

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 130 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	IGLESIA ARA SARA	438	EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II, IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD. ACTUALIZACION 2014
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PEMAN MUÑOZ TERESA	175	DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA NEUROPATICA Y VASCULAR EN EL PIE DIABETICO
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	329	VALORACION INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA. PROYECTO 2014 VALORACION SOCIAL
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GRACIA PELIGERO MARIA TERESA	103	MEJORA DEL CONTROL DEL CONSUMO DE TIRAS DE GLUCEMIA Y AGUJAS DE INSULINA A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA DEL CS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	SARSA GOMEZ ANA MARIA	271	RETOMEMOS CONTROL DE LA OBESIDAD
Z2	AP	CS REBOLERIA	ESCOLANO COLAS PILAR	160	CORRECCION DE DIRECCIONES Y TELEFONOS DE BDU (ANTE LA INCORPORACION DEL CALLEJERO DE ZARAGOZA DEL AYUNTAMIENTO A BDU) EN LOS CUPOS DE PEDIATRIA DEL CS REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	381	AUMENTO DE LA CALIDAD DE REGISTRO Y ATENCION A PACIENTES EN LAS RESIDENCIAS DE NUESTRA ZONA DE SALUD
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ISANTA POMAR CARLOS	80	AMINORACION DE LOS CAMBIOS VOLUNTARIOS INTRACENTRO DE PACIENTES
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	397	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	OLIVAN OTAL MARIA PILAR	252	GRUPO DE MEJORA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA DE LOS SECTORES DE ZARAGOZA 1 Y 2
Z2	AP	CS SAN PABLO	ESCARTIN LASIERRA PATRICIA	284	GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	LASARTE VELILLAS JUAN JOSE	387	CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE	105	CONSULTA TELEFONICA PARA USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ABRIL ZAERA PILAR	159	DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA FACILITADORA EN EL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	MORO LARA JAVIER	170	DISEÑO E IMPLANTACION DE UNA BASE DE DATOS DE GESTORIAS DE USUARIOS EN EL AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADEA MARIA BELEN	342	ACTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE "FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA" DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	USB SAN JOSE NORTE	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	112	SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AT AMB	CME RAMON Y CAJAL	APARICIO CLAVERIA MARIA ASUNCION	426	LOS PROFESIONALES DEL SALUD PROTAGONISTAS DE LA COOPERACION INTERNACIONAL: SENSIBILIZACION A TRAVES DE UN GRUPO MULTIDISCIPLIAR Y MULTICENTRICO
Z2	AT AMB AT AMB	CME RAMON Y CAJAL	VILLAR ARNAL MARIA TERESA	150	CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE TEST DE ALIENTO (CARTA)
Z2	AT AMB	CME SAN JOSE	BONED JIMENO CARMEN	404	ADiestRAMIENTO EN UTILIZACIÓN DE INHALADORES EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DE UN CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA	CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS	91	MEJORA DEL PRONOSTICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON SINDROME CORONARIO AGUDO MEDIANTE LA DETECCION DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA	PEREZ GIMENEZ LAURA	72	OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA: OPTIMIZACION DE UN RECURSO
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA	YAGÜE VALLEJO SANDRA	335	VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS TEORICOS Y LA TECNICA DE UTILIZACION DE INHALADORES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	359	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO. POTENCIANDO EL SISTEMA DE DISPENSACION INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ALCONCHEL MONTORIO MARIA DOLORES	178	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN ATENCION PRIMARIA EN CENTRO DE SALUD ALMOZARA SECTOR II ZARAGOZA, EN COLABORACION CON SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE	419	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ALVAREZ ALONSO BEATRIZ	330	MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ALVAREZ BALLANO DIEGO	54	MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN POBLACION GESTANTE DE LOS SECTORES I Y II ESTABLECIENDO RANGOS DE REFERENCIA DE HORMONAS TIROIDEAS ESPECIFICOS EN NUESTRA POBLACION Y LABORATORIO, ELABORANDO UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ANDRES REDONDO MARIA	470	PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LA UNIDAD DE TERAPIA SUPERFICIAL

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 130 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
			MERCEDES		PANTAK THERAPAX SXT 150 CONFORME A LOS REQUISITOS DE LA NORMA UNE-EN ISO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ANGULO ESPINOSA SAGRARIO	31	ELABORACION DE FICHAS. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA ENFERMERIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA PROGRAMADA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ASCASO MARTORELL CONCEPCION	201	PROYECTO DE MEJORA EN LA REALIZACION DE VENDAJES E INMOVILIZACIONES DE PATOLOGIA TRAUMATOLOGICA EN URGENCIAS : IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE UN MANUAL DE ELABORACION PROPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	AURED GUALLAR MARIA DEL CARMEN	489	PROTOCOLO DE INDICACIONES DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA Y TRANSESOFAGICA EN EL H.U. MIGUEL SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE Y DE FUNCIONAMIENTO DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BAQUEDANO MAINAR LAURA	32	OPTIMIZACION DE LAS DENSITOMETRIAS OSEAS EN LA ATENCION A LA MENOPAUSIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BORQUE FERNANDO ANGEL	293	MODELO ESCALONADO DE CAPACITACION EN LA PRACTICA LAPAROSCOPICA DE LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD (PIURISECTORIAL)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BOSQUE GRACIA CARMEN	457	PROGRAMA DE EDUCACION EN HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A ESCOLARES DE 1º A 4º DE EDUCACION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CALVO PEREZ PILAR	261	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE REACCION ALERGICA GRAVE DURANTE LA ANGIOGRAFIA FLUORESCINICA EN CONSULTAS EXTERNAS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CAMPOS CALLEJA CARMEN	493	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN ANALGESIA Y SEDACION EN PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS PEDIATRICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CARBONEL BUENO IGNACIO	73	GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UICSD)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CARELA ESPIN JOAQUIN	193	ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE DOCUMENTO DE INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO URODINÁMICO (EUD)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR	270	AVANZANDO EN LA OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	466	MEJORA DEL PROCESO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA. MANEJO DE LA ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN PERIOPERATORIA EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CASTAN MATEO SERGIO	304	ACTUALIZACION Y ADECUACION DEL MANEJO DE LAS FASES DEL PARTO CONTEMPORANEO: ERRADICAR VIEJAS IDEAS Y APLICAR NUEVOS CONCEPTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	124	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA. AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE CRIBADO NEONATAL (TSH, 17-OH PROGESTERONA Y TRIPSINA INMUNORREACTIVA) E INMUNOQUIMICA (17BETA-ESTRADIOL, CORTISOL, HOMOCISTEINA, BETA-HCG TOTAL)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS	436	MANEJO PERIOPERATORIO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS SOMETIDOS A IMPLANTES DE MARCAPASOS O DESFIBRILADORES: ¿DEBERIAMOS MODIFICAR LA ESTATEGIA TERAPEUTICA CLASICA?
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	68	COORDINACION PARA MEJORA DE LA EFECTIVIDAD EN MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD EN PACIENTES CON ICTUS Y DEPENDENCIA TOTAL. PROYECTO "HOMESTROKE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO	316	PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES CON CANCER DE MAMA Y HORMONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CONDE GARCIA REBECA	423	REFUERZO DE LA FORMACION SOBRE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS CON UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN ISO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	COTAINA GRACIA LAURA	99	INCLUSION DE TABLAS PROPIAS DE PESO FETAL EN EL PROGRAMA INFORMATICO ECOGRAFICO DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO	14	CREACION DE UN REGISTRO COMUN DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA CON EL SERVICIO DE PRUEBAS FUNCIONALES Y DE UN BUZON COMPARTIDO CON EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE LA TORRE ARRIETA ISABEL	427	ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL EXPLICATIVO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS (CONTINUACIÓN)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO	453	CONSULTA DE ENFERMERIA TRAS EL ALTA AL LESIONADO MEDULAR.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE PABLO CILLERO FRANCISCO	383	PREVENCION DE LA APARICION DE POTENCIALES COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA VMNI EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	332	FORMACION PARA ENFERMERAS DE LA INFLUENCIA DE LA MICROBIOTA Y LA PREVENCION DE LA CONTAMINACION CRUZADA SOBRE LA CALIDAD INTESTINAL DEL PACIENTE CELIACO ADULTO Y MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS DEL COACHING NUTRICIONAL EN ESTOS PACIENTES

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 130 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	106	CERTIFICACION ISO 9001 DEL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	EGIDO LIZAN PILAR	417	ADECUACIÓN DE LA RECOGIDA Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EXTRAÍDAS EN QUIRÓFANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERRER CERON ISABEL	257	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LAS SECCIONES DE HONGOS-EPIDEMIOLOGIA Y ANTIBIOTICOS (SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GALLEGO CARNICER JAVIER	320	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE COMUNICACION BIDIRECCIONAL PROFESIONAL ENTRE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SECTOR 2 EN EL AREA DE ASISTENCIA OBSTETRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GALLEGO LIGORIT LUCIA	379	ACONDICIONAMIENTO ISQUEMICO INTRAOPERATORIO DEL SEVOFLURANO EN CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GARCIA ROMERO RUTH	324	PRESCRIPCIÓN DE PROBIÓTICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIL BONA JESUS	40	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO "FASTRACK" EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CISTECTOMIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIMENO BALLESTER VICENTE	173	IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIMENO GONZALEZ MARINA	348	EVALUACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA PACIENTES EN UNA UNIDAD DE REHABILITACION CARDIACA. IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y EL ESTADO DE SALUD.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	460	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN MODELO DE CHECKLIST SOBRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS DE PEDIATRIA PARA UTILIZAR EN EL CAMBIO DE GUARDIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO	462	IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLÓGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	IDOIPE TOMAS ANGELA	125	ENSAYOS CLINICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET: MEJORA DE SU PREPARACION Y EVALUACION DE SU APORTACION EN TERMINOS ECONOMICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JOSE GUTIERREZ YASMINA	264	ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO BASADO EN "FAST-TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER	59	ESTANDARIZACION DE LOS MOTIVOS DE CANCELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LATORRE IZQUIERDO ANA MARIA	458	PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ESCOLARES DE 5º Y 6º DE EDUCACION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAVIÑA CASTAN ANA BELEN	2	DEPRESION POSTPARTO: PROTOCOLO IDENTIFICACION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO BASADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL DEL SNS. DERIVACIÓN PRECOZ A SALUD MENTAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LERMA PUERTAS DIEGO	134	CREACIÓN DEL COMITÉ PERINATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	254	MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION FENOTIPICA Y GENOTIPICA DE CARBAPENEMASAS EN PSEUDOMONAS SPP. Y ENTEROBACTERIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LOPEZ CAMPOS MONICA	340	INFORMATIZACIÓN DE LA SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LOPEZ RAMON MARTA	276	MEJORA EN EL PROCESO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES DE LOS CATETERISMOS CARDIACOS PEDIATRICOS MEDIANTE LA ELABORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ	233	ELABORACION DE TRIPTICO SOBRE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO INDIVIDUAL DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTA MORENO JAVIER	27	ACREDITACION EN ISO 9001:2008 DE SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD (SGC) DE LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTIN SACO GLORIA	449	MEJORA EN LA INFORMACION MICROBIOLÓGICA A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA II (AMPLIACION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	219	IMPLANTACION DE CONSULTA INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ DELGADO FERNANDO	478	IMPLANTACIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA SIN INGRESO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA	473	GESTIONAR LA DEMANDA MICROBIOLÓGICA EN INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MÓNFORTE CIRAC MARIA LUISA	452	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LAS SECCION DE MICOBACTERIAS (SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET)

