

## 2. RESPONSABLE ..... ESTHER SANCHEZ INSA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ INSA ISABEL. ECONOMISTA. H MIGUEL SERVET. ADMINISTRACION
- CALVO CEBOLLERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA. UNIDAD DE HEMODINAMICA.
- DIARTE DE MIGUEL JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA. UNIDAD DE HEMODINAMICA.
- FERRER GRACIA MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA. UNIDAD DE HEMODINAMICA.
- DOLSAC ESPINOSA IGNACIO. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE GESTION
- MARTINEZ PEÑA JOSE ANTONIO. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. ESCUELA DE NEGOCIOS CESTE. SERVICIO DE GESTION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estenosis aórtica (EAo) severa es una de las patologías estructurales cardiacas más frecuentes y se da en alrededor del 25% de pacientes mayores de 65 años y hasta en el 50% de los octogenarios. En torno a un 4% tienen indicación de cirugía de reemplazo valvular por severidad de la estenosis. El desarrollo de síntomas asociados indica mal pronóstico y eleva la mortalidad al 50% en los 24 meses siguientes a su debut.

La cirugía de reemplazo valvular mejora la supervivencia en estos pacientes. Sin embargo en un 30% de los pacientes la cirugía se desestima por comorbilidad elevada (entre otras, edad avanzada, disfunción sistólica ventricular izquierda severa, antecedentes de cirugía cardiaca previa,...). El implante percutáneo de la prótesis valvular aórtica (Transcatheter Aortic Valve Implantation, TAVI) es una técnica mínimamente invasiva con la que se obtienen mejores resultados en términos de supervivencia y calidad de vida que con el tratamiento médico conservador (estudio PARTNER US) en pacientes con alto riesgo quirúrgico desestimados para cirugía de recambio valvular convencional.

El programa de implante de TAVI en Aragón se inició en 2012 en el hospital universitario Miguel Servet (único centro implantador de la Comunidad Autónoma) con el implante hasta la fecha de 12 prótesis aórticas percutáneas. Mientras que la evidencia científica avala el implante transcáteter, existe menos información sobre el coste económico que implica su indicación para el Sistema de Salud y la sociedad.

El objetivo de este estudio es estimar la relación coste-efectividad de TAVI en comparación con el tratamiento médico conservador en Aragón con objeto de contribuir a informar la toma de decisiones sanitarias.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Demostrar que el implante percutáneo de la prótesis aórtica no solo presenta mejores resultados en morbimortalidad en comparación con el tratamiento farmacológico en pacientes con estenosis aórtica severa inoperable sino que también es coste-efectivo en términos de calidad de vida, coste directo y coste/AVAC (años de vida ajustados por calidad) adicional.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se establecerá un modelo económico, determinístico, longitudinal, de cohortes (árbol de decisión) de pacientes con diagnóstico de estenosis aórtica sintomática severa no candidatos a cirugía convencional por alto riesgo para estimar los resultados tanto clínicos como económicos que se obtendrían a lo largo del tiempo si se indica TAVI (casos) o tratamiento médico conservador (controles). Los pacientes del grupo TAVI son aquellos con implante de la misma en nuestro medio hasta ahora. Para los pacientes del grupo de tratamiento médico se han seleccionado aquellos pacientes desestimados para cirugía por alto riesgo en los años 2008 y 2009 para obtener seguimiento de los mismos durante 3 años (ya que la supervivencia media estimada de pacientes con EAo severa sintomática inoperables son 2-3 años) y en un periodo donde no existía la opción percutánea.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se incluirán datos demográficos y clínicos de los pacientes en los dos grupos de pacientes a estudio.

En el grupo TAVI se tendrá en cuenta la mortalidad intraoperatoria o durante la evolución. Asimismo se valorarán eventos clínicos tempranos (asociados con el procedimiento, en el primer mes): aparición de complicaciones tales como tromboembolismo valvular, fugas paravalvulares importantes, necesidad de marcapasos, aparición de endocarditis infecciosa, cirugía cardiaca emergente (de conversión), infarto agudo de miocardio, ictus, fallo renal que requiere diálisis y reingresos hospitalarios. También se tendrán en cuenta los eventos clínicos durante el seguimiento (a 1 mes, 6 meses y un año) así como la calidad de vida (con las escalas SF-12 (12-item Short Form y KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire)) y clase funcional (con la escala NYHA (New York Heart Association) de los pacientes.

Para los pacientes que reciben tratamiento médico conservador el modelo considera la probabilidad de muerte y de ingreso hospitalario durante los primeros 30 días que siguen al diagnóstico de la EAo severa y posteriormente durante el seguimiento. De la misma forma que en el brazo TAVI se obtendrán datos de calidad de vida y clase funcional.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

167

**ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL IMPLANTE DE PROTESIS AORTICAS TRANSCATETER (TAVI) EN EL LABORATORIO DE HEMODINAMICA**

Entre los recursos sanitarios incluidos en el modelo se analizarán el número de visitas médicas de diagnóstico y seguimiento, las visitas de especialista, el número de reingresos hospitalarios, la estancia media hospitalaria y en centros de larga estancia.

Los costes estimados incluirán el coste unitario asociado a cada recurso sanitario usado así como el coste farmacológico para ambos grupos. En el grupo TAVI además se analizará el coste del manejo terapéutico correspondiente a cada complicación, el asociado a la adquisición del kit y el del procedimiento para TAVI.

Los resultados del modelo se expresarán en coste medio por paciente, años de vida ganados y coste por año de vida ajustado a la calidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 12 meses para realización del estudio coste-efectividad con la presentación de resultados al finalizar el mismo.

2º trimestre 2013: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades

Diseño del proyecto

Trabajo de campo

3º trimestre 2013: Recogida y Análisis de datos

4º trimestre 2013: Recogida y Análisis de datos

Elaboración de conclusiones

1ª trimestre 2014: Difusión de resultados

11. OBSERVACIONES. Ninguna. OTRO ENFOQUE. Estudio Coste-Efectividad

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Gestión clínica

OTRA PALABRA CLAVE 2. Coste-efectividad

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

434

## 1. TÍTULO

**VALORACION MEDIANTE ECOGRAFIA CON CONTRASTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LOS HALLAZGOS DINAMICO MEDIANTE RM**

## 2. RESPONSABLE ..... LUIS SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LARROSA LOPEZ RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- MARTINEZ MOMBILA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- SEBASTIAN SEBASTIAN CRISTINA. MIR 3º. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- MARQUINA MARTINEZ DIANA. MIR 3º. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- MIR SUBIAS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria transmural crónica que puede afectar a cualquier parte del tracto alimentario, ocasionando episodios de reagudización y de remisión.(1-8) Las localizaciones más comúnmente afectadas son el intestino delgado distal y el colon proximal, estando involucrada el área ileocecal aproximadamente en el 50% de los casos, sólo el intestino delgado en el 30-40% y sólo el colon en el 20-27% (3;4;9;10). Entre un tercio y un cuarto de los pacientes presentan la enfermedad antes de los 20 años de edad y en torno a un 15% la presentan después de los 50 años.(8-10) La etiología de la enfermedad de Crohn es desconocida. Sin embargo, se especula que podrían estar involucrados varios factores, incluyendo las infecciones, alteraciones inmunitarias en la mucosa intestinal, anomalías vasculares, mesentéricas o genéticas, la dieta y los factores psicológicos.(8)

La ileocolonoscopía es la técnica más útil en la valoración del colon y el ileon terminal y es necesaria en el diagnóstico inicial, permitiendo la toma de biopsias. Sin embargo, no permite valorar la extensión en el resto del intestino delgado (incluso no es factible evaluar el ileon terminal en todos los casos), está contraindicada en pacientes con colitis grave y es una exploración invasiva. Al menos 30% de los casos de enfermedad de Crohn ileal presentan afectación intestinal en zonas difíciles de alcanzar en exploración endoscópica convencional y es frecuente que segmentos intestinales afectados se alternen con otros preservados. Además, hasta un 15,5% de los pacientes presentan lesiones extraluminales en el momento del diagnóstico. Por todo ello, las técnicas de diagnóstico radiológico complementan al estudio parietal en la EC, permitiendo definir mejor las zonas afectadas por la enfermedad y cuantificar su extensión parietal incluso extraluminar.(11)

Según la literatura, se puede clasificar la enfermedad de Crohn en función de los hallazgos en TC y/o RM, en relación a la presencia de úlceras, edema, estenosis, fístulas y masa inflamatoria en cuatro subtipos: inflamatoria, fibroestenótica, fistulizante o perforante y reparadora o regenerativa. Diversos investigadores consideran esta clasificación más objetiva que las basadas en datos clínico-analíticos.(12)

La TCMD puede ofrecer información detallada sobre la extensión del segmento intestinal inflamado y detectar potenciales complicaciones (fistulas, obstrucción, abscesos, perforación) con similar sensibilidad y especificidad que la RM (8;13-16) y alta disponibilidad, de forma que puede desempeñar en ocasiones un papel importante en el control de la enfermedad de Crohn. (3;4;8;13-15) El principal inconveniente de esta técnica es el empleo de radiaciones ionizantes para la obtención de imágenes, por ello se intenta potenciar el uso de otras técnicas inocuas, como la ecografía con contraste en el seguimiento de pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn. (8;17-21)

La RM permite la obtención de imágenes multiplanares con excelente resolución de los tejidos blandos, sin exposición a radiaciones ionizantes, constituyendo una prueba fundamental para valorar la actividad de la enfermedad en pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn con empeoramiento de su sintomatología.(1;8;22-25) Los hallazgos en RM que se relacionan con la enfermedad activa son: el engrosamiento importante de la pared intestinal, hipercaptación del estrato mural (estratificación mural, "signo de la diana o del halo"), hiperintensidad de la pared intestinal engrosada en las imágenes potenciadas en T2, el grado de captación de contraste en imágenes de RM con contraste, detección de úlcera profunda con captación de ganglios linfáticos mesentéricos e hiperintensidad en T2 correspondiente a proliferación fibrograsa en imágenes con supresión grasa.(8;22;24-31) Recientemente, se han añadido al estudio de esta enfermedad las secuencias de difusión (32), que podrían ayudar a determinar la presencia de inflamación activa intestinal, mostrando restricción a la difusión (cuali y cuantitativamente). Los principales inconvenientes de la RM son la baja disponibilidad, el mayor tiempo de realización y coste económico, así como la peor tolerancia por parte de los pacientes.

Por otro lado, la ecografía con contraste es una técnica con mayor resolución temporal, de bajo coste, no invasiva, que puede ser útil en el seguimiento de estos pacientes.(1;17-21;33) La técnica consiste en introducir por vía endovenosa un agente de contraste ecográfico, que se compone de microburbujas de gas estabilizadas con diferentes sustancias. En nuestro servicio utilizamos el hexafluoruro de azufre (Sonovue®). Estas interaccionan con los ultrasonidos y emiten diferentes señales, persistiendo en el torrente sanguíneo durante varios minutos hasta su eliminación por vía respiratoria.(20;21). La ventaja fundamental de la ecografía con contraste respecto a la ecografía sin contraste o en modo B, es la capacidad de evaluar la microvascularización parietal del intestino, de forma que se puede diferenciar entre inflamación activa (realce parietal hipervascularización) de la fase de fibrosis (ausencia de realce). (17-20;34)

El objetivo del estudio consiste en correlacionar los hallazgos morfológicos (grosor parietal, diámetro del segmento a estudio y complicaciones como la presencia de abscesos, flemones o fistulas) y los hallazgos funcionales (realce con contraste y restricción de la difusión) de la actividad inflamatoria mediante entero-RM y la ecografía con contraste en pacientes diagnosticados de EC, para determinar la equivalencia entre estas dos técnicas.