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 130 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MONREAL HIJAR ANTONIO	69	IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2008 EN LA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MONTOYA MARTINEZ MARIA JESUS	5	LIBRO DE COCINA ARAGONESA PARA PERSONAS CON DIABETES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MORATA CRESPO ANA BELEN	238	ATENCION REHABILITADORA DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO CARDIACO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MORENO VERNIS MIGUEL	375	DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	190	SEGUIMOS AVANZANDO EN EL USO RACIONAL, SEGURO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	OMEÑACA TERES MANUEL	465	APROXIMACION A UN SISTEMA NORMALIZADO DE LOS COSTES UNITARIOS POR ESTUDIO EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	25	GESTION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PAMPLONA NERI MARIA DOLORES	236	ATENCION URGENTE A PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) Y POSTERIOR CANALIZACION A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS (UEAS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEREZ OLIVAN SUSANA	222	ABORDAJE PROTOCOLIZADO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN OCULAR DETECTADA EN ATENCIÓN URGENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEREZ ROCHE MARIA TERESA	488	MEJORA DE LA ATENCIÓN AL RECHAZO DE TRASPLANTE DE CórNEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEREZ SALILLAS MARIA	55	GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PINILLA BOROBIJA JUAN	221	AMPLIACION Y DIFUSION DEL USO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN PROCEDIMIENTOS COMUNES EN OFTALMOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PORTOLES OCAMPO ANA	487	PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (ECG) EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	POVAR MARCO JAVIER	200	ADECUACION DE CONSULTAS DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS DESDE ATENCION PRIMARIA A URGENCIAS HOSPITALARIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PRIETO CALVO ESTHER	356	ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CONJUNTIVITIS DEL RECIÉN NACIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PUEYO ROYO VICTORIA	346	ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE REFRACCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	QUESADA GIMENO NATIVIDAD	21	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA PREOPERATORIA EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES ASA I
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RAMOS MORENO GONZALO	118	PROTOCOLO PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA , REANIMACION Y TERAPEUTICA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	197	AVANZANDO EN LA MEJORA CONTINUA ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA, TRAS 4 AÑOS CERTIFICADOS SEGUN LA NORMA ISO 9001:2008
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RELLO VARAS LUIS	199	GESTION DE LA DEMANDA DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO MEDIANTE INFORMACION A TIEMPO REAL DEL COSTE DE LAS DETERMINACIONES ANALITICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RE MARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA	357	EDICIÓN DE UN MANUAL DE CONSULTA SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE USO HABITUAL EN PERIPARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	REVILLA LOPEZ MARIA CONCEPCION	146	IMPULSO Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO, LA FORMACION, DIVULGACION E IMPLICACION DEL SERVICIO EN LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE COCINA DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RE VILLO PINILLA MARIA JOSE	420	MICROBIOLOGIA INFORMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RINCON GAYAN LUIS	360	CONTROL Y GARANTÍA DE CALIDAD EN EXPLORACIONES DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROC ALFARO MARIA LOURDES	418	PROTOCOLO PARA LA RACIONALIZACIÓN DE PETICIONES DE SEROLOGÍA EN POBLACIÓN GESTANTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROCHE ALBERO ADRIAN	461	OPTIMIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION PARA INTERVENCION DE PROTESIS DE RODILLA PRIMARIA Y CONTROL DE INDICADORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGO CONDE CESAR	29	CREAR BASE DE DATOS INFORMATIZADA DE LAS PRINCIPALES TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HUMS DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ LAZARO LAURA	289	ESTANDARIZACION DE LOS EVENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS FETALES INTRAPARTO Y SIMPLIFICACION DE LA INTERPRETACION DE LOS TRAZADOS SUGESTIVOS DE ACIDOSIS FETAL PARA UNA MEJORA DE LOS RESULTADOS PERINATALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	365	PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO EN OCCÍPITO POSTERIOR. ROTACIÓN MANUAL.

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 130 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROS ARNAL IGNACIO	327	MEJORA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROS TEJEL LUISA	401	MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS EN EL SERVICIO DE DIETÉTICA INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUEDA GORMEDINO PILAR	347	PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON DISFONÍA EN LA CONSULTA DE FONIATRÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	472	MEJORA EN EL PROCESO DE OBTENCIÓN DE MUESTRAS EN ÚLCERAS DE PACIENTES DE CIRUGÍA VASCULAR, PARA UN CORRECTO PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SAEZ COMET LUIS	237	PROGRAMA DE ALTAS DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (UEAS) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SALVADOR OSUNA CARLOS	16	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 ANDRES ARMANDO	42	OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE REGISTRO PERIANESTESICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHEZ INSA ESTHER	279	PROGRAMA DE INFORMACION ACERCA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PARA PACIENTES Y FAMILIARES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHEZ PEREZ ANTONIO	305	PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN QUERATITIS BACTERIANAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	70	PROGRAMA PARA LA ATENCION RAPIDA DEL PACIENTE CON DOLOR ONCOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHEZ-RUBIO LEZCANO JUAN	255	REALIZACION DE MEDICION AMBULATORIA DE PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA COMO FORMA DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SAVIRON CORNUDELLA RICARDO	6	REALIZACION DE LAS TABLAS DE PESOS FETALES Y NEONATALES EN LA POBLACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	3	CUMPLIMENTACION TERAPEUTICA DEL PACIENTE CON DOLOR QUE ACUDE A CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA-REHABILITACION DE COLUMNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	TRINCADO AZNAR PABLO	456	ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	TRIVEZ BONED MIGUEL ANGEL	468	TERAPIA HORMONAL INTERMITENTE EN EL CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VALLÉS TORRES JORGE	60	DETECCION PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VICENTE GOMEZ ISABEL	303	" IDENTIFICACION DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA HEREDOFAMILIAR DESDE LA CONSULTA DE PROCESO DE MAMA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VILLAR TURON RAQUEL	115	FORMACION A PACIENTES Y CUIDADORES SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON ICTUS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VILLUENDAS USON MARIA CRUZ	496	MEJORA DEL METODO DE TOMA DE MUESTRA DE HEMOCULTIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MONITORIZACION MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VIÑERTA SERRANO ESTHER	267	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	OTROS	UNIDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES-Z2	CAMPO SANZ MATILDE	376	IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA HISTORIA MEDICO-LABORAL INFORMATIZADA DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO II

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

438

**EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II, IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD. ACTUALIZACION 2014**

2. RESPONSABLE ..... SARA IGLESIA ARA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS LA ALMOZARA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BLASCO BORQUE ISIDRA MARIBEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· PUEYO SALAVERA CLARA MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· LOZANO ROYO SANDRA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· ISLA COBETA JORGE. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· BLANCO TORRECILLA CRISTIAN. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· DIAMANTI MARIA. 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

Durante el año 2014 hemos comenzado a seleccionar a los pacientes en grupos homogéneos, para impartir talleres, pero la demanda ha superado la capacidad física y estructural de nuestro centro de salud para realizar talleres, solo hemos podido impartir 8 talleres e invitar a 23 y 24 pacientes según los grupos de edad, siendo muy bien aceptada entre los pacientes y solicitada entre muchos de los que no han podido asistir.

En Diciembre de este año se inaugura el nuevo centro de salud donde dispondremos de salas apropiadas para extender la actividad al resto de pacientes por lo que solicitamos nos sea concedido como proyecto de mejora de la calidad para desarrollar durante este año.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se captaron al azar 54 pacientes de nuestro centro de salud, diagnosticados de DM tipo II, no dependientes, menores de 80 años, 23 entre 65-80 años y 24 menores de 65 para asistir a 8 talleres de alimentación, de riesgo cardiovascular, seguridad clínico-farmacológica, realizándoles encuesta previa con 10 preguntas de conocimientos sobre su enfermedad y hábitos, y otra posterior con 6 preguntas. La encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad, fue valorada como mucho, poco o nada, y el resto de las preguntas con sí o no.

Pacientes > 65 años,

Encuesta previa:

-4 Conocen mucho su enfermedad (17%), 16 Poco (69%) y 3 Nada (13%).

-Hábito tabáquico: 2 fuman (8,6%) y 21 no (91,3%).

-Actividad física: 18 realizan (78%), 5 no (22%).

-Alimentación adecuada: 13 correcta (56,5%), 9 incorrecta (39,5%) y 1 no responde (4%).

Encuesta posterior:

-Mejoraron conocimiento de la enfermedad: 22 (95,6%) y 1 no (4,4%).

-Cambiar hábitos: 20 contestaron afirmativamente (86,9%) y 3 negativamente (13,1%).

-Satisfechos 22 (95%), 1 insatisfecho.

Pacientes < 65 años

Encuesta previa:

-7 Conocen mucho (29,1%) y 17 poco (70,9%).

-Hábito tabáquico: 6 fuman (25%), 18 no (75%).

-Ejercicio físico: 13(54,17%) realizan, 10 (41,67%) no y 1(4,16%) no responde.

-Alimentación adecuada: 14(58,33%) contesta sí, 7(29,17%) no y 3 (12,5%) no contestan.

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.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

438

**EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II, IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD. ACTUALIZACION 2014**

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- Encuesta de conocimientos previos y adquiridos

7- Encuesta 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. E F M A M J J A S O N D

anamnesis, exploración física y control analítico x x x x x x x x x x x

Evaluación de resultados x

Monitorización peso x x x

Realizar talleres específicos x x x x x x x x x x x

Registro asistencia x

Encuesta de conocimientos previos y adquiridos x

Encuesta de satisfacción x

x

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. implicación

OTRA PALABRA CLAVE 2. talleres

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 |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

175

**DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA NEUROPATICA Y VASCULAR EN EL PIE DIABETICO****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.**

- UTA CLAUDIA ELENA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- SIMON LOBERA ANA BELEN. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- DIAMANTI MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- SOBREVIELA CELMA NIEVES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- URIOL GOSS VIBIANA. MEDICO/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.** Durante el año 2013 en nuestro Centro de Salud se ha desarrollado el proyecto de calidad : "Eps en pacientes diabéticos, implicando al paciente en el conocimiento y seguimiento de su enfermedad". En el curso del proyecto hemos detectado que en un 82% de pacientes no consta en OMI, la exploración sensitiva y vascular del pie diabético.

La escasa existencia de una adecuada prevención sanitaria retrasa la evaluación y tratamiento de este tipo de pacientes y favorece el desarrollo de complicaciones.

Reunido el equipo de mejora , priorizamos la detección, en cada paciente diabético, de patología neuropática e isquémica en el pie.

La Diabetes Mellitus (DM) es una patología de alta prevalencia en el ámbito de Atención Primaria (AP) , tanto por la importante comorbilidad en pacientes de larga evolución, como por el consumo de recursos ,económicos y sanitarios, por lo que supone un reto tanto para el propio paciente ,como para el sistema sanitario.