## 1. TÍTULO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

434

**VALORACION MEDIANTE ECOGRAFIA CON CONTRASTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LOS HALLAZGOS DINAMICO MEDIANTE RM**

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Onali S, Calabrese E, Pallone F. Measuring disease activity in Crohn's disease. *Abdom Imaging* 2012;37:927-32.
- (2) Paulsen SR, Huprich JE, Fletcher JG et al. CT Enterography as a Diagnostic Tool in Evaluating Small Bowel Disorders: Review of Clinical Experience with over 700 cases. *Radiographics* 2006;26:641-62.
- (3) Hoeffel C, Crema MD, Belkacem A, et al. Multi-Detector Row CT: Spectrum of Diseases involving the ileocecal area. *Radiographics* 2006;26:1373-90.
- (4) Khaled ME, Mahmoud MA, Jagalpathy J et al. CT Enterography: Principles, Trends and Interpretation of findings. *Radiographics* 2010;30:1955-74.
- (5) Taylor SA, Punwani S, Rodriguez-Justo M, et al. Mural Crohn disease: correlation of dynamic contrast-enhanced MR imaging findings with angiogenesis and inflammation at histologic examination-pilot study. *Radiology* 2009;251(2):369-79.
- (6) Ambrosini R, Barchesi A, Di Mizio V, et al. Inflammatory chronic disease of the colon: how to image. *Eur J Radiol* 2007;61(3):442-8.
- (7) Vilela EG, Torres HO, Martins FP, et al. Evaluation of inflammatory activity in Crohn's disease and ulcerative colitis. *World J Gastroenterol* 2012;7(18 (9)):872-81.
- (8) Tolan D, Greenhalgh R, Zealley IA, et al. MR Enterographic Manifestations of Small Bowel Crohn Disease. *Radiographics* 2010;30(2):367-84.
- (9) Caroline DF, Friedman AC. The radiology of inflammatory bowel disease. *Med Clin North Am* 1994;78:1353-85.
- (10) Ogorek CP, Fisher RS. Differentiation between Crohn's disease and ulcerative colitis. *Med Clin North Am* 2013;1994(78):1249-58.
- (11) Horsthuis K, Bipat S, Dennink R, Stoker J. Inflammatory bowel disease diagnosed with US, MR, scintigraphy and CT: metaanalysis of prospective studies. *Radiology* 2008;247(1):64-91.
- (12) Maglinte DD, Gourtsoyiannis N, Rex D, Howard TJ. Classification of small bowel Crohn's subtypes based on multimodality imaging. *Radiol Clin North Am* 2003;41(2):285-303.
- (13) Schmidt S, Guibal A, Meuwly JY, Michetti P, et al. Acute complications of Crohn's disease: comparison of multidetector row CT enterography with MR enterography. *Digestion* 2010;82(4):229-38.
- (14) Schreyer AG, Hoffstetter P, Daneschnjad M, et al. Comparison of conventional abdominal CT with MR-enterography in patients with active Crohn's disease and acute abdominal pain. *Acad Radiol* 2010;17(3):352-7.
- (15) Furukawa A, Saotome T, Yamasaki M, et al. Cross-sectional Imaging in Crohn Disease. *Radiographics* 2004;24(3):689-702.
- (16) Al-Hawary M, Zimmermann EM. A new look at Crohn's disease: a novel imaging techniques. *Curr Opin Gastroenterol* 2012;28(4):334-40.
- (17) Braden B, Ignee A, Hocke M, et al. Diagnostic value and clinical utility of contrast enhanced ultrasound in intestinal diseases. *Dig Liver Dis* 2010;42(10):667-74.
- (18) Girlich C, Jung EM, Iesalnieks I, et al. Quantitative assessment of bowel wall vascularisation in Crohn's disease with contrast-enhanced ultrasound and perfusion analysis. *Clin Hemorheol Microcirc* 2009;43(1-2):141-8.
- (19) Quaia E, Miglaleddu V, Baratella E, et al. The diagnostic value of small bowel wall vascularity after sulfur hexafluoride-filled microbubble injection in patients with Crohn's disease. Correlation with the therapeutic effectiveness of specific anti-inflammatory treatment. *Eur J Radiol* 2009;69(3):438-44.
- (20) Miglaleddu V, Quaia E, Scano D, et al. Inflammatory activity in Crohn disease: ultrasound findings. *Abdom Imaging* 2008;33(5):589-97.
- (21) Miglaleddu V, Scano AM, Quaia E, et al. Contrast-enhanced ultrasonographic evaluation of inflammatory activity in Crohn's disease. *Gastroenterology* 2009;137(1):43-52.
- (22) Fidler JL, Guimares L, Einstein DM. MR imaging of the small bowel. *Radiographics* 2009;29:1811-25.
- (23) Macarini L, Soppino LP, Centola A, et al. Assessment of activity of Crohn's disease of the ileum and large bowel: proposal for a new multiparameter MR enterography score. *Radiol Med* 2012.
- (24) Florino G, Bonifacio C, Malesci A, et al. MRI in Crohn's disease-current and future clinical applications. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011;9(1):23-31.
- (25) Fornasa F, Benassuti C, Benazatto L. Role of Magnetic Resonance Enterography in Differentiating between fibrotic and active inflammatory small bowel stenosis in patients with Crohn's disease. *J Clin Imaging Sci* 2011;1:35.
- (26) Gourtsoyiannis N, Papanikolaou N, Grammatikakis J et al. Assessment of Crohn's disease activity in the small bowel with MR and conventional enteroclysis: preliminary results. *Eur Radiol* 2006;14:1017-24.
- (27) Gourtsoyiannis NC, Grammatikakis J, Papamastorakis G et al. Imaging of small intestinal Crohn's disease: comparison between MR enteroclysis and conventional enteroclysis. *Eur Radiol* 2006;16:1915-25.
- (28) Koh DM, Miao Y, Chin RJ et al. MR imaging evaluation of the activity of Crohn's disease. *Am J Roentgenol* 2001;177:1325-32.
- (29) Maccioni F, Viscido A, Broglia I et al. Evaluation of Crohn disease activity with MRI. *Abdom Imaging* 2000;25:129-228.
- (30) Punwani S, Rodriguez-Justo M, Bainbridge A. Mural inflammation in Crohn disease: location-matched histologic validation of MR imaging features. *Radiology* 2009;252(3):712-20.
- (31) Oto A, Kayhan A, Williams JT, et al. Active Crohn's disease in the small bowel: evaluation by diffusion weighted imaging and quantitative dynamic contrast enhanced MR imaging. *J Magn Reson Imaging* 2011;33(3):615-24.
- (32) Gee MS, Harisinghani MG. MRI in patients with inflammatory bowel disease. *J Magn Reson Imaging* 2011;33(3):527-34.
- (33) Gatta G, Di Grezia G, Di Mizio V, et al. Crohn's Disease Imaging: a Review. *Gastroenterology Research and Practice* 2012;2012.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

434

**VALORACION MEDIANTE ECOGRAFIA CON CONTRASTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LOS HALLAZGOS DINAMICO MEDIANTE RM**

(34) De Franco A, Di Veronica A, Armuzzi A, et al. Ileal Crohn disease: mural microvascularity quantified with contrast-enhanced US correlates with disease activity. Radiology 2012;262(2):680-8.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** La enfermedad de Crohn es una patología crónica, que precisa seguimiento de por vida, lo que implica en muchos pacientes la necesidad de estudios radiológicos repetidos. Obtener una correlación adecuada entre los hallazgos dinámicos de RM (estudio dinámico con contraste y difusión) con el análisis semicuantitativo de la ecografía con contraste, permitiría considerar la ecografía con contraste una técnica de imagen óptima para monitorizar la actividad en el seguimiento de pacientes con enfermedad de Crohn en tratamiento. Además hay que considerar la implicación socioeconómica que supone, al tratarse de una técnica no invasiva, más barata y asequible que la RM, evitando con ello demoras excesivas en el control evolutivo de estos pacientes.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Sujetos a estudio: Se seleccionará una muestra de forma prospectiva y consecutiva, que incluirá pacientes con diagnóstico establecido de enfermedad de Crohn a los que se les ha solicitado un estudio de entero-RM.

Todos ellos deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes del H. U. Miguel Servet
- Diagnóstico Anatomopatológico de enfermedad de Crohn
- Sospecha de reagudización confirmada mediante clínica, analítica y RM

Por otro lado se excluirán los sujetos que cumplan cualquiera de los siguientes criterios de exclusión:

- No acepten el consentimiento informado
- Intervención quirúrgica previa
- Contraindicaciones del contraste ecográfico (Sonovue): patología cardíaca, embarazadas y menores de 18 años.
- Estudios RM artefactados por dificultad de mantener apnea respiratoria.

**Protocolo exploratorio****Consentimiento informado**

A todos los participantes, se les solicitará permiso para la realización de las pruebas diagnósticas mediante un consentimiento informado

**Metodología de las pruebas complementarias:**

Los exámenes de RM y ecografía se realizarán en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Miguel Servet.

**Instrumentalización:**

RM: Todos los estudios de RM se llevarán a cabo en un mismo equipo de RM de 1,5T (GE). Previamente a la realización de la prueba el paciente ha de ingerir 1500ml de agua con una solución de polietilenglicol (PEG), que ha de beber en 45 minutos.

Una vez realizada la entero-RM, un radiólogo de la Sección de Digestivo, indicará una ecografía con contraste si existen hallazgos sugestivos de actividad. En caso afirmativo, procederemos a tomar medidas de peso y talla del paciente.

Ecografía: Equipo de ultrasonidos modelo Aquilion..., dotado de programa específico de ecografía con contraste. El transductor utilizado será una sonda multifrecuencia de (5-7Mhz).

En primer lugar se realizará un estudio en modo B en el que se valorarán los siguientes parámetros:

- Localización: ileon terminal, proximal, yeyuno, ciego
- Grosor pared (superior a3 mm):
- Estenosis (engrosamiento parietal y dilatación proximal >3cm): Sí/No
- Complicaciones: No/Sí (Absceso/flemón/fístula)

A continuación se realizará el estudio con contraste endovenoso ecográfico. El contraste administrado es un contraste ecográfico de 2ª generación: hexafluoruro de azufre (Sonovue®). Una vez localizado el segmento de asa intestinal a estudio, se selecciona el software de modo contraste en el ecógrafo. forma de administración del contraste es en bolos de 4ml seguidos de 10ml de solución salina (0.9% ClNa) por vía venosa periférica, que habrá sido previamente canalizada en el estudio de RM.

Se monitorizará el grado y evolución del realce del asa intestinal a estudio mediante el registro de imágenes sucesivas cada 5sg durante un periodo de 90sg. Estas imágenes serán enviadas posteriormente al PACS para su almacenamiento.

En este estudio se valorarán los siguientes parámetros:

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

434

**VALORACION MEDIANTE ECOGRAFIA CON CONTRASTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LOS HALLAZGOS DINAMICO MEDIANTE RM**

- Tipo de realce: homogéneo, irregular, laminar.
- Intensidad de realce: No/Probable/Seguro.

Creación de una base de datos con los resultados obtenidos

Se creará una base de datos con los resultados obtenidos de las diferentes pruebas exploratorias utilizando el programa de Microsoft Excel (se utilizará versión 2003), donde se recogerán las siguientes variables:

Datos generales:

1. Apellidos y Nombre:
2. Nº de historia clínica:
3. Edad:
4. Sexo:
5. Peso
6. Talla
7. Ileocolonoscopia: S/N (solo aquellos con intervalo inferior a 4 meses)

Datos obtenidos en los estudios de Resonancia Magnética

Fecha de realización de la prueba

Asa afectada (en segmento de íleon terminal de mayor grosor y realce en estudio LAVA cc)

1. Grosor parietal (mm):
2. Diámetro del segmento a estudio (mm):
3. Tipo de grosor: liso o irregular (úlceras) y pseudopólipos.
4. Edema mural (hiperintensidad en SSFSE respecto a psoas): S/N
5. Tipo de realce: homogéneo, bilaminar, irregular
6. Cuantificación de realce parietal (ROI de pequeño tamaño en punto de mayor realce, en secuencia LAVA coronal CON contraste y mismo nivel en LAVA sin contraste. Hacer tres tomas y media)
  - a. LAVA con contraste:
    - i. Análisis cualitativo (respecto LAVA sc): no, leve, moderado, severo.
    - ii. Análisis cuantitativo:
      - b. LAVA sin contraste:
        7. Difusión (factor b 0 y 500)
          - a. Análisis semicuantitativo: No/Probable/Seguro.
          - b. CDA (3 medidas y la media en área de mayor intensidad, CORONAL):
- Asa control (íleon a menos de 10cm de válvula ileocecal)
  1. Grosor parietal (mm):
  2. Diámetro del segmento a estudio mm:
  3. Cuantificación de realce parietal (ROI de pequeño tamaño en punto de mayor realce, en secuencia LAVA coronal CON contraste y mismo nivel en LAVA sin contraste. Hacer tres tomas y media)
    - a. LAVA con contraste (análisis cuantitativo):
    - c. LAVA sin contraste:
      4. Difusión (factor b 0 y 500)
        - a. Análisis semicuantitativo: No/Probable/Seguro.
        - b. CDA (3 medidas y la media en área de mayor intensidad, CORONAL)

Datos obtenidos en los estudios de ecografía con contraste

- Tipo de realce: homogéneo, irregular, laminar.
- Intensidad de realce: No/Probable/Seguro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Correlación semicuantitativa del realce parietal entre RM y CEUS  
Correlación semicuantitativa del realce parietal en CEUS con coeficiente de difusión aparente en secuencia de difusión

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio se realizará desde junio de 2013 a junio de 2014. En este periodo se pretende recoger una total de 40 casos de pacientes con enfermedad de Crohn activa. El estudio quedará abierto continuando la recogida de datos para continuar posteriores estudios.

Los objetivos a cumplir son completar la recogida de datos, evaluar los datos obtenidos con el correspondiente análisis estadístico y exposición de los resultados obtenidos en comunicaciones a congresos, publicaciones

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes con diagnóstico previo de enfermedad de Crohn en seguimiento

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

434

**VALORACION MEDIANTE ECOGRAFIA CON CONTRASTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LOS HALLAZGOS DINAMICO MEDIANTE RM**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Crohn

OTRA PALABRA CLAVE 2. ecografía

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

084

## 1. TÍTULO

**INTRODUCCION DE LAS TABLAS DE PESO FETAL Y DOPPLER EN LOS INFORMES ECOGRAFICOS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS FETOS CON BAJO PESO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HU MIGUEL SERVET**

2. RESPONSABLE ..... RICARDO SAVIRON CORNUDELLA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LERMA PUERTAS DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA  
· GIMENEZ GIL RAFAEL. INFORMatico/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA  
· COTAINA GRACIA LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -Situación de partida:  
Hace 2 años se presentó el proyecto de mejora para la Informatización de la Sección de ecografías y diagnóstico prenatal del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet. Se realizó un formulario que genera informes con el programa HP-Doctor. Dentro de este proyecto también se subieron a la intranet del hospital las tablas de referencia más importantes de ecografías obstétricas.  
-Como disponemos de la base de trabajo hemos visto la oportunidad de poder mejorar el diagnóstico y seguimiento de los pesos con bajo peso introduciendo las tablas de peso y doppler dentro del program informático.  
-Los fetos con bajo peso suponen un 10% de todos los recién nacidos del hospital y que acaparan (junto con los prematuros) un porcentaje importante de toda la patología de los recién nacidos. Es muy importante su diagnóstico y su seguimiento para la decisión a la hora de finalizar la gestación, para ello hay que ajustar el percentil según la edad gestacional (en semanas y días) y conocer su estado mediante el estudio doppler. Esto lo lograríamos con más facilidad con la introducción de este proyecto de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Gracias a la informatización de la sección de ecografías de Obstetricia en estos dos años hemos conseguido:  
·reducir gasto en papel autocopiable y pegatinas, trabajo que han dejado de realizar las auxiliares  
·no precisamos trabajar con la historia clínica en papel en muchas ocasiones  
·trabajo facultativos: menor tiempo a la hora de realizar los informes  
·informatización a nivel hospitalario: se vuelcan en la intranet del hospital todos los informes por lo que se puede tener acceso inmediato a un informe ecográfico desde cualquier ordenador del sector  
·disponemos de una base de datos: lo que supone, mejora del número publicaciones en la sección (se han presentado numerosas posters y comunicaciones a congresos y se han publicado artículos.  
·unificación de tablas de referencias utilizadas por los facultativos del sector (accesibles desde la intranet del hospital

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -La importancia de este proyecto de informatización radica en la implantación de una mejora del modelo informático para los informes ecográficos obstétricos (desarrollado en estos dos últimos años. Con este proyecto el objetivo es mejorar el diagnóstico y el seguimiento y por lo tanto el tratamiento preciso para los fetos con bajo peso, ya que podremos conocer el percentil exacto y su situación doppler.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Inclusión conjunta con el servicio de informática de las tablas de pesos fetales para gestaciones únicas en el programa informáticos de las ecografías de diagnóstico prenatal. Estas tablas están separadas por sexos fetales (varones y mujeres).  
-Inclusión conjunta con el servicio de informática de las tablas doppler fetales en el programa informáticos de las ecografías de diagnóstico prenatal. Estas tablas doppler incluyen: índices de pulsatilidad de la arteria umbilical, arteria cerebral media, pico sistólico de la arteria cerebral media, índice de pulsatilidad de vena umbilical, índice cerebro-placentario e índices de pulsatilidad medios de las arterias uterinas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Indicador 1: Número de fetos detectados por debajo de los p10 y p25 a lo largo del año, con/sin doppler patológico.  
-Indicador 2: Comprobación si durante el año no ha sido diagnosticado algún feto con bajo peso (que debería haber sido).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2013:  
-Preparación de las tablas que deben de utilizar los informáticos (pesos fetales y doppler)  
Septiembre 2013:  
-Inicio de inclusión de tablas en programa informático  
Diciembre 2013:  
-Pruebas del programa para ver su funcionamiento  
Marzo 2013:  
-Modificación de errores surgidos  
Abril 2013:  
-Finalización del proyecto de mejora

11. OBSERVACIONES. -Se va a intentar incluir cuál va a ser la decisión que hay que tomar con estos fetos según el protocolo del Servicio de Obstetricia (dependiendo del resultado del peso fetal y del doppler).11. ENFOQUE

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

084

INTRODUCCION DE LAS TABLAS DE PESO FETAL Y DOPPLER EN LOS INFORMES ECOGRAFICOS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS FETOS CON BAJO PESO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HU MIGUEL SERVET

PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Fetos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

209

**GESTION DE ALMACEN PARA GARANTIZAR TRAZABILIDAD EN COCINA HOSPITALARIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS SEGURA AZNAR

- Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ SALILLAS MARIA. VETERINARIO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA
- MONCLUS ARRIETA JUAN CARLOS. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HOSTELERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Gestión de almacenes/cámaras de forma completa y eficaz. Mejora la informatización para llevar a cabo la gestión de almacén.

Mejorar la trazabilidad

Etiquetado de productos almacenados para garantizar su trazabilidad

Planificar formación interna del personal

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente se lleva un registro de entradas/salidas en hojas excel lo que dificulta poder llevar a cabo la trazabilidad adecuadamente y de forma rápida.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Programa informático para poder llevar a cabo trazabilidad vinculando producto, fecha de entrada/salida, lote, fecha de caducidad.

Al poder visualizar las cantidades existentes, se facilita la solicitud de material.

Racionalización del stock

Herramienta de gestión del riesgo que contribuye a facilitar la retirada de los alimentos en los que se haya detectado algún problema.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Etiquetado de productos que permita una identificación rápida y segura

- Registro automatizado de todos los productos almacenados

- Mejorar la trazabilidad en la entrada y salida de productos que se utilizan para la elaboración de los diferentes menús.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 90 % registro adecuado de entradas y salidas de productos que se suministran en servicio de cocina

- 90 % control de compras/ consumos realizados en el servicio de cocina

- Establecimiento de un sistema de trazabilidad para los artículos que se almacenan en cocina.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración y puesta en marcha del programa Año 2013

- Formación Año 2013

11. OBSERVACIONES. Recursos económicos para poder llevar a cabo la gestión del almacén. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

247

## 1. TÍTULO

**MAXIMIZAR LA EFICIENCIA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO**

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

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MAINAR RUCIO PUREZA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISORA UNIDAD
- ANSON MANSO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la unidad TRS, del Hospital Universitario Miguel Servet, se han detectado varias oportunidades de mejora, con una importante repercusión en el aumento de la calidad percibida por el paciente.

Las fuentes de información son, las que la enfermera responsable detecta en las entrevistas con los usuarios. Detectamos:

- Desconocimiento de los usuarios, referente a la patología de trastornos respiratorios del sueño, así como de hábitos higiénicos del sueño.
  - Los usuarios portadores de CPAP nocturno, en un porcentaje aproximado al 20%, no hacen uso adecuado del CPAP. Las principales razones pueden ser: mala tolerancia a la mascarilla, o un número de horas de uso insuficiente.
  - Posibilidad de optimización de recursos materiales disponibles en la unidad.
- Disponemos de 6 ACPAP, con los que se realizan 10 pruebas semanales siendo posible aumentar el rendimiento.
- Posibilidad de disminuir del gasto sanitario, pasando de mascarillas desechables a reutilizables, con proceso de limpieza y desinfección.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar los conocimientos de los usuarios en cuanto a patología de trastornos respiratorios del sueño, hábitos higiénicos de sueño y funcionamiento de CPAP.

- Mejorar la comunicación entre usuarios y unidad de trastornos respiratorios del sueño, mejorando la satisfacción de los mismos.
- Mejorar adherencia al tratamiento con CPAP.
- Reducir lista espera en la prueba con ACPAP.
- Reducir gasto sanitario

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del grupo de mejora.( M.A. Ansón, P. Mainar, R. Soler)

- Elaboración encuesta previa y posterior.( Se entrega con ACPAP).(P. Mainar, M.A. Ansón, R. Soler)
- Elaboración y difusión de manual informativo acerca de TRS, hábitos higiénicos de sueño, funcionamiento del CPAP, modo de contactar con la unidad. ( P. Mainar, M.A. Ansón, R. Soler)
- Citación de 2 ACPAP más semanales.(M.A. Ansón, R. Soler)
- Facilitar mascarilla reutilizable.(M.A. Ansón, R. Soler)
- Comprobar adherencia y reforzarla mediante llamada telefónica, en el plazo de 3 meses. (M.A. Ansón, R. Soler)
- Protocolizar limpieza y desinfección de las mascarillas.(P. Mainar, M.A. Ansón, R. Soler)

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° cuestionarios cumplimentados (Índice actual 0/ Objetivo: 60%)

- N° pacientes a los que se les entrega el material didáctico (Índice actual: 0/ objetivo: 60%)
- N° ACPAP realizados versus mismo mes año anterior.
- N° mascarillas reutilizables entregadas mensualmente.
- N° pacientes que siguen correctamente el tratamiento con CPAP. Entendido como horas de uso diario medio/ N° de días de uso.(horas/día)

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diseño material:

Febrero 13

- Difusión e implantación: Abril 13
- Citaciones ACPAP: Mayo 13
- Implantar mascarilla reutilizable: Mayo 13
- Cálculo de Indicadores : Dic 13
- Analizar indicadores y Medidas de Mejora: Dic 13

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. 30-80 años
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON APNEA DE SUEÑO

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

247

MAXIMIZAR LA EFICIENCIA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

018

**SEGURIDAD CLINICA EN UNIDAD DE REHABILITACION NEUROLOGICA HOSPITALARIA**

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REIGADA PEREZ SANTA CRUZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REHABILITACION NEUROLOGICA
- COARASA LIRON DE ROBLES ANA. MEDICO/A. H SAN JUAN DE DIOS. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde finales de la década de los 90 las organizaciones sanitarias centran su atención en la seguridad de sus procedimientos y estructuras, así como en la identificación de incidentes, efectos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora. Los usuarios de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos pero a la vez más complejos y fragmentarios. A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas (1). La seguridad es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad asistencial redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios.