Alrededor del 10% de los pacientes con diabetes evolucionará con una úlcera en la pierna o en el pie durante el curso de su vida. Se ha establecido que el 3-4% de los pacientes con diabetes consumen el 12-15% de todos los recursos sanitarios disponibles.

En diversos estudios de costes realizados en Europa (Reino Unido y Holanda), se muestra que los costes relacionados con la cicatrización de las úlceras de miembros inferiores se situaba en 15.000 euros/paciente. Esta cifra se incrementa hasta los 45.000-63.000 euros cuando se realiza una amputación a nivel de los dedos o supracondílea, respectivamente.

La intervención del Equipo de Atención Primaria ( EAP), es fundamental en la educación sanitaria de los pacientes y los centros de Atención Primaria son el lugar idóneo para realizar formación en nuestros pacientes ,mejorando el conocimiento de su enfermedad y 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. Captar a los pacientes con DM.

2. Formar un equipo multidisciplinario de AP, para realizar la exploración del pie diabético.
3. Motivar al EAP en la exploración del pie diabético.
4. Revisar anualmente el pie de los pacientes diabéticos.
5. Realizar talleres grupales de pacientes con DM.
6. Identificar a los pacientes con riesgo de aparición de Enfermedad Isquémica Arterial Periférica ( EIAP) ,fumadores, con alteración sensitiva, riesgo vascular elevado e historia de claudicación intermitente.
7. Derivar a atención especializada a los pacientes con Índice Tobillo Brazo ( ITB ) positivo y/o importante claudicación intermitente.
8. Conocer la relación del tabaquismo y el pie diabético.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1.- Diseñar una hoja de Excell para registrar a todos los pacientes diabéticos y posterior inclusión en el programa 306 (T90) del OMI.

2.- Constituir un equipo de AP establecido por médicos y enfermeras, para formación y motivación del EAP.

3- Revisar estructuradamente las EEII de los pacientes ,donde se valoren ITB ,pulsos periféricos , sensibilidad, cambios de coloración de la piel, cambios de temperatura y alteraciones en el crecimiento del pelo y uñas, en consultas programadas de medicina de familia y enfermería.

4- Priorizar la atención a pacientes con mayor riesgo vascular y /o fumadores, siendo valorados con más frecuencia en nuestras consultas.

5-Elaborar talleres de Eps aportando información escrita a los pacientes con DM sobre la pérdida de la sensibilidad y su vigilancia a través de palpación e inspección visual.

6- Impartir un taller específico a nuestros pacientes, de forma trimestral.

7- Derivación a medicina especializada, si se sospecha de enfermedad arterial periférica isquémica.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. N° de pacientes con DM evaluados/ N° de pacientes con DM incluidos en el programa.

2. N° de talleres impartidos de EPS/ N° de talleres propuestos.

3. N° de pacientes con DM asistentes a talleres / N° de pacientes con DM evaluados.

4. N° de pacientes con ITB patológico/ N° de pacientes incluidos en el programa.

5. N° de años de tabaquismo / n° de pacientes con ITB patológico.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

175

**DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA NEUROPATICA Y VASCULAR EN EL PIE DIABETICO**

6. N° médicos que acuden a sesiones de formación/N° total de médicos.  
 7. N° enfermeras que acuden a sesiones de formación/N° total de enfermeras.  
 8. N° total de pacientes derivados a especialista/N° total de pacientes con ITB patológico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. m	j	j	a	s	o	n	d	e	f
Diseño Excel		x							
Informar el equipo	x								
Captar pacientes	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Formación equipo	x							x	
Formación pacientes				x					x
Revisión enfermería y médico	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Evaluación									x

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. PIE DIABETICO

OTRA PALABRA CLAVE 2. INDICE TOBILLO BRAZO (ITB)

**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

329

**VALORACION INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA. PROYECTO 2014 VALORACION SOCIAL****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.**

- ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ LOPEZ MERCEDES. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- PUJOL PEIRO MARIA DOLORS. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ SORBES CRISTINA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- LOZANO ROYO SANDRA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ. EIR. 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.

Durante el año 2013 hemos estado desarrollando este proyecto, donde hemos stratificado y evaluado al PCC y y en el apartado siguiente exponemos nuestros resultados pero la complejidad del tema así como la presión asistencial, entre otras circunstancias, nos han dificultado profundizar en las carencias sociales de estos pacientes que además son las que definen su complejidad y abordar la participación activa del cuidador principal así como su formación.

Por todo ello solicitamos la continuidad de este proyecto incluyendo un nuevo objetivo, a los ya definidos y sus indicadores.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - 520 Pacientes crónicos fueron captados al azar,siendo estratificados aplicando los criterios anteriormente descritos con los siguientes resultados:

- PCC 4 criterios de FyRDF: 25(4.8%dePCC); PCC 3 criterios de FyRDF : 88(16.9%dePCC);
- PCC 4 criterios, >3 ingresos en el último año:3(12%); PCC 3 criteriosFyRDF, >3 ingresos en el último año: 3(3.4%);
- PCC 4 criteriosFyRDF, >5 visitas a urgencias en último año: 2(8%); PCC 3 criteriosFyRDF, >5 visitas a urgencias en el último año:1(1.1%);

- Días/año de valoración en enfermería: 2114, media de 18.7 días/PCC/ año, 1 consulta /19.5 días;
- Días/año de valoración médica: 4259, media de 37.6 días/PCC/año, 1 consulta/9.7 días.

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. Conocer la situación social del PCC: red de apoyos, recursos sociales, identificación de cuidador principal

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

329

## 1. TÍTULO

**VALORACION INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA. PROYECTO 2014 VALORACION SOCIAL**

- 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
- 9.- Derivar todos los PCC a la trabajadora social para su valoración
- 10.-Reuniones mensuales con la Trabajadora Social, para definir las alternativas a las carencias detectadas

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

- 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 >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
- 8. Nº Pacientes PCC con valoración social/Nº PCC
- 9. Nº Pacientes PCC con cuidador principal identificado/Nº PCC con valoración social
- 10.Nº Pacientes con inadecuada situación social/NºPCC con valoración social
- 11.Nº Reuniones con Trabajador social/ Nª Reuniones previstas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
1.- Diseñar tabla EXCEL			x									
2.-Valoración farmacológica		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
3.- Desarrollar 4 talleres					x					x		
EpS en PCC												
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	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									
10.-Valoración social			x		x	x	x		x	x	x	x

- 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. Polimedicados

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. valoracion social

OTRA PALABRA CLAVE 2. complejidad

## 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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

103

**MEJORA DEL CONTROL DEL CONSUMO DE TIRAS DE GLUCEMIA Y AGUJAS DE INSULINA A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA DEL CS FUENTES NORTE****2. RESPONSABLE** ..... MARIA TERESA GRACIA PELIGERO

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

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

- MARTINEZ MENJON CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.
- PEREZ IRACHE INES. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.
- MARTES LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.
- PUERTO TEMPRADO DOLORES. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.
- TOBAJAS SEÑOR EVA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.
- MORENO FRAILE RAQUEL. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE.
- ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es conocida la importancia y trascendencia del control glucémico individualizado en los pacientes diabéticos, mediante la técnica de glucemia capilar. Gracias a estas mediciones, tanto el profesional como el propio paciente es capaz de prevenir descompensaciones agudas graves, conocer respuestas glucémicas individuales ante la ingesta, actividad física, stress, etc.

Actualmente en nuestro centro se entrega y registra el consumo de tiras y agujas de inyección de insulina en consulta de enfermería, cumpliendo el cuadro de frecuencia de autoanálisis proporcionado por la Dirección y consensuado con los endocrinos del Sector. Por otra parte, los últimos estudios hablan de la no reutilización de las mismas ya que está demostrado que repercute en un mejor control de estos pacientes.

Y, además, consideramos que el actual registro de OMI es incompleto ya que no permite el seguimiento en el tiempo de la entrega de tiras y agujas a estos pacientes de manera sencilla.

Por ello, proponemos la implementación en nuestro C.S. de una herramienta informática de control de este material y que también nos permita introducir más información trascendente en estos pacientes como el tratamiento antidiabético, comentarios de interés, e individualizar el cálculo de tiras y agujas por paciente y tratamiento específico.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Adecuación de la demanda de tiras registrada en el programa a la necesidad según el tratamiento.

Adecuación de la demanda de agujas registrada en el programa a la necesidad según el tratamiento.

- Registro ágil, fiable y claro de todos los pacientes diabéticos que precisen tiras y /ó agujas para autoanálisis que son controlados en consulta de enfermería de nuestro centro.

- Implementación de l programa en el 80% de las consultas de enfermería de adultos del centro.

- Seguimiento fácil y periódico del consumo de cada paciente y corrección del mismo, tanto si es por defecto como por exceso.

- Control adecuado del coste/eficiencia: utilización óptima de recursos materiales.

- Posibilidad de inclusión en registro OMI.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1. Elaboración del programa informático

2. Implantación del programa en todas las consultas de enfermería

3. Difusión de los datos obtenidos y enseñanza del programa para su utilización en otros centros previa conformidad de la dirección de atención primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes incluidos en el programa informático a los que se les ha controlado las tiras.

- N° de pacientes incluidos en el programa informático a los que se les ha controlado las agujas.

- N° de consultas de enfermería en las que se ha implantado el programa.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Inicio en enero de 2014 y fin en diciembre de 2014

Cronograma:

Enero 2014: Elaboración del programa informático

Abril a Noviembre: Implantación en todas las consultas del centro de Salud. Registro, control y seguimiento de los mismos.

Noviembre a Diciembre: análisis de datos y resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. material diabético: coste eficiencia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

103

**MEJORA DEL CONTROL DEL CONSUMO DE TIRAS DE GLUCEMIA Y AGUJAS DE INSULINA A TRAVES DE UNA HERRAMINETA INFORMATICA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA DEL CS FUENTES NORTE**

OTRA PALABRA CLAVE 2. herramienta informática

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

271

**RETOMAMOS CONTROL DE LA OBESIDAD****2. RESPONSABLE** ..... ANA MARIA SARSA GOMEZ

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

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

- . MARTIN AURELIO. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- . VALLES LOBACO PAQUITA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- . MOLINS AURORA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La obesidad es un problema de salud pública que afecta a un porcentaje importante de nuestra población y que aporta un incremento de la morbimortalidad a los individuos que la sufren.

El gasto económico generado por ella es en torno al 7% del gasto global.

Los obesos sufren importantes problemas de salud asociados ( RR>3:diabetes,dislipemias,saos,RR 2-3: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, artrosis, hiperuricemia, RR 1-2:cánceres de todo tipo, lumbagos...) además de los problemas derivados de relación, rechazo social y discriminación laboral.

Intentamos captar a los obesos de nuestras consultas, trabajar con ellos para conseguir varios objetivos como disminución de peso, mejora de calidad de vida, favorecer relación social.

Consideramos que es uno de los protocolos de más difícil seguimiento y por ello queremos retomar nuestro trabajo de mejora de diagnóstico, captación, atención y seguimiento.