Para el Estudio ENEAS (2005) (2), la incidencia de Efectos Adversos (EAs) en los hospitales españoles, relacionados directamente con la asistencia hospitalaria, fue de 8,4%. Más del 40% de los Efectos Adversos podrían ser evitables. Los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos, tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar EAs. El estudio señala el destacado papel de la vulnerabilidad del paciente en la génesis de los EAs.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (3) define como estrategias de intervención prioritarias a corto plazo:

- Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios
- Incentivar actividades de mejora de seguridad de pacientes con participación de profesionales
- Incorporar indicadores sobre seguridad
- Fomentar sesiones críticas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos
- Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes
- Formación de grupos de análisis de problemas de seguridad en cada centro
- Financiar e incentivar la formación en seguridad del personal sanitario.

La atención hospitalaria a pacientes que han sufrido un ictus requiere especial atención en cuanto a la seguridad de sus procedimientos y estructuras. Podemos considerarlos entornos de riesgo, ya que son pacientes vulnerables que en muchos casos sufren alteraciones cognitivas, alteraciones de la movilidad, alteraciones de la comunicación y alteraciones sensorio-perceptivas.

**Bibliografía:**

1. Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations; Sentinel Event Alert.
2. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Estrategia en seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Ser capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar.

- Compartir información sobre eventos adversos.
- Entender que los errores están relacionados principalmente con el sistema en el que se trabaja (situaciones, estructura y funcionalidad de la organización).
- Promover la comunicación de efectos adversos.
- Detectar precozmente el efecto adverso, analizar causas y diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia.
- Entender que la seguridad de pacientes debe formar parte de las estrategias, objetivos y proyectos de trabajo.
- Asumir un enfoque no punitivo, constructivo, dirigido especialmente a propiciar cambios en el sistema de trabajo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- Determinar riesgos de salud: sobre todo aparición de hombro doloroso y caídas en el paciente con ictus
- Establecer la prioridad de las acciones en función del estado del paciente
- Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada
- Comprobar estado neurológico
- Vigilar signos vitales: riesgo de hipertensión, taquiarritmia, hiperglucemia
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites indicados por el médico o mediante protocolos establecidos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Días de ingreso hospitalario

- Número de caídas/Paciente con riesgo a caída

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

018

**SEGURIDAD CLINICA EN UNIDAD DE REHABILITACION NEUROLOGICA HOSPITALARIA**

- Número de pacientes con hombro doloroso
- Número de efectos adversos en hospitalización identificados
- Número de pacientes correctamente identificados
- Satisfacción del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de mejora en Abril de 2012.  
Finalización Abril 2013.

Se desarrollará una encuesta de satisfacción del paciente para valorar la calidad asistencial del paciente con ictus en función de la seguridad clínica

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pretendemos mejorar la calidad de vida del paciente con Ictus que ha permanecido ingresado en una Un

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

134

**PROYECTO MEJORA DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEMATOLOGICA:  
CONSULTA DE ENFERMERIA**

2. RESPONSABLE ..... GLORIA SORO ALCUBIERRE  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· DUQUE MOROS ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· ROYO MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE INVESTIGACION TRASLACIONAL  
· GIRALDO CASTELLANO PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los avances diagnósticos, terapéuticos y de soporte han dado lugar a un aumento en la supervivencia general de los pacientes con enfermedades hematológicas. Este aumento ha supuesto un crecimiento continuo en la demanda asistencial y por ende en la necesidad de crear una infraestructura sólida capaz de estar a la altura de dicha situación.

En este momento, la asistencia ambulatoria en atención especializada a estos pacientes se da desde cuatro consultas de hematología, que se ven obligadas a absorber este incremento de pacientes.

Bajo el esquema organizativo actual, el profesional dispone de 20 minutos a lo sumo, por paciente, para:

- o Realizar y comunicar el diagnóstico,
- o Establecer las pruebas a realizar,
- o Valorar las posibilidades terapéuticas,
- o Elegir y explicar el esquema terapéutico,
- o Informar sobre el hospital de día de hematología,
- o Definir el organigrama a seguir en las visitas siguientes, y
- o Explicar los posibles efectos adversos y los signos de peligro que deben observar en casa, etc.

El impacto psico-social que implica ser atendido en una consulta de hematología varía mucho según la patología del paciente, su edad y contexto sociocultural, usualmente se relaciona con patologías neoplásicas creando ansiedad desmesurada en el paciente y su entorno familiar. Es por ello que la comunicación del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad hematológica hace necesario que la cantidad de información brindada al paciente y su familia sea adaptada a los miedos y necesidades del paciente.<sup>1</sup>

Dadas las características especiales de estos pacientes su necesidad de contacto con el personal de enfermería es casi constante: la enfermera está llamada a ser el profesional que de forma primaria detecte las inquietudes y problemas del paciente, responda y canalice adecuadamente dichas dudas desde una visión holística e interdisciplinaria acompañándole, en coordinación con el hematólogo responsable, durante todo el proceso evolutivo de la enfermedad, garantizando la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico. Es así como se convierte en un referente para el paciente dentro de la interrelación con el sistema de salud, llegando los pacientes a establecer en ocasiones altos grados de dependencia.

La incorporación a la cartera de servicios del HUMS de una consulta de enfermería en el Servicio de Hematología, constituiría la provisión de cuidados al paciente hematológico, bien por demanda directa o programada, mediante una organización racionalizada de los recursos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proporcionar cuidados enfermeros de calidad, asegurando que los pacientes hematológicos reciben atención especializada de seguimiento, vigilancia y control de posibles complicaciones.

Una vez que el médico hematólogo confirma el diagnóstico y pauta el tratamiento a seguir se deriva al paciente a la consulta de enfermería donde:

- o Se refuerza la información proporcionada por el médico del proceso de la enfermedad y pruebas señaladas.
- o Se gestionan las pruebas diagnósticas a realizar: (TAC toraco-abdominal, Rx, ECG, Ecodoppler, aspirado medular, impronta ósea, pruebas de función respiratoria...)
- o Se aplica la metodología enfermero. Plan de cuidados
- o Se proporciona soporte emocional: Valoración de ansiedad según escala Ansiedad y Depresión Hospitalaria HAD11,12. (hospital anxiety and depression scale )(Anexo II)
- o Se valora la calidad de vida del paciente hematológico según escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)<sup>13</sup>.(Anexo III)
- o Se realizan cuidados de enfermería: extracciones venosas de urgencia, retirar vías venosas, mantenimiento de reservorios venosos, catéteres Hickman, inyectar medicación antitrombótica (heparinas)...
- o Se proporciona educación sanitaria del proceso de la enfermedad y cuidados frente a los posibles efectos adversos derivados del tratamiento.
- o Se entrega documentación sobre recomendaciones a seguir en los aspectos nutricionales, eliminación, mucositis...

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

134

**PROYECTO MEJORA DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEMATOLOGICA: CONSULTA DE ENFERMERIA**

oSe coordina a los pacientes que acuden a Hospital de día facilitando:

- Información del funcionamiento de hospital de día.
- La Hoja de Acogida.
- Horario de extracción de muestras para análisis.
- Estableciendo las prioridades en función del esquema de tratamiento a aplicar.
- Establecimiento del calendario de nuevas citas y horarios. Explicación de los pasos a seguir, Administración de medidas de soporte y explicación del tratamiento domiciliario.
- Medicamentos especiales que se dispensan en la Farmacia del Hospital

o Se colabora en las pruebas diagnósticas de Citologías (aspirado, biopsia, extracción sangre periférica).  
 oSe es el referente para el paciente y familia que son visitados en las consultas de hematología.  
 oSe facilita el contacto con otros profesionales (psicooncólogo, trabajador social), así como con asociaciones hematológicas.  
 oSe ofrece consulta vía telefónica a demanda del paciente.  
 oSe coopera con líneas de investigación: Información de Biobanco (extracción venosa y gestión de las muestras) y petición del consentimiento informado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad	Plazo	Responsable
Diseño de actividades		
Diseño de contenidos de la consulta	Rosa Duque (supervisora)	Gloria Soro (enfermera de la consulta) Pilar Royo (enfermera)
01/04/2013		
Consensuar con la responsable de la consulta	Gloria Soro (enfermera de la consulta) Pilar Giraldo (jefe de área)	
01/05/2013		
Diseñar los protocolos	Rosa Duque (supervisora)	Gloria Soro (enfermera de la consulta) Pilar Royo (enfermera)
01/09/2013		
Documentación e implantación		
Elaboración de documentación	Gloria Soro (enfermera de la consulta) Pilar Royo (enfermera)	
01/09/2013		
Implantación de los protocolos e instrucciones técnicas correspondientes.	Gloria Soro (enfermera de la consulta)	01/09/2013
Valoración y adecuación de los tiempos requeridos para el proceso.	Gloria Soro (enfermera de la consulta) Pilar Giraldo (jefe de área)	
01/12/2013		
Medición del impacto		
Diseño de la encuesta de satisfacción de pacientes para la medición del impacto de la medida.	Gloria Soro (enfermera de la consulta) Pilar Giraldo (jefe de área)	
01/10/2013		
Aprobación de la nueva encuesta de satisfacción.	Pilar Giraldo (jefe de área)	15/10/2013
Medida y evaluación de la satisfacción del paciente con la incorporación de este nuevo servicio.	Gloria Soro (enfermera de la consulta)	31/12/2013

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de pacientes atendidos en la consulta de enfermería/ n° total de pacientes hematologíaconsultas x 100. Objetivo 30%.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

134

## 1. TÍTULO

**PROYECTO MEJORA DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEMATOLOGICA:  
CONSULTA DE ENFERMERIA**

Satisfacción de pacientes con la implantación de la consulta obtenida en la encuesta de satisfacción realizada.  
Objetivo 8.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto dará comienzo inmediatamente según los plazos descritos en el despliegue del objetivo, que figura en el apartado 7.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la organización y prestación de cuidados integrales

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermos hematológicos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora organizativa: mejora la gestión del proceso con el fin de reducir tiempos de consulta, de esp

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

367

**TELEECOGRAFIA OBSTETRICA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER TOBAJAS HOMES

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LERMA PUERTAS DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ECOGRAFIA DIAGNOSTICO PRENATAL
- MARTINEZ BERGANZA ASENSIO MARIA TERESA. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. COORDINADORA PROYECTO IMAGEN DIGITAL, RIS-PAC
- BORQUE MODREGO NURIA. INGENIERO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. TECNICO DE SISTEMAS Y TIC DEL CGIPC
- GARCIA GIL PILAR. INGENIERO/A. H MIGUEL SERVET. JEFE DEL SERVICIO DE INFORMATICA DEL HUMS
- BELMONTE ALBERTO. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
- COLL CLAVERO JUAN IGNACIO. INFORMATICO/A. H BARBASTRO. JEFE DE SERVICIO DE INFORMATICA HOSPITAL DE BARBAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual, el Servicio de Obstetricia del HUMS, es referente para los siguientes hospitales: Teruel; Huesca; Barbastro; Alcañiz; Jaca, en el ámbito del Diagnóstico Prenatal.