Queremos optimizar el proceso de diagnóstico y generar recomendaciones dietéticas y de ejercicio

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Optimizar proceso de diagnóstico de la obesidad Realizar medidas de prevención, valoración de comorbilidad, tratamiento dietético y ejercicio y seguir método paciente obeso durante un año

**Objetivos generales-**

captación de pacientes obesos  
valoración de la obesidad

**Objetivos específicos-**

Reducción de peso y diámetro abdominal  
Mantenimiento y/o prevención ganancia de peso  
Seguimiento de dieta  
Realización de ejercicio, dirigido desde centro de Salud con caminatas de 20 minutos 2-3 veces semana.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** consulta médico /enfermera-

.anamnesis general /entorno relación dieta / actividad física  
.cálculo de peso, talla, ta, imc, %grasa corporal, perímetro de cintura  
.valoración obesidad

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

271

**RETOMEMOS CONTROL DE LA OBESIDAD**

número pacientes que logra objetivo de peso /número total de incluidos

número de pacientes que disminuye % grasa magra corporal medido con medidor de grasa ...../ número total de los que terminan proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Captacion de pacientes -mayo-junio 2014-04-03  
Medicion de parámetros y valoración pacientes -junio-julio-agosto 2014-04-03  
Inicio actividad ejercicio -a partir de octubre 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. población diana mayores de 18 años .
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Obesos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 3 Bastante |
| 2. 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

160

**CORRECCION DE DIRECCIONES Y TELEFONOS DE BDU (ANTE LA INCORPORACION DEL CALLEJERO DE ZARAGOZA DEL AYUNTAMIENTO A BDU) EN LOS CUPOS DE PEDIATRIA DEL CS REBOLERIA**

2. RESPONSABLE ..... PILAR ESCOLANO PASCUAL  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS REBOLERIA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GARCIA IZQUIERDO ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS REBOLERIA. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· TORRES GARCIA MAYTE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS REBOLERIA. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· TORRIJO FERRER ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS REBOLERIA. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· LAHUERTA GARCIA BLANCA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS REBOLERIA. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· CABEZA GEREZ ANA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS REBOLERIA. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· MORA MARTIN MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS REBOLERIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ANTE LA INCORPORACION DE CALLEJERO DEL AYUNTAMIENTO AL BDU, DEL OMI; SE HA OBSERVADO DISPARIDAD EN EL REGISTRO DE LAS DIRECCIONES, (Empezar por el pellido del nombre de la calle y cambios de nombres de calles), LO QUE DIFICULTA LA COORDINACION, APROVECHANDO EL REPASO, REVISARLAS LAS CORRECTAS DIRECCIONES Y LOS TELEFONOS DE CONTACTOS, EMPEZANDOPOR LOS DOS CUPOS DE PEDIATRIA Y SI PRECEDE EN LOS SIGUIENTES PROCESO EL RESTO DEL LOS CUPOS DEL C. S. REBOLERIA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CORREGIR EL 100% DE LOS PACIENTES DE LOS DOS CUPOS DE PEDIATRIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. TODO EL EQUIPO DE ADMISION , REPASARÁ, EN LOS ESPACIOS DE MENOS PRESION ASISTENCIAL, POCO A POCO ESTOS DATOS , TOMANDO LA INFORMACION, COMPARANDO, Y CORREGIENDO ; LA COORDINADORA DE ADMISION PILAR ESCOLANO COLAS ES LA 1º RESPONSABLE DEL PROGRAMA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º) OBTENCION DE LOS LISTADOS DE PACIENTES PEDIATRICOS, DECADA CUPO DE PEDIATRIA  
2º) COMPARACION Y COMPROBACION Y CORRECCION DE LOS DATOS DE BDU RESPECTO A OMI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURANTE TODO EL AÑO 2014 ( ENERO A NOVIEMBRE DE 2014; EN DICIEMBRE MOSTRAR RESULTADOS

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. 0-14 AÑOS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos , enfermos o no

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

381

**AUMENTO DE LA CALIDAD DE REGISTRO Y ATENCION A PACIENTES EN LAS RESIDENCIAS DE NUESTRA ZONA DE SALUD**

2. RESPONSABLE ..... ANGELA MUÑOZ MERCADO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HURTADO ABAD AURORA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante el aumento de volumen de Poblacion en Residencias en Nuestra Zona de Salud , debido al cierre del Consultorio de Hermanos IBarra; Valorar revision de estos pacientes , aumentar el control y registros sus Historias Clinicas, y revisión estructurada de los Farmacos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No hay datos de valoracion anterior

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1)Revisar y comprobar el registro en OMI por el registro de Programa del paciente Anciano y el Program de inmovilizados ;en el 99% de los casos.  
2)Registro de los Antecedentes Medicos de los pacientes en el 99% de los pacientes.  
3)Revision estructurada de farmacos 100

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º) Estraccion de listado de paciente de cada cupo medico /enfermera, delas Residencias adjudicadas ( se responsabiliza cada cupo med/enf)

2º) Revison de los Programas del Anciano , Inmovilizados.. y antecedentes de cada paciente en las Residencias.(responsable cada cupo Med/enf)

3º) Revison y ajuste de tratamientos. (responsable cada cupo med/enf)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º Evaluacion de P de inmovilizado y/o anciano en OMI de estos pacientes

2º) Evaluacion y constancia de registro de revision estructurada de framacos en todos lospacientes delas residencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se inicia en le mes de Marzo y termina a finales de Noviembre, Marzo reunion , para esplicar el objetivo y elprograma ; desarrollo todo el año; y evaluacion en Noviembre

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. En residencias

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

080

**AMINORACION DE LOS CAMBIOS VOLUNTARIOS INTRACENTRO DE PACIENTES**

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ISANTA POMAR

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
- 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
- MELON JUNCOSA M PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- VECINO LAFOZ ROSA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- ABANTO VIAMONTE ANTONIO. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- ALLUE DIESTE EVA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La satisfacción es inherente a la calidad percibida por los pacientes y los cambios de médico han sido objeto de diferentes estudios. Un estudio cualitativo de pacientes adultos encontró que las razones más frecuentes para cambio voluntario de médico en atención primaria fueron la accesibilidad, los problemas clínicos, la actitud del médico y sus características personales. Hemos detectado un desigual y elevado número de cambios de pacientes entre profesionales que genera malestar entre los mismos pudiendo distorsionar el buen funcionamiento de los equipos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estudiados los 4 últimos años se observa una desigual migración de pacientes entre cupos, con diferencias que van del 0,27 al 4,34 % de paciente de los cupos. La media del total de los equipos fue de 1,8 % (similar al de otros estudios). El estudio se realizó de los cambios de médicos proporcionados por el servicio de tarjeta sanitaria del Sector. Se utilizaron exclusivamente los cambios internos realizados de forma voluntaria por dichos pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora la satisfacción de los usuarios que comporte una disminución de estos cambios entre profesionales, disminuyendo el rango de dichos procesos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reunión y exposición del tema y resultados on todos los miembros del equipo quienes estuvieros de acuerdo en comprometerse con este proyecto.

-Investigar experiencias similares en otros equipos así como las soluciones adoptadas por ellos.  
-Realización de encuesta a los pacientes que solicitan el cambio y que nos permitan identificar los posibles problemas sobre los que poder actuar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -valorar el resultado de las encuestas  
-Porcentaje de cambios internos de médico en relación al número de pacientes de su cupo de los distintos médicos.  
-Reuniones de equipo para informar de la evolución del problema.  
-Los cambios se solicitaran a la Gerencia del Sector

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de las encuestas el 28 de abril de 2014.  
Revisión de las encuestas y análisis de los resultados en el plazo de 3 meses.  
Reunión de equipo para explicar resultados de encuestas y reunión con miembros de otros equipos que puedan aportar sus soluciones y aplicación de los acuerdos que haya lugar.  
Evaluación de los datos obtenidos en mejora a los 6 meses solicitando los cambios a la Gerencia del Sector

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Proyecto de mejora de calidad

## 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. Satisfacción pacientes

OTRA PALABRA CLAVE 2. Cambios voluntarios de médico

## 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

397

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

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAVARRO SALDAÑA LUISA. . CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BECERRIL GERMAN CARMEN. . CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ SANZ MARISOL. . CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PEÑA LOPEZ ANA ISABEL. . CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN, ELEVADO INDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN. AUMENTO DE LA PREOCUPACION POR LOS CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN DEPENDIENTE HACE QUE EN ARAGON COMO EN ESPAÑA MAS DEL 84% DE ESTAS PERSONAS RECIBAN LOS CUIDADOS Y APOYO EN LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA POR ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA, NORMAMENTE MUJERES.

ESTOS CUIDADORES MANIFIESTAN EN LA RELACIÓN CON PROFESIONALES DE A.P. DEL CENTRO DE SALUD:

- TENER CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEFICIENTE PARA UN BUEN CUIDADO.
- HABILIDADES PERSONALES ESCASAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CUIDADO.
- DIFICULTAD EN LA BUSQUEDA DE APOYOS Y RECURSOS SOCIO SANITARIOS.
- REFIEREN TENER EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, SOLEDAD, DEPRESIÓN, CANSANCIO Y PROBLEMAS DE SALUD INESPECÍFICOS.

CON EL TALLER SE PRETENDE MEJORAR EN LOS CUIDADORES:

- LA CALIDAD DE VIDA
- LOS CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS Y CAMBIO DE ACTITUDES
- HABITOS SALUDABLES AUTOESTIMA Y SEGURIDAD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. DISMINUCIÓN EN EL NUMERO DE ULCERAS POR PRESIÓN.

DISMINUCIÓN EN LAS DEMANDAS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES

Y MEJORA DE LA INTERRELACIÓN ENTRE CUIDADORES Y PERSONAL SOCIO SANITARIOS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. LLEGAR A UN MAYOR NUMERO DE POBLACIÓN MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS DEPENDIENTES Y CUIDADORES.

MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE ENFERMERA Y DEMAS PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS Y MEDICOS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CONTINUAR Y MEJORAR LA EDUCACIÓN GRUPAL.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. AUMENTAR LA DEMANDA VOLUNTARIA DE LOS CUIDADORES DE ASISTENCIA A LAS SESIONES

AUMENTAR EL CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE LA ACTIVIDAD A LA POBLACIÓN EN GENERAL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SIETE SESIONES AL AÑO.

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. EDUCACION PARA LA SALUD.

OTRA PALABRA CLAVE 2. AUMENTO DE CALIDAD DE VIDA

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

252

**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. MEDICO/A. 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. MEDICO/A. CS ARRABAL. PEDIATRIA  
· CAMPOS CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA  
· CORTES MARINA ROSA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION

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. A lo largo del año se han llevado a cabo las sesiones de trabajo del grupo de mejora y se han presentado protocolos de soplo cardiaco , niño con sobrepeso- obesidad y síncope cardiaco. Se están realizando consultas vía telemática , si bien es necesario darles formato , continuidad y difusión. Están realizados los protocolos de la atención al niño con los mismos conlleva algunos cambios organizativos que están retrasando su puesta en marcha.  
Queda pendiente la evaluación de los protocolos

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 periódicas, 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 2014-2015, asma, bronquiolitis, rinoconjuntivitis alérgica y alergia alimentaria y a fármacos.  
Difusión de los mismos a todos los pediatras , presentación a la CTAR del S. ZGZII y para su aprobación e inclusión en Intranet de ambos sectores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reuniones del Grupo de Mejora al menos 8 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 2014 a junio 2015

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

POBLACIÓN DIANA  
· EDAD. Niños  
· SEXO. Ambos sexos  
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

252

GRUPO DE MEJORA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA DE LOS SECTORES DE ZARAGOZA 1 Y 2

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

284

## 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
- MORA LIBRADA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
- CAMPO JUDITH. 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 la 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 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. 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. 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.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se trata de una actividad comunitaria consolidada, con buena acogida por parte de los pacientes y del propio EAP. Actualmente hay un grupo fijo de unos 20 paseantes al que cada día se añade una o dos personas nuevas. Cabe destacar que los profesionales implicados en el desarrollo de la actividad no son sólo personal sanitario, sino que también participa de forma activa personal administrativo del CS. Se incluye como actividad formativa para estudiantes de medicina, enfermería y fisioterapia que rotan por el CS. Del mismo modo, dentro de la formación de MIRs y EIR se incluye esta actividad como una más dentro del trabajo habitual del CS, valorando la realización de actividades comunitarias como ésta como parte de la labor asistencial del centro. Se conoce y se difunde en otras asociaciones del barrio. Además de contar con un calendario para lxs profesionales, se ha iniciado el registro de lxs pacientes que participan en esta actividad comunitaria

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - mantener esta actividad comunitaria como recurso para la prescripción de ejercicio físico en las consultas  
- favorecer la participación de las vecinas, para estimular la red social que mejore la salud  
- mejorar el registro de realización de actividades comunitarias  
- mejorar la formación en prescripción y realización de ejercicio físico por parte del Cs y otros Cs

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proyecto ya consolidado, con continuidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Aumentar el nº de pacientes que realizan ejercicio físico (paseo):  
nº de paseantes (>18 años)/ nº de personas (>18 años) adscritas a este CS

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

Aumentar el nº de profesionales sanitarios que participan en los paseos (consideramos como personal sanitario a personal de medicina, enfermería y auxiliares de enfermería):  
nº de profesionales sanitarios del EAP que participan en los paseos /nº total de sanitarios del EAP

además de la revisión del registro de la actividad y la participación de estudiantes, residentes, etc

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los paseos se realizan todas las semanas (Lunes y miércoles con acompañamiento, el resto de días de forma autónoma) durante todo el año, a excepción de los meses de junio-julio-agosto. Sesiones clínicas trimestrales (según calendario del EAP) para todo el EAP informando sobre los paseos y la prescripción de ejercicio físico.  
Visita mensual/bimensual a un recurso del barrio  
Reuniones internas del grupo de mejora de la calidad según necesidades (al menos, dos obligatorias)  
Evaluación en diciembre de 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

284

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

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. actividad física

OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora de la red social

## 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

387

## 1. TÍTULO

**CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA**

## 2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE LASARTE VELILLAS

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ MAINAR AMOR. MATRONA. CS TORRE RAMONA. MATRONA
- ALVAREZ RUIZ BLANCA. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. PEDIATRIA
- JASO MIÑANA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. PEDIATRIA
- JIMENEZ MARIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente, en nuestra comunidad, las cifras de lactancia materna están por debajo de las recomendaciones de las organizaciones nacionales e internacionales. El apoyo y la promoción de la lactancia materna es una de las medidas más eficaces para prevenir enfermedades y ahorrar costes al sistema sanitario. En un estudio realizado en un área sanitaria de Alicante y publicado en *Pediatrics*, la lactancia materna durante los primeros 4 meses podría haber evitado el 56% de las hospitalizaciones, el 61% del gasto por estancia hospitalaria en lactantes menores de 1 año y 5.400 visitas en atención primaria. Debido a nuestro interés en este tema (el responsable ha sido miembro del Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría desde 1995 hasta 2013 y actualmente es secretario y director de la página web de IHAN), a menudo se remiten madres con problemas de lactancia a nuestra consulta del CS Torre Ramona, bien enviadas por otros profesionales o a través de contactos en los grupos de apoyo a la lactancia de Zaragoza. Ello interfiere con el buen funcionamiento de dicha consulta, por falta de planificación. Además, al no ser una vía habitual de derivación dentro del sistema sanitario de Aragón, origina problemas de comunicación entre los profesionales y pérdidas en el seguimiento de estos pacientes. En otras comunidades (Valencia) se han puesto en marcha proyectos similares con buenos resultados, tanto en salud materno-infantil como en satisfacción de profesionales y usuarios del sistema.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Poner a disposición de los profesionales sanitarios y recurso extra para la resolución de problemas de lactancia.  
- Poner en marcha estudios de investigación para los que se requiere un mayor número de pacientes que los que proporciona la consulta de un solo cupo de pediatría.  
- Aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestro sector sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer un horario de consulta, una agenda y un sistema de citación.  
- Diseñar un sistema de registro para consultas, llamadas telefónicas y correos electrónicos.  
- Diseñar un protocolo de asistencia por problemas, entre matrona-enfermera-pediatra.  
- Evaluar los motivos de consulta y la patología encontrada en relación con la lactancia.  
- Difundir las actividades a todo el sector.  
- Monitorizar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestro sector.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Asistencia a consulta: número de lactantes visitados y número de visitas por lactante.  
- Asistencia telefónica: número de consultas telefónicas atendidas.  
- Asistencia por correo electrónico: número de consultas por atendidas por este medio.  
- Protocolos realizados.  
- Estudios de investigación realizados o iniciados.  
- Registro de incidencias.

Estos 6 indicadores se medirán en marzo de 2015, haciendo un recuento de las hojas de registro.  
- Satisfacción de calidad percibida: se cuantificará mediante una encuesta diseñada específicamente (escala Likert de satisfacción con la atención recibida) que se enviará por correo electrónico unos meses después de finalizada la asistencia al paciente y que se responderá de forma anónima. También se analizará en marzo de 2015.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2 de junio: programación y organización de la asistencia  
14 de junio: apertura de agendas y difusión del proyecto al sector II  
Marzo 2015: evaluación parcial de resultados

11. OBSERVACIONES. A medio plazo, según las posibilidades y el trabajo desarrollado, el proyecto puede extenderse a otros sectores sanitarios. Para aumentar el interés de los profesionales por la lactancia materna, creemos que sería positivo integrar en la cartera de servicios y en los criterios de productividad algunos indicadores de proceso relacionados con la lactancia. En este sentido y también para facilitar el registro y la monitorización de la lactancia, ya hay un grupo de trabajo en Zaragoza que comenzó a elaborar una propuesta de modificación de OMI-AP. A largo plazo, el objetivo es impulsar a los centros de salud del sector a trabajar en la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, [www.ihan.es](http://www.ihan.es)). 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

### CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

#### POBLACIÓN DIANA

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

#### INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

#### VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

105

## 1. TÍTULO

**CONSULTA TELEFONICA PARA USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ**

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALBE SANCHEZ-VENTURA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANGROS GONZALEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
- ROMEO LADRERO JESUS. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN MORENO FERNANDO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
- GIL CEBRIAN ANGEL. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ MARTINEZ MARTIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la accesibilidad a la consulta de los profesionales de AP de los usuarios mediante teléfono  
Garantizar una comunicación ágil a enfermos encamados, cuidadores de ellos y personas de reducida movilidad  
Evitar interrupciones por llamadas en las consultas  
ofrecer información y gestiones por tfno en determinados casos p.ej. Resultados de pruebas en algunos casos concretos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de satisfacción usuario

Mejora de satisfacción profesionales

Disminución de las interrupciones en las consultas

Ofrecer información a pacientes como resultados de pruebas si no se requiere la presencia física a criterio del profesional

Gestiones burocráticas cuando no se requiera la presencia física a criterio del profesional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El profesional indica al usuario que llame en un período de tiempo determinado para Consulta telefónica(CT)

Admisión recoge la petición del usuario de CT

Se le asigna un hueco en la agenda diseñado para CT dónde consta CT, el nombre del paciente y la hora aproximada de CT

A la hora indicada el profesional llama al paciente con su historia clínica informatizada delante

Se le indica al usuario que la CT es de horario aproximado

Cada profesional realiza 3-5 consultas diarias de CT

Cada CT dura unos 3 min

Se distribuyen a lo largo de la agenda de cada profesional (por determinar)

No se pueden cogr citas par CT por la Web

Las CT no se podrán convertir en consultas a demanda

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de CT/Centro/Año

N° de CT/Profesional/año

N° CT por burocracia/Profesional/año

N° CT para resultados de pruebas/profesional/año

N° CT para Atención/Profesional/año

Encuesta cualitativa de satisfacción a usuarios : 30 encuestas a usuarios CS (aleatorias) /año

Encuesta cualitativa de satisfacción a profesionales del CS Torrero la paz/año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 3° Trimestre de 2014 se realizará un pilotaje con al menos 2 cupos de Med gral 1 de pediatría 1 de enfermería y trabajadora social

4° Trimestre de 2014 se extenderá al resto del equipo

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

159

**DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA FACILITADORA EN EL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II**

2. RESPONSABLE ..... PILAR ABRIL ZAERA  
· Profesión ..... ATENCION A CLIENTES  
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PINA GADEA MARIA BELEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. AREA DE CLIENTES  
· DENIZON ARRANZ SOPHIA. TECNICO DE SALUD. DAP ZARAGOZA 2.  
· FRANCES PINILLA MARINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2.  
· MARCO MARCO EVARISTO. JEFE Sº. PERSONAL G.S.. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PERSONAL  
· PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2.  
· PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. AREA DE CLIENTES  
· VALTUEÑA LOPEZ MIGUEL. JEFE SECCION G.S.. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PERSONAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incorporación de un profesional a un nuevo lugar de trabajo es un proceso que genera incertidumbre y requiere un esfuerzo importante tanto por el profesional que se incorpora como por el equipo que lo recibe tanto en cuanto a la información que debe recibir ese profesional que se incorpora como en la formación en algún aspecto específico desarrollado en el puesto de trabajo al que se incorpora.

En los Equipos Atención Primaria existe un proceso continuo de movilidad de profesionales de los distintos estamentos que trabajan en ellos, por ello se hace necesario estructurar un procedimiento que permita dotar a los profesionales de la información general del Sector en el que van a trabajar, en cuanto a aspectos administrativos y asistenciales, así como información básica del puesto al que se incorpora.

La elaboración y estructuración tanto de la información básica como de la información específica de su puesto de trabajo facilitará su integración en el equipo, mejorará la información y la atención que proporcioné a los pacientes y todo ello redundará en la mejor consecución de los objetivos específicos del equipo y del Sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos generales:

- Facilitar la incorporación de todos profesionales a un puesto de trabajo nuevo.

Objetivos específicos:

- Proporcionar informaciones básicas de funcionamiento de las distintas estructuras del sector tanto administrativas como asistenciales.
- Proporcionar información específica del equipo al que se incorporan y de su puesto de trabajo.
- Mejorar la atención y la información que reciben los usuarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Explorar las actividades y funcionamiento de las unidades administrativas y asistenciales del sector.

2. Explorar las actividades y funcionamiento de las unidades administrativas y asistenciales del ámbito de atención primaria.

3. Elaborar un documento general del Sector y uno específico de cada equipo, diferenciando las diferentes categorías profesionales.