La dificultad encontrada en el desarrollo de esta función, consiste en la confirmación diagnóstica de gestantes con sospecha o diagnóstico de imágenes sospechosas de alteraciones fetales, tanto en el ámbito del desarrollo fetal como en el diagnóstico de alteraciones estructurales.

En un primer tiempo el problema se resolvía con la remisión de la gestante a Zaragoza para evaluación ecográfica diagnóstica.

Posteriormente desarrollamos una red (RIDPN) para la remisión de volúmenes ecográficos que pudieran ser evaluados en nuestra sección de Diagnóstico Prenatal.

Por último presentamos un avance del proyecto que consiste en la conexión directa desde nuestra unidad en tiempo real, con el resto de unidades para dirigir y compartir las imágenes a los efectos diagnósticos y de información.

En el momento actual el nivel del grupo de ecografistas del Servicio de Obstetricia, se encuentra en el nivel más avanzado en el diagnóstico prenatal, con dedicación clínica exclusiva en este tipo de estudios, lo que redundará en una mejoría diagnóstica, mayor seguridad del paciente, reducción de tiempos diagnósticos e inclusión en programas de tratamiento específico en el S. de Obstetricia con la consiguiente reducción de tiempos de espera y disminución de costes generales por paciente (mejora de la eficiencia y seguridad).

valor añadido de la formación on line al resto de servicios integrados a través de la discusión del caso por videoconferencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo fundamental:

Poder visualizar un estudio ecográfico en tiempo real a distancia del punto de adquisición del mismo, simultáneamente a su realización.

Objetivos conceptuales:

El estudio deberá verse en tiempo real, sin retardos en la dinámica de la imagen

No deberá existir deformidad de la imagen, conservando la proporcionalidad dada por el ecógrafo

La calidad deberá ser diagnóstica.

Objetivos operativos:

Uso de ecógrafos existentes: adaptación de salidas DVI y HDMI y conexiones a PCs de uso habitual en los servicios

Utilización de la red corporativa del SALUD

Utilización del sistema de videoconferencia ya existente (Spontania

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Material y Método

1 Origen de datos:

Se han utilizado dos ecógrafos General Electric modelo VE8 y VE6

La salida de señal digital al monitor ha sido bifurcada manteniendo la entrada al monitor del equipo y conectando la bifurcación al PC

En el PC se instaló la tarjeta de video Avermedia Live Gamer HD a la que se conectó la bifurcación del equipo

Se instaló el aplicativo Spontania\* (aplicación corporativa de videoconferencia del SALUD) en el PC y se configuró con una resolución de 1440x1080, 30fps, y 2 Mbps de ancho de banda, para conservar las características diagnósticas de la imagen.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

367

**TELEECOGRAFIA OBSTETRICA**

Tarjeta de sonido y cascos tipo diadema con micrófono

2. Destino remoto (PC receptor)

PC HP 8200 con sistema operativo Windows 7, con un procesador i5

Tarjeta de video nVidia Quadro NVS 285, de resolución máxima 1900x1200@60Hz

Monitor Samsung SyncMaster 214T 21" que soporta máximo 1600x1200@60 Hz y el duplicador de señales

Spontania\* configurado con una resolución de 1440x1080, 30fps, y 2 Mbps de ancho de banda.

Tarjeta de sonido y cascos tipo diadema con micrófono

\*: Sería necesario actualizar la versión del servidor de Spontania, para que soporte estos parámetros y todos los clientes pudieran tener esa misma versión. En las pruebas se utilizaron versiones de clientes desarrolladas expresamente para ellas. Los inconvenientes de estos clientes es que los parámetros de resolución/fps y ancho de banda no eran configurables por el moderador de la videoconferencia, si no únicamente por parte de Dialcom (soporte de Spontania).

3. La transmisión de imagen en tiempo real

Se realizó a través de la red LAN del Hospital o la WAN-RACI, por medio de conectividad IP entre los dos ordenadores, uno en el Sector Origen y otro en el Sector Receptor, para ello ambos equipos estaban conectados a una roseta de la red del hospital correspondiente.

Actualmente todos los hospitales del SALUD están conectados por líneas propias de alta velocidad.

4. Prueba operativa

Se plantearon dos pruebas:

La primera transmitiendo los estudios dentro del propio Hospital Miguel Servet (HUMS) utilizando la misma LAN, desde un ecógrafo (en el box3 de Consultas de Obstetricia), que se identificó como Hospital Origen, y utilizando un PC de un despacho, situado a unos 10 metros del origen, que se identificó como Hospital Receptor

La segunda prueba se realizó utilizando la WAN entre el Hospital de .Barbastro como origen y el Hospital Miguel Servet como receptor, separados por mas de .100 KM

Una vez conectada la arquitectura física del escenario, se lanzó una videoconferencia entre ambos PC (origen de datos y receptor de datos) a través del programa Spontania,

AREA CLINICA: Dr Tobajas; Dr Lerma; Dra Rojas.

AREA INFORMATICA: P. Garcia; A. Belmonte; J. Coll.

REDES Y RIS-PAC: T. Martinez; N. Borque.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Calidad de transmisión de sonido entre las Unidades conectadas.

Indicador 2: Calidad de imagen ecografica y tiempo de retardo en su adquisición.

Ambos puntos han sido comentados anteriormente en el apartado de metodos.

Ambos puntos son contrastados con la opinión sobre interpretación de imagen e legibilidad de la conexión por los ecografistas de la sección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Inicio del proyecto se desarrollo a partir d Enero del 2013.

La primera prueba realizada (en Barbastro) se ha realizado en la semana del 12 al 15 de Marzo.

Las conexiones pendientes con Teruel, Huesca y Barbastro, se van a realizar hasta un periodo máximo del mes de Noviembre del 2013.

Los parametros que marcan dichos tiempos, se basaran en el estudio de la Intranet del SAS y de la disponibilidad de utillaje y desplazamientos de los técnicos de la aplicación.

Mayo 2013: Teruel.

Junio 2013: Alcañiz.

Huesca 2013: Huesca.

Resumen y evaluación de la aplicación: Noviembre 2013

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

367

**TELEECOGRAFIA OBSTETRICA**

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. adolescentes-jóvenes-adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

448

**ELABORACION DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS HABITUALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRIA**

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA UNZUETA SALVADOR

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ONCOPEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN PEÑA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
- BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
- JARNE NIVELA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
- CARBONELL BERGES PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
- GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la unidad de oncopediatria se realizan una serie de procedimientos específicos del servicio que el personal habitual de la planta conoce debido al tiempo que lleva trabajando en ella. La implantación de este proyecto de calidad tiene por objetivo que el personal de nueva incorporación ( personal que se incorpora al servicio ocupando una plaza libre, sustitución de vacaciones, días de libre disposición, bajas laborales. etc. ) tenga una guía de consulta de dichos procedimientos a la que pueda acudir ante cualquier duda que surja durante su asistencia profesional. Todo ello redundará en una mejora de la calidad asistencial puesto que facilita la incorporación del personal y aumenta la confianza de los padres de nuestros pacientes, que por sus especiales características y largos periodos de tratamiento, conocen bien el funcionamiento de algunos aspectos de la planta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaboración de una guía de procedimientos y actuaciones más habituales en la unidad de oncopediatria. En ella se diferenciarán 2 puntos:

- Por un lado se recogerán procedimientos que se realizan de forma similar a otras unidades del hospital (pedidos de farmacia, dietética, servicios técnicos, planillas de ingresos etc).
- Por otra parte se desarrollarán los procedimientos más específicos de la planta (analíticas sanguíneas, cuidados especiales con derivados sanguíneos, cuidados especiales de las quimioterapias, preparación para RMN y TAC que necesitan sedación, actuación ante el paciente en tratamiento que acude por urgencia, etc

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Organización de los grupos de trabajo y distribución del mismo respetando los plazos acordados para su elaboración.

- Exposición al resto del equipo asistencial.
- Incorporación de la guía impresa a la unidad.
- Presentación de la guía al personal de nueva incorporación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Conocimiento de la guía por el personal habitual de la planta:

- Indicador: Profesionales de enfermería habituales de la planta / total de profesionales de enfermería
- Presentación de la guía al personal de nueva incorporación:
- Indicador: Profesionales de enfermería de nueva incorporación a la unidad / total de profesionales de enfermería de nueva incorporación.
- Utilidad de la guía:
- Profesionales de enfermería de nueva incorporación que la consideran útil / profesionales de enfermería de nueva incorporación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • En Mayo- Junio de 2013 se crearan los grupos de trabajo.

- A partir de Septiembre de 2013 se elaborará la guía y consensuará con todos los miembros del equipo de mejora.
- En Diciembre de 2013-Enero 2014 se imprimirá y se divulgará al personal de nueva incorporación para su consulta.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. lactantes, niños y adolescentes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

274

**IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE EVALUACION ANESTESICA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA EN PACIENTES ADULTOS**

2. RESPONSABLE ..... JORGE VALLES TORRES
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
  - SIENES RIBES OSCAR RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ADMISION
  - ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ADMISION
  - BRAU SANZ BELEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
  - NAVARRO ALONSO SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
  - MOLINA LORENTE TERESA DE JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente, la evaluación anestésica preoperatoria de todos los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca en nuestro centro es realizada mediante interconsulta durante el ingreso hospitalario previo a la intervención quirúrgica. El objetivo del presente proyecto es la implantación de la consulta de evaluación anestésica preoperatoria para cirugía cardiaca electiva en pacientes adultos. Los objetivos de la evaluación preoperatoria en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente son reducir la morbilidad, aumentar la calidad de la asistencia perioperatoria reduciendo su coste y restablecer de forma precoz un nivel funcional adecuado para el paciente. Para llevar a cabo una evaluación preoperatoria adecuada es imprescindible obtener la información pertinente sobre los antecedentes médicos del paciente (historia clínica y exploración física exhaustivas), escoger los planes de asistencia a seguir, obtener el consentimiento informado y llevar a cabo los cuidados perioperatorios necesarios para mejorar los resultados de la forma más eficiente. Realizar la valoración preoperatoria de forma planificada y con suficiente antelación es esencial para obtener unos mejores resultados y aumentar la eficiencia. En nuestro centro, los pacientes ingresan de forma programada para intervenir de cirugía cardiaca sin ningún tipo de evaluación anestésica preoperatoria. Esta circunstancia, en muchas ocasiones, limita la aplicación de unos cuidados perioperatorios óptimos, y en ocasiones conlleva a suspensiones o demoras de las intervenciones. Por otra parte impide la organización del propio Servicio de Anestesiología para poder planificar la prestación de esta atención. Actualmente, con los recursos humanos y materiales disponibles, sería posible establecer y normalizar la evaluación anestésica preoperatoria citando a los pacientes en lista de espera para intervenir de cirugía cardiaca en la consulta de anestesia sin ningún aumento en los costes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implantar la consulta de evaluación anestésica preoperatoria para pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva.