4. Desarrollar una estrategia de información a los profesionales en el momento de su incorporación.

5. Evaluar el impacto de la estrategia implantada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % profesionales que reciben la información frente al total de profesionales que se incorporan al ámbito de Atención Primaria del Sector Zaragoza II (fijos, interinos o sustituciones de larga duración).

- Grado de satisfacción de los profesionales a los que se le ha proporcionado esta información.

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

Fecha prevista de finalización: Marzo 2015

1. Explorar las actividades y funcionamiento de las unidades administrativas y asistenciales del sector.

Fecha prevista realización: Abril 2014

2. Explorar las actividades y funcionamiento de las unidades administrativas y asistenciales del ámbito de atención primaria.

Fecha prevista realización: Abril 2014

3. Elaborar un documento general del Sector y uno específico de cada equipo, diferenciando las diferentes categorías profesionales.

Fecha prevista realización: Abril 2014

4. Desarrollar una estrategia de información a los profesionales en el momento de su incorporación.

Fecha prevista realización: Mayo 2014

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

159

**DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA FACILITADORA EN EL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II**

5. Entrega del documento

Fecha prevista realización: A partir de Mayo 2014

6. Evaluar el impacto de la estrategia implantada

Fecha prevista realización: Febrero-Marzo 2015

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

170

**DISEÑO E IMPLANTACION DE UNA BASE DE DATOS DE GESTORIAS DE USUARIOS EN EL AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II**

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MORO LARA  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ABRIL ZAERA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. AREA DE CLIENTES  
· DE RODRIGO GARCIA MILAGROS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. AREA DE CLIENTES  
· PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. AREA DE CLIENTES  
· MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. AREA DE CLIENTES  
· MIÑANA MEDRANO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. AREA DE CLIENTES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la cartera de servicios que ofrece el área de clientes de atención primaria está incluida la atención, tramitación y solución de aquellas cuestiones que nos plantean los usuarios vía telefónica o personalmente que no están incluidas en los procesos propios del Área. Actualmente esta labor de gestoría no se registra.

Por otra parte el "PLAN DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES" en el punto G.1 apartado "A" concreta como servicio incluido "Los servicios incluidos en la Cartera de Servicios de Atención al Usuario de salud son:

A. Derechos, deberes y aspectos éticos de la atención a los usuarios

- Recogida, registro y gestión de gestorías de usuarios, sugerencias y agradecimientos en relación con los derechos y deberes de los usuarios"

La línea estratégica 2 "Información, sistemas de información y Tics" tiene como objetivo la elaboración de un informe anual con el análisis de quejas y gestorías, la línea estratégica 3 "Accesibilidad" tiene como objetivo codificar la gestoría de casos que afectan a la accesibilidad de usuarios y la línea estratégica 5 "Organización y funcionamiento de los servicios y unidades de atención al usuario tiene como objetivo analizar los indicadores procedentes del sistema de información de gestorías.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La implantación de una base de datos de gestorías de usuarios de manera sistemática y ordenada por motivos, centros y fechas, permitirá conocer las demandas y expectativas de los usuarios, determinar las áreas de mejora y ofrecer los resultados al equipo directivo como apoyo a la toma de decisiones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Definición de los motivos de gestorías de usuarios de acuerdo con el "Plan de atención al usuario" del gobierno de Aragón.

- Diseño e implantación de una base de datos informática.
- Definición de indicadores.
- Análisis de los datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elaboración de una tabla de motivos de gestoría: si/no

2. Implantación de la base de datos en la red del area de clientes: si/no

3. Resultados: nº de gestorías registradas.

4. Numero de informes mensuales sistematizados: >5.

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

Fecha de finalización: Marzo 2015

Caleario:

1. Definición de motivos: abril 2014.
2. Diseño base de datos: mayo 2014
3. Implantación base de datos: junio 2014
4. Definición de indicadores: junio 2014
5. Evaluación del indicador de número de gestorías registradas: diciembre 2014 y marzo 2015.
6. Evaluación del número de informes mensuales sistematizados: diciembre 2014 y marzo 2015.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. GESTORIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. USUARIOS

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

170

**DISEÑO E IMPLANTACION DE UNA BASE DE DATOS DE GESTORIAS DE USUARIOS EN EL AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II**

## 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. ....             | 1 | Nada     |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

342

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE "FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA" DEL SECTOR ZARAGOZA II**

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN PINA GADEA
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA VERA CESAR. PEDIATRA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
  - NOSTI ESCANILLA JESUS. INFORMatico/A. DAP ZARAGOZA 2. JEFE DE SERVICIO G.S

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La faringitis aguda es una de las afecciones más frecuentes en la edad pediátrica, y dentro de ella la faringoamigdalitis por *Streptococcus pyogenes* (FAS) es una de las enfermedades bacterianas más prevalentes en la infancia y adolescencia.

En España unos 16 millones de consultas médicas anuales en toda la población serían por odinofagia en general, siendo un 20% del total de las consultas pediátricas y dando cuenta del 55% del total de prescripciones antibióticas en este grupo de edad. Sin embargo múltiples publicaciones han demostrado la falta de adecuación del tratamiento antibiótico en la FA, con unas altas tasas de uso innecesario de antibióticos, lo que favorece el desarrollo de resistencias bacterianas.

La mayoría de las FA son víricas, y las FAS supone un 30% de total de FA.

Para el diagnóstico de la FAS se han propuesto diferentes escalas de predicción clínica, siendo las más frecuentes la clásica de Centor y la de McIsaac. Se ha calculado el cociente de probabilidad para las diferentes puntuaciones que se pueden obtener y se ha observado que sólo tendrían valor significativo las puntuaciones extremas.

Por ello para la confirmación diagnóstica se ha seguido utilizando como patrón de oro el cultivo microbiológico convencional, pero cuyo resultado puede demorarse hasta 48 h.

En los últimos años se han ido desarrollando test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA) que presentan una elevada precisión diagnóstica (84-99% de sensibilidad y 95-99% de especificidad), además de disponer del resultado en plazos muy cortos (5-10 min).

Por todo ello en el año 2011 en el Sector Zaragoza II, en el seno de la Comisión de Infecciones del Sector, se aprobó un protocolo de "Faringoamigdalitis aguda en la edad pediátrica" en el que se protocolizó en además de describir la clínica de la FA y sus complicaciones, se describieron los procedimientos diagnósticos existentes en ese momento así como el tratamiento y un algoritmo de actuación, que incluía la utilización del TDRA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos generales:

- Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la FAS en población pediátrica.

Objetivos específicos:

- Actualizar el Protocolo de "Faringoamigdalitis aguda en la Edad Pediátrica" con la evidencia publicada a partir de su aprobación en el 2011
- Difundir el protocolo entre todos los profesionales del sector
- Evaluar el impacto del protocolo tanto en cuanto a la utilización del TDRA como en cuanto a la utilización de antibióticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar una búsqueda sistemática de la bibliografía publicada a partir del 2011 en cuanto a criterios diagnósticos, métodos diagnósticos y tratamiento de la FA.

2. Actualizar el protocolo de Faringoamigdalitis Aguda en la Edad Pediátrica.

3. Difusión del Protocolo entre todos los profesionales médicos del Sector, especialmente entre los pediatras y médicos de Atención Continuada.

4. Diseño de las consultas necesarias para evaluar del protocolo analizando los indicadores que en él se recogen.

5. Análisis de los resultados obtenidos de la evaluación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Actualización del Protocolo de Faringoamigdalitis Aguda en Edad Pediátrica en el plazo establecido.

- % Pacientes con diagnóstico de FAS que han sido tratados con amoxicilina del total de pacientes que han sido diagnosticados con FAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Realizar una búsqueda sistemática de la bibliografía publicada a partir del 2011 en cuanto a criterios diagnósticos, métodos diagnósticos y tratamiento de la FA.

Fecha prevista: Mayo 2014

2. Actualizar el protocolo de Faringoamigdalitis Aguda en la Edad Pediátrica.

Fecha prevista: Julio 2014

3. Difusión del Protocolo entre todos los profesionales médicos del Sector, especialmente entre los pediatras y médicos de Atención Continuada.

Fecha prevista: Septiembre 2014

4. Diseño de las consultas necesarias para evaluar del protocolo analizando los indicadores que en él se

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE "FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA" DEL SECTOR ZARAGOZA II**

recogen.

Fecha prevista: Junio 2014

5. Análisis de los resultados obtenidos de la evaluación.

Fecha prevista: Septiembre 2014

Fecha de inicio: Mayo 2014

Fecha de finalización: Diciembre 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

112

## 1. TÍTULO

**SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA ODONTO\_GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE PERIODO DEL PUERPERIO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- QUIRCE SANCHEZ SUSANA. HIGIENISTA DENTAL. USB SAN JOSE NORTE. SALUD BUCODENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. NUESTRO PROYECTO PRETENDE CONTINUAR CON LA ATENCION PORMENORIZADA A ESTE GRUPO DE PACIENTES DE MAYOR RIESGO DE PATOLOGIA BUCAL.

DURANTE EL EMBARAZO SE PRODUCEN GRANDES CAMBIOS EN LA MUJER EN DIFERENTES NIVELES, CENTRÁNDONOS EN LA CAVIDAD BUCAL, ESTA ES, CLARAMENTE MAS SUSCEPTIBLE DE PADECER GINGIVITIS Y/O CARIES, EN CONCRETO, DESPUÉS DEL TERCER MES DE EMPARAZO. EL AUMENTO DE PROLACTINA Y ESTRÓGENOS PRODUCIDOS EN ESTE PERIODO, SE VEN CLARAMENTE ASOCIADOS A UN AUMENTO DE LOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS MENCIONADOS.

ESTÁ CLARAMENTE DEMOSTRADO QUE AUMENTA 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, CÓMO EL MASTICAR O CEPILLARSE LOS DIENTES. ES LA DENOMINADA GINGIVITIS DEL EMBARAZO.

SI BIEN NO PODEMOS ACTUAR SOBRE EL INCREMENTO DE ESTAS HORMONAS, SI PODEMOS INTERVENIR MEDIANTE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.

NOS CENTRARÍAMOS EN UNA SERIE DE REVISIONES PERIÓDICAS EN NUESTRA CONSULTA DURANTE EMBARAZO Y PUERPERIO.

LA POBLACIÓN ATENDIDA VIENE DERIVADA DE LA CONSULTA DE LA MATRONA DE NUESTRO PROPIO CENTRO DE SALUD.

LO IDEAL ES COMENZAR EL EMBARAZO CON UNA BOCA SANA, SIN CARIES, SIN SARRO, SIN GINGIVITIS, ETC, YA QUE ESTAS PATOLOGÍAS AFECTAN A LA SALUD DE LA MADRE Y LA DEL HIJO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. PESE A NO HABER RECIBIDO EL TRÍPTICO ACEPTADO EL AÑO PASADO EN EL PROGRAMA DE CALIDAD 2013, LLEVAMOS A CABO FOTOCOPIAS DEL MISMO EN EL CENTRO, Y LAS DISTRIBUIMOS ENTRE EL GRUPO DE RIESGO.