- Disminuir el número de interconsultas para la evaluación anestésica preoperatoria de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva.

- Disminuir la estancia hospitalaria en el periodo preoperatorio de pacientes adultos que van a ser intervenidos de cirugía cardiaca electiva. Evaluar de forma discreta las diferencias de estancia hospitalaria preoperatoria entre los pacientes valorados en la consulta y los valorados mediante interconsulta.

- Otros objetivos derivados: optimización clínica del estado preoperatorio del paciente, disminución de morbimortalidad, reducción de costes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para llevar a cabo la implantación de la consulta de evaluación anestésica preoperatoria para cirugía cardiaca electiva en pacientes adultos, se analizarán las características de los servicios hospitalarios implicados, los recursos técnicos y humanos disponibles en la actualidad, y las posibles limitaciones que influyen en las diferentes etapas que conforman todo el proceso de preoperatorio. Los servicios hospitalarios directamente implicados son el Servicio de Anestesiología con el equipo de enfermería de Consultas Externas, el Servicio de Cirugía Cardiovascular y el Servicio de Admisión. Tras un análisis de las necesidades, los recursos disponibles y las posibles limitaciones, los componentes de los diferentes servicios diseñarán un circuito preoperatorio para que los pacientes sean citados en la consulta de anestesia en el momento óptimo antes de la intervención quirúrgica y con todas las pruebas complementarias necesarias realizadas. Una vez implantado el circuito preoperatorio se analizarán sus deficiencias y las nuevas posibilidades de mejora para su perfeccionamiento. Se contabilizará el número de pacientes sometidos a intervención quirúrgica electiva en los que la evaluación anestésica preoperatoria es realizada en la consulta de anestesia. Se contabilizará la estancia hospitalaria durante el periodo preoperatorio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes vistos en la consulta de evaluación anestésica preoperatoria para cirugía cardiaca.

- Porcentaje de pacientes intervenidos en los que la evaluación anestésica preoperatoria es realizada en la

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

274

**IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE EVALUACION ANESTESICA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA EN PACIENTES ADULTOS**

consulta de anestesia. Del total de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva se contabilizarán los que hayan completado la evaluación anestésica preoperatoria en la consulta de anestesia. Se espera que al menos un 80% de los pacientes que se intervienen de forma programada hayan pasado por la consulta.

- Estancia hospitalaria preoperatoria. Se contabilizarán los días de estancia hospitalaria en el periodo preoperatorio, tanto de los pacientes con evaluación preoperatoria realizada en la consulta como de los pacientes evaluados mediante interconsulta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración completa del proyecto se estima que sea de un año de duración desde su aprobación. La etapa de análisis y diseño del circuito preoperatorio se planteará en un primer periodo de 2 a 3 meses. El periodo de implantación del circuito y las posibles modificaciones para perfeccionarlo se prevé que se prolongue durante los siguientes 2 o 3 meses. Una vez transcurrido un año desde el inicio del proyecto se realizarán los análisis oportunos.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes adultos con indicación de cirugía cardiaca electiva

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Periodo preoperatorio

OTRA PALABRA CLAVE 2. Remisión y Consulta

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

423

**PROCEDIMIENTO-GUIA DE IMPLANTACION DE LA ISO 9001 EN SERVICIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II, CON APOYO METODOLOGICO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VELA MARQUINA
- Profesión ..... OTROS
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- REVILLA LOPEZ CONCHA. MIR. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA
  - GALVEZ ALVAREZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FORMACION CONTINUADA HOSPITAL MATERNO INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Calidad Asistencial, colabora con los grupos de mejora de los Servicios para impulsar y apoyar en su implantación y desarrollo el sistema de gestión de calidad ISO en el Sector Zaragoza II. De los 16 servicios certificados con la ISO 9001 en sector Z2, 6 corresponde al proyecto de Salud de todo Aragón y los 10 restantes son específicos del sector. Desde el año 2011 los servicios han trabajado con apoyo interno del Hospital (UCA), sin consultoras externas. Así mismo se ha realizado un programa de formación y capacitación de auditores internos y las 10 últimas auditorías internas se han llevado a cabo por los profesionales del Sector.

En el año 2013 se han incorporado tres nuevos servicios al proceso de certificación, que suponen que casi 400 nuevos profesionales se incorporan al sistema de calidad; ello nos está haciendo ver que al haber una incorporación paulatina y constante de servicios es conveniente elaborar una herramienta que nos permita avanzar.

Uno de los aspectos importantes sería sistematizar y adaptar la formación, para cada servicio. Por tanto, la existencia de una guía servirá para armonizar las fases y actividades, actuar de una forma unificada, y poder prestar el apoyo formativo necesario para que el Servicio comprenda e interiorice el proceso. Así mismo será eficaz para agilizar todo el proceso de certificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Contar con un procedimiento-guía de implantación de ISO 9001 consensuado que facilitará el proceso en todas sus fases. El hecho de que el Sector cuente con los procedimientos generales de nivel de sector, facilita la consecución de este objetivo; además con el proceso ya desarrollado en otros servicios se cuenta con modelos que nos permiten avanzar más rápidamente. Incorporación de nuevos auditores internos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Constitución de un grupo de Trabajo liderado por la Unidad de Calidad y que incluya profesionales de otros servicios ya certificados, con formación y experiencia.  
2.- Establecimiento de un cronograma de actividades.  
3.- Elaboración de borrador del procedimiento  
4.- Aprobación del procedimiento.  
5.- Aplicación a los Servicios en fase de certificación.  
6.- Seguimiento e introducción de posibles cambios y mejoras.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Constitución del Grupo de trabajo  
Realización del procedimiento  
Elaboración de materiales de formación, al menos:  
Genérica de calidad y conocimiento de ISO  
Documentación y elaboración de procedimientos  
Incidencias y No Conformidades  
Objetivos e indicadores  
Otros

Elaboración de cronograma de implantación.  
Incorporación de, al menos, dos personas por cada servicio como auditores internos  
Satisfacción de los nuevos servicios con el programa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo: Constitución del grupo de trabajo y reparto de tareas y responsabilidades  
Septiembre: 1ª reunión de resultados.  
Noviembre: Borrador cerrado.  
Diciembre: Consenso con Servicios.  
Diciembre: Aprobación de Procedimiento-Guía

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

423

PROCEDIMIENTO-GUIA DE IMPLANTACION DE LA ISO 9001 EN SERVICIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II, CON APOYO METODOLOGICO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

336

**OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)**

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VILLAR FERNANDEZ  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CLERENCIA SIERRA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD SOCIOSANITARIA DE VALORACION  
· CASAJUS LAGRANJA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA  
· ABAD SAZATORNIL MARIA REYES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA  
· GOMEZ BARAZA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA  
· PEREZ NOGUERAS JAVIER. MEDICO/A. RESIDENCIA ELIAS MARTINEZ DE TORRERO (IASS). GERIATRIA  
· ROMERO RIOS PILAR. MEDICO/A. RESIDENCIA ELIAS MARTINEZ DE TORRERO (IASS). GERIATRIA  
· ENTRENA VICEN ANA BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. RESIDENCIA ELIAS MARTINEZ DE TORRERO (IASS). DIRECCION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Aragón desde el año 2010 los servicios de Farmacia de Hospital han ido asumiendo la dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios de titularidad pública de su sector. En el sector Z II el Servicio de Farmacia del HUMS se gestiona la provisión de la farmacoterapia y nutrición enteral en las residencias del IASS: Elías Martínez de Torrero (?200 residentes), Romareda (? 200 residentes) y Las Fuentes (? 70 residentes).

Desde Servicios Centrales del SALUD se diseñó y puso en marcha un programa informático común para todos estos centros sociosanitarios que permite incluir la prescripción individualizada por paciente. Las farmacéuticas de enlace del HUMS son las encargadas de la gestión farmacoterapéutica en estos centros.

En el año 2013 se iniciará el proyecto de optimización farmacoterapéutica en el centro sociosanitario "Elías Martínez" de Torrero. Dicha residencia es de titularidad pública (IASS) y de gestión privada, con dos facultativos médicos responsables del tratamiento de los pacientes (uno en turno de mañana y otro en turno de tarde). Los pacientes de este centro presentan elevada complejidad farmacoterapéutica. En análisis previos realizados en 2012 sobre la prescripción individualizada por paciente, se ha detectado que un tercio de los residentes tenía más de 10 fármacos en su tratamiento (9 pacientes con más de 15 fármacos, 55 con 11-15 fármacos), y la mitad de los residentes entre 6 y 10 fármacos.

El importe de los medicamentos y la medicación consumidos en la residencia Elías Martínez en el primer semestre de 2012 ascendió a 257.700 €.

Para mejorar esta situación se plantea la incorporación al proyecto de un médico Geriatra, que realice una valoración integral del paciente, analizando los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar. De este modo se podrá desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento aunando la atención farmacéutica adecuada y poder conseguir, en última instancia, un uso seguro y eficiente de los medicamentos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha iniciado la valoración geriátrica y validación farmacéutica del tratamiento de 2 pacientes por semana, desde Enero de 2013, con buena aceptación de la intervención por el momento

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Optimización de la farmacoterapia de los pacientes ingresados en la residencia, con una reducción de las prescripciones consideradas inadecuadas en el paciente anciano, según la evidencia disponible en los diversos consensos publicados sobre la materia  
-Revisión de la prescripción de los fármacos considerados de baja utilidad terapéutica (UTBs)  
-Reducción de la polifarmacia en el anciano  
-Secundariamente, reducción del consumo farmacológico, tanto en número de unidades dispensadas como en coste

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: farmacéuticas HUMS, médico Geriatra UVSS, y médicos del centro sociosanitario Elías Martínez.  
(Reyes Abad , jefe Servicio Farmacia HUMS)

2. Registro diario de las prescripciones en el programa informático desarrollado para los CCSS. Valorar concordancia y homogeneidad de los registros de medicación para evolucionar hacia un registro único  
(Javier Pérez, Isabel Villar, Pilar Casajús)

3. Revisión de la farmacoterapia de todos los pacientes y selección de aquellos residentes subsidiarios de una mejora de su tratamiento farmacológico atendiendo a los criterios de pluripatología y polimedición, que implican mayor riesgo de yatrogenia medicamentosa (reacciones adversas, interacciones)  
(Pilar Casajús, Isabel Villar)

3.- Valoración integral de los residentes seleccionados en el centro sociosanitario: valoración física, psíquica, funcional y social, incluyendo la revisión farmacológica. Los residentes serán valorados en su ámbito habitual, implicando que el médico Geriatra se desplazará 1 día a la semana a dicho centro sociosanitario.  
(Mercedes Clerencia, geriatra)

4.- Identificación y modificación de las prescripciones inadecuadas del fármaco según los diferentes criterios

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

336

**OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)**

publicados en la bibliografía científica (criterios de Beers, Stopp-Start, Hanlon, French consensus o Priscus List).  
Pilar Casajús, Isabel Villar, Mercedes Clerencia

5.- Valoración de concordancia del tratamiento farmacológico del residente con la prescripción en el programa informático de los CCSS  
Mercedes Clerencia, Pilar Casajús, Isabel Villar

6.- Formación/Información sobre uso racional del medicamento del personal del centro sociosanitario, residentes y familiares mediante 2 sesiones anuales  
Mercedes Clerencia, Pilar Casajús, Isabel Villar

7.- Evaluación de la eficiencia con el control del coste farmacológico en el centro sociosanitario  
Reyes Abad, Bélén Entrena, Pilar Casajús, Isabel Villar

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Residentes polimedificados detectados:  
Las farmacéuticas de enlace del HUMS seleccionaran a aquellos residentes subsidiarios de una mejora de su tratamiento farmacológico del centro sociosanitario "Elias Martinez ". Se utilizará el programa informático de prescripción de centros sociosanitarios atendiendo a los criterios descritos (> 5 fármacos ). En una sesión semanal en la que participarán las Farmacéuticas de enlace y el médico Geriatra se analizarán en común los residentes que cumplan estos criterios, comenzando por los residentes con más polimedicación (= 10 fármacos). Además de la polimedicación, se incluirá como criterio de cribaje la presencia de prescripciones inadecuadas en ancianos y de fármacos de baja utilidad terapéutica.