FUERON CAPTADAS Y SEGUIDAS EN NUESTRA CONSULTA 37 PACIENTES, ABRIÉNDOLES HISTORIA, REALIZANDO LOS INDICES GINGIVALES CORRESPONDIENTES, INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL PERSONALIZADOS, USO DE REVELADOR DE PLACA, Y CONTROL QUINCENAL Y MENSUAL, Y A LOS 3 MESES, CON APLICACIÓN DE FLUOR TÓPICO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ASENTAR ESTE PROGRAMA COMO PARTE DE LA ATENCIÓN QUE SE PRESTA EN LA CONSULTA EN MATERIA DE PREVENCIÓN.

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO PARA ESTA PATOLOGÍA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - MEJORA DEL TRÍPTICO INFORMATIVO QUE SOLICITAMOS SEA IMPRESO EN COLOR EN EL SERVICIO CENTRAL.

-CHARLAS INFORMATIVAS A MATRONAS Y TOCÓLOGOS DEL SECTOR CON EL FIN DE DAR A CONOCER LA ENFERMEDAD Y EL MODO DE PREVENIRLA.

-CREACIÓN DE NUEVOS GRUPOS DE TRABAJO FORMADOS POR FORMACIÓN SUSCEPTIBLE DE PADECER DICHA PATOLOGÍA, CAPTACIÓN A TRAVÉS DE OTROS PROFESIONALES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -INDICES GINGIVALES Y PERIODONTALES (INDICES DE O'LEARY Y LÖE Y SILNESS) -APERTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMER CONTACTO CON EMBARAZADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y SEGUIMIENTO DURANTE EL MISMO

VISITAS QUINCENALES, MENSUALES Y TRIMESTRALES

-APERTURA DE HISTORIA CLINICA, REALIZACIÓN DE ÍNDICES, INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL.

-NUEVA DETERMINACIÓN DE ÍNDICES. REVELADOR DE PLACA.

-VALORACIÓN7EVOLUCIÓN DE ESTADO GINGIVAL Y APLICACIÓN DE FLUOR TÓPICO.

11. OBSERVACIONES. ROGAMOS SE NOS IMPRIMAN LOS TÍPTICOS EN COLOR.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREVENCIÓN

OTRA PALABRA CLAVE 2. EMBARAZADAS

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. ....                       | 2 Poco     |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho    |

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA ODONTO\_GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE PERIODO DEL PUERPERIO

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

426

## 1. TÍTULO

**LOS PROFESIONALES DEL SALUD PROTAGONISTAS DE LA COOPERACION INTERNACIONAL: SENSIBILIZACION A TRAVES DE UN GRUPO MULTIDISCIPLIAR Y MULTICENTRICO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASUNCION APARICIO CLAVERIA

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CME RAMON Y CAJAL
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION AL PACIENTE
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VELA MARQUINA MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES. FISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- REVILLA LOPEZ MARIA CONCEPCION. MIR. DIRECCION GERENCIA SALUD. SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD
- GASPAR CALVO ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- ARCARAZO GARCIA ANA. ENFERMERO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO
- FERRER DUFOL CARMEN. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hace ya más de 10 años el Salud puso en marcha un proyecto de Cooperación en SALUD que en su origen intentaba recoger las líneas de cooperación sobre las estaban trabajando los propios profesionales de los centros sanitarios; para el cual se pactaron financiación a través de Cooperación del Gobierno de Aragón y acuerdos laborales para los profesionales cooperantes.

Se constituyeron diferentes grupos y uno específico para Sensibilización, que además de proporcionar información sobre las actividades que se venían realizando, llevó a cabo diversas acciones encaminadas a informar y concienciar sobre dos pilares básicos:

- Dar a conocer, para estudiar y luego analizar, hechos que deben estar relacionados con las situaciones locales donde tienen lugar, que a su vez deben enmarcarse necesariamente dentro de su contexto global, para así garantizar un mayor entendimiento de los mismos.
- Abordar el aspecto ético, mediante la adquisición de una actitud de solidaridad bien entendida. Se trata de mantener una atención constante hacia la justicia y la dignidad humana. En este sentido, se ha de plantear el reto de ser una invitación al cambio de comportamientos individuales y colectivos, que recuerde, por un lado, que nuestras decisiones afectan a nuestras vidas y también a las de los demás; y, por otro, que los ciudadanos tenemos poder y capacidad para influir en el desarrollo solidario de este mundo y hemos de usarlo con responsabilidad.

De un tiempo a esta parte este proyecto parece que no tiene continuidad formal, si bien un buen número de trabajadores del Salud continúan con su labor de cooperación en diferentes partes del mundo donde es necesaria. Como ejemplo, se calcula que son más de 50 los trabajadores que en los diferentes hospitales o centros de salud están implicados con programas de cooperación en solo dos asociaciones que trabajan en India: Estrella de la Mañana y Amigos de Odisha (también llamada Amigos de SMSS). Los profesionales del Salud implicados con ambas organizaciones apoyarán principalmente el resurgir del grupo de Sensibilización, para conseguir que e se vayan incorporando otros grupos que trabajan en proyectos en otras localizaciones geográficas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el tiempo que el grupo de sensibilización estuvo activo, se realizaron talleres, cursos, jornadas, ruedas de prensa y mesas redondas con un importante participación de profesionales de diversas entidades que colaboraron de forma altruista. Al cabo del tiempo desapareció la financiación (como tal) y desapareció el proyecto.

No obstante, en estos momentos sigue habiendo muchos profesionales (pertenecientes al grupo de cooperación del Salud o no) que continúan trabajando en cooperación, y consideramos que los objetivos del grupo de sensibilización deben de seguir vivos y también la labor de dar a conocer y "educar" a los profesionales de Salud en primer lugar y a la población en general.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La sensibilización es la herramienta clave que puede ayudar a comprender el origen de los problemas y de las desigualdades a partir de una información elaborada y objetiva que aporte elementos de reflexión; la herramienta clave que puede promover los valores de justicia, igualdad, derechos humanos o paz; que puede generar un compromiso activo y prácticas solidarias fundamentadas y razonadas y que puede fomentar una sociedad implicada con estos valores universales.

Por tanto los resultados, más cualitativos que cuantitativos han de ir ligados a ello.

No obstante, proponemos los siguientes.

Volver a constituir el grupo de sensibilización con profesionales del Salud que trababan en cooperación

Presentar el grupo y sus objetivos a los profesionales.

Realizar recogida de propuestas y actividades.

Elaborar un mapa de situación actual: proyectos en marcha.

Planificar actividades en el Salud, profundizando en temáticas concretas relacionadas con las área de trabajo de los diferentes proyectos.

Difundir y dar a conocer las actividades propuestas así como los proyectos en marcha.

Lograr un reconocimiento del grupo por parte del Salud, de forma que se apoyen las actividades propuestas por él.

Conseguir apoyos reales del Salud en relación a dichas actividades, sin distinción de países de donde provengan los proyectos.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

426

**LOS PROFESIONALES DEL SALUD PROTAGONISTAS DE LA COOPERACION INTERNACIONAL: SENSIBILIZACION A TRAVES DE UN GRUPO MULTIDISCIPLIAR Y MULTICENTRICO**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Partir de todos los participantes del anterior grupo de sensibilizaron y contactar con ellos; ya contamos con la lista de correo.  
2.- Informar del proyecto y constituir grupo de trabajo.  
3.- Diseño de plan de trabajo y de documentos de recogida de datos para proyectos en marcha  
4.- Cuantificar y conocer proyectos de cooperación "vivos".  
5.- Dar a conocer el proyecto y los objetivos del mismo a los profesionales del sector a través de los cauces formales.  
6.- Proponer actividades generales, al menos dos al año, tanto en el H. U. Miguel Servet como en el H.U. Lozano Blesa  
7.- Comunicar al Salud las propuestas que vayan surgiendo para su reconocimiento y apoyo.  
8.- Realizar, al menos, una actividad por semestre dirigida a los profesionales de Salud: mesa redonda, conferencia, taller, jornada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de personas incorporadas al grupo de sensibilización  
Número de reuniones del grupo  
Número de grupos de cooperación identificados y localización de países diferentes donde actúan  
Número de proyectos "vivos" seguidos por dichos grupos  
Número de actividades propuestas y llevadas a cabo  
El seguimiento de estos indicadores se realizará con una periodicidad mínima trimestral en las reuniones del grupo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una primera toma de contacto se llevará a cabo durante los meses de mayo-junio de 2014  
Constitución del grupo: Septiembre de 2014  
Identificación de grupos de cooperación y proyectos entre los trabajadores del Salud: Septiembre-Noviembre 2014  
Propuesta de actividades 2015: Diciembre 2014-enero 2015  
Durante 2015 realización de diferentes reuniones organizativas y al menos dos actividades de profundización en temáticas concretas relacionadas con las área de trabajo de los diferentes proyectos

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Cooperacion,

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Sensibilizacion

## 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. ....                       | 1 Nada |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 1 Nada |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 2 Poco |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

150

## 1. TÍTULO

**CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE TEST DE ALIENTO (CARTA)**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA VILLAR ARNAL

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CME RAMON Y CAJAL
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARRIO ALONSO ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. DIGESTIVO
- BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- MANERO JARNES SERGIO. MEDICO/A. CME RAMON Y CAJAL. DIGESTIVO
- MARTIN MIR MARIA LUISA. MEDICO/A. CME RAMON Y CAJAL. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Test de Aliento (TA) con urea marcada C13, es una prueba no invasiva para detectar la presencia de helicobacter pylori en el estómago. Bacteria que se asocia con la presencia de gastritis, úlceras e incluso cáncer gástrico, ocasionando molestias de intensidad variable en el paciente y disminuyendo su calidad de vida.

En el CME Ramón y Cajal de Zaragoza se realizan una media de 55 TA mensuales a pacientes que proceden de las consultas de Digestivo (4) del CME y de los centros de Atención Primaria correspondientes.

Los problemas detectados son:

- Una demora en la citación de la prueba de 55 días
- Una demora media de 78,43 días en la entrega de resultados, con unos valores extremos de 19 a 265 días. A fecha del 4/4/2014 hay 193 resultados en archivo pendientes de citar.
- Al realizar el procesado de las muestras en un laboratorio externo privado, en Barcelona, los resultados se reciben entre 10 y 15 días después, no quedando reflejados en la historia electrónica del paciente, por lo tanto susceptibles de extravío y limitando su accesibilidad por otros facultativos y especialistas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Resultados esperados:

- Reducir el tiempo de espera para realizar la prueba de 55 días a 7 días máximo.
- Reducir el tiempo de entrega de resultados de 78,43 días a 1 hora máximo.
- Incorporar el resultado en la historia electrónica del paciente con lo que se mejora la seguridad del proceso.
- Mejorar la eficiencia y aumentar la satisfacción del usuario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Material y Método:

- Ampliar el horario y el número de pacientes citados diariamente (8 de lunes a jueves y 5 los viernes). Con lo que aumentaría hasta 150 el número de pacientes mensuales realizados.
- Realizar el análisis de las muestras en el CME, con el Espectrofotómetro de infrarrojos modelo POC-ONE que proporcionará sin coste alguno la empresa OTSUKA Pharmaceutical, que es la actual suministradora del material (bolsas y Urea C13) para la realización del TA.
- Introducir el resultado obtenido en la historia electrónica del paciente. Habilitando el sistema con el Servicio de Informática.
- Personal de enfermería que dedique 12 horas semanales (3 horas de lunes a jueves) a este proceso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Criterios e Indicadores:

- Tiempo de demora en la cita del TA.  
Indicador: Número de pacientes citados en menos de una semana / Número de pacientes totales citados X 100. Estándar 100%

- Tiempo de demora en la entrega de resultados.  
Indicador: Número de pacientes que reciben el resultado el mismo día de la prueba/ Número de pacientes totales citados para resultado X 100. Estándar 95%.