Indicador: Residentes polimedificados detectados: (a/b)x100

a: N° de residentes polimedificados (> 5 fármacos) susceptibles de optimización farmacoterapéutica

b: N° residentes totales

Objetivo 0213: Monitorización

- Residentes polimedificados valorados de forma integral:

Los residentes serán valorados en su ámbito habitual, implicando que el médico Geriatra se desplazará 1 día a la semana a dicho centro sociosanitario. Se realizará una valoración integral de los residentes seleccionados: valoración física, psíquica, funcional y social, incluyendo la revisión del tratamiento farmacológico.

Indicador: Residentes polimedificados valorados de forma integral: (a/b)x100

a: N° de residentes derivados y valorados por el médico Geriatra

b: N° de residentes polimedificados (> 5 fármacos) susceptibles de optimización farmacoterapéutica

Objetivo 2013: >50%

- Residentes con resolución de prescripciones inadecuadas:

El médico Geriatra y las FACE identificarán las prescripciones inadecuadas del fármaco según los diferentes criterios publicados en la bibliografía científica (criterios de Beers, Stopp-Start, Hanlon, French consensus o Priscus List) y la valoración integral realizada a los residentes. También se revisarán los fármacos considerados de baja utilidad terapéutica (UTB) que contribuyan a la polifarmacia con poco o nulo beneficio clínico del paciente. Todas estas prescripciones se modificarán consensuando los cambios con el médico de la residencia, y se pondrán en conocimiento del personal de enfermería del centro sociosanitario. Así mismo se informará al residente y/o familiar de los cambios realizados en el tratamiento farmacológico:

Indicador: Residentes con resolución de prescripciones inadecuadas: (a/b)x100

a: N° de residentes con prescripciones farmacológicas inadecuadas detectadas y resueltas

b: N° de residentes con prescripciones inadecuadas derivados y valorados por el médico Geriatra

Objetivo 2013: >80%

- Mejorar la concordancia del tratamiento farmacológico administrado a los residentes en el centro, con la prescripción en el programa informático de los CCSS

Indicador: Residentes con concordancia farmacológica (a/b)x100:

a: N° residentes con tratamiento concordante en ambos registros tras la intervención

b: N° residentes con intervención

Objetivo 2013 >50%

- Mejorar la formación sobre uso racional del medicamento del personal del centro sociosanitario, residentes y familiares .

Indicador : Sesiones de formación /información anuales

N° de sesiones formativas sobre el uso racional del medicamento/año

Objetivo 2013 = 2

- Mejora de la eficiencia en el control del consumo farmacológico en el centro sociosanitario:

Se valorará la reducción del coste farmacológico de los tratamientos consumidos en el centro sociosanitario de Torrero, tanto los dispensados por el Servicio de Farmacia del HUMS como los adquiridos a través de receta en oficina de Farmacia. Este importe se corregirá con la ocupación media de la residencia a lo largo del año.

Indicador: Disminución del coste farmacológico:

Porcentaje de disminución del Coste medio farmacológico por residente en el centro sociosanitario en el año 2013 con respecto al año 2012

(en base a dato de ocupación media anual)

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

336

**OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIO SANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)**

Objetivo 2013: reducción al menos del 10% en el consumo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación de un grupo de trabajo: Enero 2013  
Registro de prescripciones en el programa informático (Enero-Dic 2013)  
Valoración del tratamiento de los pacientes por las FACE y detección de los pacientes susceptibles de mejora (Enero-Dic 2013)  
Valoración integral de los pacientes por la geriatra y optimización de la farmacoterapia (Enero-Dic 2013)  
Monitorización del indicador: residentes con prescripciones inadecuadas resueltas . Junio y Diciembre 2013  
Monitorización del indicador: residentes con concordancia farmacológica. Trimestral 2013  
Monitorización del consumo farmacéutico. Cuatrimestral 2013  
Formación/Información sobre uso racional del medicamento al personal del centro socio sanitario, residentes y familias . Mayo y Noviembre 2013

Encuesta de satisfacción de residentes y familias. Diciembre 2013  
Evaluación global de indicadores. Diciembre 2013  
Comunicación de resultados . 2014  
Propuesta de mejora. 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

OTRA PALABRA CLAVE 2. POLIMEDICACIÓN

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

415

**MEJORA DEL METODO DE TOMA DE MUESTRA DE HEMOCULTIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MONITORIZACION MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRUZ VILLUENDAS USON
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- OMEÑACA TERES MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - PEREIRA BOAN JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - RUIZ ALIENDE SONIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
  - LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - PALACIO MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - MARCEN SERRANO ALICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - RODRIGUEZ OLIVA MIRIAM. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico de la presencia de bacterias y hongos en la sangre constituye, debido a la gravedad de los cuadros clínicos ocasionados (bacteriemia, sepsis y shock séptico), una prioridad de los Servicios de Microbiología. El diagnóstico correcto realizado por hemocultivos y el tratamiento rápido y apropiado son esenciales.

El proceso de los hemocultivos debe controlarse desde la fase preanalítica debido a lo siguiente:

- Los medios de cultivo utilizados en la actualidad presentan una elevada sensibilidad y el número de contaminaciones a partir de los microorganismos comensales de la piel es frecuente. Estas contaminaciones ocasionan errores de interpretación que desorientan al clínico y exceso de gasto tanto intralaboratorio como de tratamientos innecesarios.

-Ha sido demostrado que la inoculación del volumen adecuado de sangre es el factor que más repercusión tiene sobre las posibilidades diagnósticas.

-La aportación en el volante de petición de datos complementarios en relación a la hora de extracción, personal extractor e identificación correcta de los hemocultivos es esencial para el control de la fase preanalítica y la interpretación de los resultados.

En la actualidad en el Servicio de Microbiología se está trabajando para conseguir una importante ampliación del alcance de acreditación que incluye la sección de Hemocultivos. Según la norma ISO 15189, el laboratorio debe proporcionar instrucciones específicas para la recogida y manejo apropiados de las muestras clínicas.

Por otra parte existe una demanda reiterada de información sobre la toma de esta muestra por parte de diferentes Servicios de nuestro Hospital. Por esto hemos seleccionado como oportunidad de mejora, la actualización de la formación del personal encargado de realizar la extracción de hemocultivos y la evaluación de la mejora conseguida mediante indicadores de calidad.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Transmitir la información al mayor número de servicios posible, comenzando por aquellos que se encuentran entre nuestros mayores servicios peticionarios y/o aquellos que ya lo han demandado

-Elaboración del procedimiento de toma de muestras de hemocultivos y su difusión

-Disminuir el número de hemocultivos contaminados

-Disminuir el número de hemocultivos con volumen de sangre incorrecto

-Conseguir una identificación correcta de los hemocultivos recibidos (hemocultivos extraídos de catéter, hemocultivos extraídos de reservorio, hemocultivos extraídos de vía periférica de dos lugares de venopunción diferentes)

-Conocer la hora de extracción de los mismos

-Establecer un sistema fiable de recogida de contaminaciones intralaboratorio

-Establecer un sistema de seguimiento en relación al volumen de sangre inoculada

-Iniciar la instauración de dos indicadores de calidad de fase preanalítica referidos al procesamiento de hemocultivos.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** -Seleccionar los servicios que representen el 80% de las peticiones

-Comunicar el proyecto a las Supervisoras de cada Unidad

-Elaborar calendario de reuniones en función de la disponibilidad del Personal

-Obtención, al final del proyecto, de los resultados relativos a la monitorización de los dos indicadores seleccionados

-Información a los servicios peticionarios y evaluación conjunta de los resultados obtenidos

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR 1: Tasa de contaminación**

-Nº de hemocultivos que contienen contaminantes / Nº de hemocultivos extraídos por venopunción

-Monitorizar Estafilococo coagulasa negativo, Corynebacterium spp, Propionibacterium spp. y Bacillus spp., componentes habituales de la flora cutánea

-Valor diana <3%

- Según la bibliografía consultada, con una técnica de extracción correcta la tasa de contaminaciones no debería superar esta cifra.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

415

**MEJORA DEL METODO DE TOMA DE MUESTRA DE HEMOCULTIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL  
SERVET. MONITORIZACION MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD**

La monitorización se llevará a cabo de forma automática en el SIL de forma mensual.

INDICADOR 2: Tasa de verdaderos positivos

-Nº de hemocultivos positivos / Nº de hemocultivos recibidos

-Valore diana: 6/12% según la bibliografía consultada

La monitorización se llevará a cabo de forma automática en el SIL de forma mensual.

En la fase final del proyecto, se evaluarán estos dos indicadores, en cada una de las Unidades que intervengan en el plan de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración y calendario previsto: año

Cronograma:

Abril 2013-Mayo 2013: elaboración del procedimiento de toma de muestras de hemocultivos

Mayo 2013-Diciembre 2013: elaboración del calendario de reuniones y desarrollo de las mismas.

Mayo 2013-Mayo 2014: monitorización de indicadores

Mayo 2014: recopilación de resultados e informe a los Servicios implicados

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

326

**MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA**

2. RESPONSABLE ..... ESTHER VIÑERTA SERRANO
- Profesión ..... MATRONA
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANZ HERNANDEZ CARMEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - ISAR MALO PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - MARTINEZ CARBALLO SOFIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - SABATER ADAN BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - GALLEGO CARNICER JAVIER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - GOTOR COLAS SOFIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Mutilación Genital Femenina ( MGF ) incluye todas las prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales , religiosos , o por cualquier otra razón terapéutica (OMS).

Las sociedades occidentales actuales se caracterizan por la integración y convivencia de diferentes culturas. Fruto de los flujos migratorios, la riqueza multicultural es una de las señas de identidad de sociedades avanzadas. Por ello, la MGF es un rito ancestral que aún conservan muchas culturas africanas, significando un acto doloroso y vejatorio para las mujeres e implica consecuencias fatales para el resto de sus vidas. En España, esta práctica se considera una violación de los derechos de las mujeres y en ninguna circunstancia se puede justificar basándose en el respeto de las tradiciones culturales.

Como métodos de detección y priorización empleados contamos con la intervención desde el Sistema Sanitario Español, la prevención específica e inespecífica desarrollando acciones concretas que pueden ir desde la sensibilización hasta la formación y capacitación de los profesionales y la sociedad en general. Desde el H.U. Miguel Servet, tratamos de identificar a aquella población incluida como factores de riesgo, es decir, ser mujer y pertenecer a una etnia y/o país en los que es admitida la práctica de la MGF, o bien ser una mujer adulta con MGF practicada. La detección se realiza en los servicios de Obstetricia, en concreto en Paritorio.

La situación de partida es que se practica en 40 países aproximadamente, de los cuales 28 son de África donde se practica de forma bastante generalizada, siendo común en países de Oriente Medio, y en algunos países de Asia pertenecientes a comunidades musulmanas. En los países industrializados, se asocia a comunidades de inmigrantes pertenecientes a estos países, que se les realiza de forma clandestina por personas que residen en sus comunidades o al viajar al país de origen.

Dentro de las posibles causas que motivan su práctica, se realiza en el contexto de grupo y de la comunidad , y se justifica basándose en varios criterios o creencias como la costumbre y la tradición, el control de la sexualidad y el fundamento de la castidad, funciones reproductivas, razones de higiene, razones de estética, o motivos religiosos.

Las fuentes de información para recabar datos serán a través de la propia inspección en el momento del parto, y a través de la encuesta que se les formula para reconocer el país de origen de la población inmigrante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento, forma parte de la continuidad de un proyecto de calidad de mejora que se inició en el año 2008.

Las actividades realizadas hasta el momento han sido : ( desde la anterior convocatoria en febrero de 2011 )

- Identificación de aquellas mujeres inmigrantes incluidas como factores de riesgo ( procedencia de determinados países africanos ) y mujeres con MGF practicada.
- Recogida de datos y facilitación de la comunicación a Médicos del Mundo proporcionándoles datos sobre la fecha de parto y fecha probable de alta médica, con el fin de proporcionar tiempo para que puedan venir las Mediadoras Culturales.
- Facilitación de la información a las Mediadoras Culturales. En el momento actual contamos con 4 a las cuales se les ha proporcionado un carnet identificativo del Hospital.
- Inclusión de documentación con datos personales de la mujer, fecha de parto, sexo del recién nacido , país de origen, nº de habitación , así como folleto informativo sobre prácticas saludables, encuesta de opinión de la MGF , compromiso de Prevención de la MGF e información sobre Talleres de Promoción de la Salud y derechos humanos , y Prevención de la MGF.
- Diseño de programas de formación continuada a través de la Unidad de Formación del H.U. Miguel Servet donde se ha realizado 2 cursos de 4 horas de duración en Octubre de 2011, a través de la asociación UNAF y la Asociación Científica de Matronas de Aragón, para profesionales sanitarios, psicólogos y trabajadores sociales, a fin de que tengan los conocimientos necesarios para una adecuada intervención.
- Colaboración e nla difusión de actuaciones orientadas a la formación en las comunidades a través de los talleres realizados en la sede de Médicos del Mundo.
- Incorporación de las residentes de matrona en la formación continuada y en la difusión del programa de calidad fomentando su participación.

Los resultados de los indicadores utilizados son :

- Identificación de las mujeres procedentes de países de riesgo del 100%.
- Captación de mujeres ha sido alrededor de un 90 %.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

326

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA**

- Realización de formación continuada ha sido de 2 cursos de 4 horas de duración. En la actualidad estamos diseñando un nuevo curso de formación continuada, dirigido a profesionales matronas del H.U. Miguel Servet, Alcañiz, Atención Primaria Sector I y II, residentes de matronas, ginecología y pediatría, acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón, que se impartirá en 2 sesiones el 27 y 28 de Mayo.

- Facilitación de la documentación a las Mediadoras Culturales que acudieron al centro del 100 %.

- Colaboración en la difusión de los talleres de Médicos del Mundo del 100 %. Han asistido en el año 2011, 56 mujeres y se impartieron 7 talleres; en el 2012, 54 mujeres y se impartieron 9 talleres; y en lo que respecta al 2013, 9 mujeres y se han impartido 2 talleres.

Los recursos empleados han sido material fungible a través de trípticos y fotocopias proporcionados por Médicos del Mundo, sobres y tarjetas identificativas para las Mediadoras Culturales por el H.U. Miguel Servet, así como línea telefónica desde el servicio de Parto hasta la sede de Médicos del Mundo. También material didáctico proporcionado por UNAF, y finalmente, recursos humanos que somos las 8 matronas que colaboramos en el proyecto, las 4 mediadoras culturales y el contacto en la sede de Médicos del Mundo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificación de mujeres que dan a luz en el H.U. Miguel Servet a las que se les ha practicado alguna MGF en su infancia y/o pertenecen a algún país de riesgo.

- Sensibilizar al colectivo masculino del núcleo familiar para que no se produzca dicha práctica en su entorno.

- 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 esto para el abordaje de la MGF.

- Informar, formar y sensibilizar por medio de sesiones al personal sanitario del Servicio Parto del H.U. Miguel Servet.

- Sensibilizar a las residentes de matrona, ginecología y pediatría sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Identificación y registro a través del libro de partos o a través de registro informático de aquellas mujeres con algún país de riesgo o con alguna MGF. Se encargarán las matronas colaboradoras del proyecto.

- Comunicar a Médicos del Mundo de los datos registrados y del ingreso de alguna mujer de riesgo. Se encargarán las matronas colaboradoras del proyecto.

- Preparar material informativo para proporcionar a las Mediadoras Culturales y éstas a su vez a las pacientes ingresadas. Se encargarán las matronas colaboradoras del proyecto.

- Facilitar las tarjetas identificativas a las Mediadoras. Se encargará la supervisora de parto.

- Organizar o cooperar en la realización de cursos de formación continuada para personal sanitario. Se encargará matrona responsable del proyecto.

- Colaborar en la difusión de talleres formativos a la comunidad junto con Médicos del Mundo. Se encargarán las matronas colaboradoras del proyecto.

- Realizar algún tipo de comunicación o póster divulgativo para participar en alguna Jornada científica o Congreso. Se encargarán las matronas colaboradoras del proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de mujeres identificadas pertenecientes a algún país de riesgo y/o con alguna MGF practicada.

- Nº de mujeres captadas.

- Nº de mujeres que asisten a los talleres impartidos por Médicos del Mundo.

- Nº de talleres realizados por Médicos del Mundo.

- Nº de cursos de formación continuada realizados para personal sanitario.

- Nº de asistentes a los cursos de formación continuada.

- Nº de casos nuevos detectados de MGF practicadas.

La forma de monitorizar los indicadores seleccionados será:

- Registro en el cuaderno de registro del proyecto de calidad sobre las mujeres identificadas y captadas, clasificadas por meses, país de procedencia...

- Registro en Médicos del Mundo de mujeres que asisten a los talleres, así como los talleres que realizan y si se ha detectado algún caso nuevo.

- Registro de cursos de Formación Continuada en el H.U. Miguel Servet, a través de la Unidad de Formación del centro, así como la participación de profesionales sanitarios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Como es una continuidad del proyecto actual, no existe fecha de inicio porque se está realizando en la actualidad. Lo mismo ocurre con la finalización.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

326

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

028

**MINIMIZACION DE RESIDUOS EN UNA UNIDAD DE HEMODIALISIS. PROYECTO INTERNO DE MEJORA****2. RESPONSABLE** ..... MERCEDES GARCIA MENA

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... H SAN JUAN DE DIOS
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- . SANCHO ALCAZAR MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. NEFROLOGIA
- . VILLAJOS LUJAN LUISA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. NEFROLOGIA
- . REDRADO FUERTES JOSE FERNANDO. PERSONAL DE MANTENIMIENTO. H SAN JUAN DE DIOS. NEFROLOGIA
- . PEREZ SANS JAVIER. TECNICO DE CALIDAD. H SAN JUAN DE DIOS. CALIDAD
- . ALCALA DOMINGO MARIA CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JUAN DE DIOS. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad los residuos sanitarios peligrosos de Hemodiálisis se recogen cubos negros de 60 lts de capacidad generando un número determinado de residuos Sanitarios del Grupo III, .

Revisada la Ley de Residuos Sanitarios de Aragón (29/1995 de 21 de febrero del Gobierno de Aragón) en la que se dispone que pueden considerarse Residuos Urbanos (GrupoII) algunos de los elementos que estamos incluyendo en el grupo III y siguiendo el sentir de la Ley de Minimizar residuos peligrosos, se plantea en la Unidad realizar un Plan de Mejora para una mejor segregación para reducir los kilos de Residuos peligrosos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Partimos de estudio realizado con el que se valoran los residuos en casi 5000 cubos negros de 60 litros de capacidad.

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Mejorar la segregación (clasificación )

- Reducir un 20% el numero de cubos generados
- Reducir un 50% el Kg de residuos
- Reducir el coste de eliminación de estos residuos
- Disminuir el impacto ambiental en la Comunidad

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Separar los cartuchos de bicarbonato, solicitando valoración a la DGA

- Separar las bolsas de suero
- Separar vasos y elementos domesticos que se generan en la Unidad
- Separar elementos de papelería y otros que podrían ser eliminados en bolsa color verde.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Numero de Cubos y porcentaje de reducción

- Numero de Kilos y porcentaje de reducción
- Impacto económico de este apartado

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** En el primer trimestre del año 2013, se realiza estudio de partida y propuesta de Mejora.

- En el segundo y tercero trimestre puesta en marcha del nuevo sistema de segregacion de residuos
- En cuarto recogida de datos y resultados, realizando análisis y conclusiones.

11. OBSERVACIONES. Es un proyecto compartido por los distintos profesionales de la Unidad de Hemodiálisis con participación activa de todos ellos. Con la colaboración del Departamento de Calidad y apoyada por la Dirección del Centro.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

030

**MEJORA EN LA RESOLUCION DE NECESIDADES PARA GARANTIZAR UNA ADECUADA ATENCION EN DOMICILIO DESDE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL SISAS RUBIO  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... H SAN JUAN DE DIOS  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CUIDADOS PALIATIVOS  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GONZALEZ PEREZ EMILIO. MEDICO/A. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS  
· CORDOBA MARIN MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS  
· SODETO TORREALBA CARLA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS  
· URBANO GONZALEZ LOURDES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS  
· IBAÑEZ CALVO EMILIANO. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS  
· FERNANDEZ BELLOCQ ALEJANDRA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestra experiencia en la Unidad de Cuidados Paliativos, se ha detectado la dificultad que presentan algunos pacientes (con voluntad de ser atendidos en domicilio) para garantizar los cuidados por parte de familia y cuidadores con el apoyo de los Equipos de Atención Domiciliaria. Esto nos impide cumplir con sus expectativas de ser atendidos en su entorno hasta su fallecimiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se realiza valoración previa de la situación en el último año. Determinamos pacientes que se han ido a casa siguiendo sus deseos y valoramos un porcentaje de pacientes que no han podido cumplirlos por diversas causas. Hemos detectado necesidades físicas, psíquicas y sociales no cubiertas o de alta complejidad, que impiden ser trasladados para su atención en domicilio, aún contando con los ESAD.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar las necesidades más frecuentes que causan la negativa de las familias a la atención en domicilio  
Determinar Necesidades de alta complejidad que dificultan la atención en domicilio, contemplando curas complejas, situaciones sociales difíciles, claudicación cuidador, miedo a asumir la muerte en domicilio ....

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se diseña parrilla de recogida de datos para determinar Necesidades no cubiertas  
Se estructuran los campos en Físicas, Psíquicas, Sociales  
A la vista de los resultados se desarrollará el Proyecto de Mejora, plasmando acciones concretas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes que quieren fallecer en domicilio  
Numero de pacientes que consiguen cumplir sus expectativas  
Numero de pacientes que no pueden cumplir sus expectativas por causas ajenas a ellos.  
Numero de casos clasificados por causas  
- Psíquicas  
- Sociales  
- Físicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En el primer trimestre del año 2013, se realiza estudio de partida y propuesta de Mejora.  
En el segundo desarrollo parrilla de recogida de datos (diseño)  
Tercero recogida de datos  
Cuarto trimestre, análisis de los resultados y puesta en marcha de un Plan de acciones de mejora

11. OBSERVACIONES. Es un proyecto compartido por los distintos profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios y domiciliarios (ESAD) con participación activa de todos ellos. Apoyada por la Dirección del Centro.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. .
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Terminales

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

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