- Introducción de resultados en la historia electrónica.  
Indicador: Número de pacientes cuyo resultado de TA consta en la historia electrónica / Número de pacientes totales X 100. Estándar 100%.

La evaluación y seguimiento se realizará al mes, tres y seis meses de la implantación.

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

- Inicio primera quincena de mayo de 2014. Recepción del espectrofotómetro y adiestramiento en el manejo del mismo. Autorización e instrucción, por parte del Servicio de Informática, de la inserción de los resultados en la historia clínica electrónica.
- Segunda quincena de mayo - junio de 2014. Inicio de la modificación de la agenda de citas, tanto de TA como de las consultas de Digestivo de la mañana, para adecuarlas al nuevo proceso asistencial.
- Junio de 2014. Valorar posibles fallos o puntos de mejora.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

150

**CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE TEST DE ALIENTO (CARTA)**

- A partir de julio de 2014 debe estar perfectamente instaurado el proceso. Para reevaluar en Noviembre de 2014.

11. OBSERVACIONES. Se precisa una jornada de 12 horas semanales de un enfermero/a diplomado para asistir la primera parte de una de las consultas de Digestivo del turno de mañana, mientras la enfermera actual realiza todo el proceso de TA descrito. 11. OTRO ENFOQUE. Eficiencia y seguridad

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con problemas del aparato digestivo

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Test de Aliento

OTRA PALABRA CLAVE 2. CARE

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

404

**ADIESTRAMIENTO EN UTILIZACIÓN DE INHALADORES EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DE UN CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN BONED JIMENO
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... CME SAN JOSE
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANCHEZ BARON ANDRES. MEDICO/A. CME SAN JOSE. NEUMOLOGIA
  - ARRIBAS BARCELONA JESUS. MEDICO/A. CME SAN JOSE. NEUMOLOGIA
  - MARTIN CARPI MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
  - DE PABLO CILLERO FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
  - CHACON VALLES ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
  - GARCIA SAEZ SANDRA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
  - BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En pacientes con enfermedades respiratorias, la terapia inhalada ha contribuido a su mejoría clínica. La posibilidad de utilizar dosis muy pequeñas y hacerlas llegar casi exclusivamente al lugar de acción consigue resultados positivos, rápidos y eficaces con muy pocos efectos secundarios. Los productos son numerosos: cartuchos presurizados, inhaladores de polvo seco, cámaras espaciadoras y nebulizadores. El depósito correcto del fármaco depende del dispositivo, el tamaño de las partículas generadas así como del flujo inspiratorio del paciente y sus características anatómicas y funcionales. Por este motivo, atendiendo a ello, se requiere una correcta prescripción y conocimiento de las instrucciones de uso. Esto último deriva de un adecuado adiestramiento y aprendizaje. En las numerosas encuestas realizadas se demuestra un desconocimiento importante de la técnica.

Una de las estrategias comunes en las Consultas de Neumología es la enseñanza correcta del tratamiento. La importancia de ello puede quedar difuminada entre la cantidad de información que recibe el paciente en el escaso tiempo disponible. Como consecuencia de ello, el personal de Enfermería ha creado una Consulta con la que adiestrar correctamente en el uso de los inhaladores.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El número de pacientes visitado en Consulta de Enfermería de CME San José desde mayo a diciembre de 2013 ha sido de 166. Las patologías más frecuentes han sido EPOC y Asma bronquial. Se ha instruido en los diferentes tipos de inhaladores de polvo seco, cada principio activo se dispensa en un sistema diferente atendiendo a las partículas y a la farmacodinamia (accuhaler, turbuhaler, nexthaler, genuair, breezhaler, handihaler), así como cartuchos presurizados con y sin cámara y respimat.

Se ha detectado mal uso del inhalador en el 50% de pacientes.

- Inhalación insuficiente: 70%
- Mala técnica de inhalación: 40%
- Errores en la preparación
- Desconocimiento aprovechamiento del producto (ajustar labios a la boquilla, retener aire; etc).

TECNICAS EMPLEADAS:

- Inhaladores propios
- Aparato para comprobar inhalación VITALOGRAPH
- Educación respiratoria

Se ha modificado el sistema de administración : 20%.

Los motivos para ello ha sido

- Cámara adicional al presurizado

-Adaptacion a la mejor tecnica de inhalación del paciente

Tras esta actividad de mejora concluimos:

- PORCENTAJE QUE APRENDE: 90%
- PORCENTAJE QUE MEJORA: 10

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Atención a todos los pacientes de la Consulta de Neumología del Centro Médico de Especialidades (CME) de San José con dificultades técnicas en la utilización de dispositivos de inhalación.

- Comprobación del correcto manejo de los mismos
- Comprobación del depósito del fármaco en la vía aérea

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

404

**ADIESTRAMIENTO EN UTILIZACIÓN DE INHALADORES EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DE UN CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES**

- Enseñanza de la técnica correcta del dispositivo prescrito.
- Recomendación de sustitución por otro dispositivo que se adapte mejor a las características del paciente.
- Comprobación, en sucesivas visitas médicas, de mantenimiento de habilidades.
- Comprobación, en sucesivas visitas médicas, de la estabilidad de sus síntomas respiratorios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - En la Consulta de Neumología del CME de San José se ofrece Consulta de Enfermería a todos los pacientes que presenten dudas sobre la técnica, no demuestren las habilidades requeridas o el curso clínico no sea el óptimo.

- Citación en dicha consulta con 15 minutos de dedicación.
- Comprobación del cumplimiento de cada fase necesaria para una buena técnica.
- Comprobación de la técnica inhalatoria con dispositivos electrónicos similares a los utilizados por el paciente y que realizan mediciones sobre el flujo inspiratorio y el depósito de las partículas a nivel de la vía aérea (VITALOGRAPH).
- Explicación de los errores detectados.
- Comprobación de la adquisición de conocimientos.
- Comprobación, en sucesivas visitas médicas, del mantenimiento de habilidades.
- Comprobación, en sucesivas visitas médicas, de la estabilidad de sus síntomas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes seleccionados que asisten a la Consulta de Enfermería.

- Número de dispositivos diferentes utilizados por paciente.
- Número y tipo de dificultades técnicas objetivadas por cada paciente y por cada dispositivo.
- Corregir errores de utilización.
- Cuantificar logros obtenidos en la Consulta de Enfermería
- Cuantificar mantenimiento de los logros en Consultas sucesivas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el año 2014 se mantendrá esta actividad, tal como se viene desarrollando en los últimos años, con un registro minucioso de todos los aspectos ya explicados. En el año 2015 se realizará un informe de los hallazgos y logros obtenidos.

**11. OBSERVACIONES. Bibliografía**

Utilización de fármacos inhalados. Normativa SEPAR. J. Giner, L. V. Basualdo, P. Casán, C. Hernández, V. Macián, I. Martínez, A. Mengíbar. Arch. Bronconeumología 2000; 36: 34-43.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Adiestramiento en la utilización de inhaladores

OTRA PALABRA CLAVE 2. Enfermedades Respiratorias Crónicas

**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

091

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL PRONOSTICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON SINDROME CORONARIO AGUDO MEDIANTE LA DETECCION DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA**

## 2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS CABRERIZO GARCIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- YAGÜE VALLEJO SANDRA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
- PEREZ GIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
- PUERTAS JOSE RAMON. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
- RODERO JAVIER. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
- SEBASTIAN MARIANO. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
- VALVERDE ALEJANDRO. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia renal es un factor de mal pronóstico en la cardiopatía isquémica. La tercera parte de los pacientes con un síndrome coronario agudo (SCA) presenta insuficiencia renal. Las enfermedades coronaria y renal han de interpretarse como dos formas de expresión de una misma enfermedad vascular sistémica, que comparten factores de riesgo y mecanismos de progresión. En general empleamos la creatinina para medir la función renal; sin embargo, la relación entre la concentración de creatinina sérica y el filtrado glomerular (FG) no es lineal sino hiperbólica y son precisos descensos de al menos el 50% del FG para que la creatinina se eleve por encima del intervalo de referencia.

El estudio multicéntrico EROCAP estima que la prevalencia de pacientes que presentan un FG 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (mediante MDRD) y creatinina plasmática normal, en la población general, es del 37,3%, es la denominada enfermedad renal oculta. La relación entre insuficiencia renal oculta y el pronóstico de los pacientes que sufren un SCA ha sido menos estudiada. Algunos trabajos han estimado la prevalencia (mediante índice de Cockcroft) en este grupo de pacientes en el 6,1%. El objetivo de nuestro plan de mejora de calidad es detectar precozmente a los paciente ingresados con un SCA que presentan insuficiencia renal oculta y que por lo tanto representan un grupo de mayor riesgo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta la fecha hemos realizado un estudio con 328 pacientes ingresados de forma consecutiva con SCA con y sin elevación del segmento ST y creatinina menos o igual a 1,1 mg/dl. Dividimos la muestra según fuese el FG al ingreso estimado mediante índice de Cockcroft en menor a 60 ml/min y mayor o igual a 60 ml/min. Se registraron otras variables como edad, estratificación de riesgo GRACE, fracción de eyección, troponina I, segmento ST, presencia de arritmias y leucocitosis al ingreso. Se analizó su relación con el pronóstico a corto plazo según la mortalidad intrahospitalaria. Durante la hospitalización fallecieron 12 pacientes (3,7%) y 316 (96%) permanecieron vivos. La media del FG fue de 93,33ml/min. El 47 (14,3%) presentaban un FG menor a 60 ml/min y 281 (85,7%) mayor o igual a 60 ml/min. Al analizar la asociación entre mortalidad intrahospitalaria y las diferentes variables encontramos relación significativa con la edad, estratificación de riesgo GRACE, fracción de eyección, índice de Cockcroft y leucocitosis al ingreso, mientras que la presencia de arritmias, la elevación de troponina o del segmento ST no guardaban relación significativa con la mortalidad. En conclusión: la insuficiencia renal oculta, estimada con el índice de Cockcroft, incrementa el riesgo de fallecer durante la hospitalización en pacientes con SCA y creatinina normal.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el pronóstico de los pacientes ingresados con síndrome coronario agudo e insuficiencia renal oculta. Gracias a la detección precoz de la insuficiencia renal oculta en pacientes con síndrome coronario agudo podemos identificar un subgrupo de mayor riesgo de complicaciones y como consecuencia intensificar la vigilancia y dirigir de una manera más precisa el tratamiento mejorando así el pronóstico o minimizando efectos secundarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento consiste en realizar la estimación del filtrado glomerular mediante el índice de Cockcroft o ecuación MDRD-4 a los pacientes que ingresen con un síndrome coronario agudo y creatinina normal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, Cardiología o UCI con síndrome coronario agudo, creatinina normal y filtrado glomerular estimado menor de 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> mediante el índice de Cockcroft o la ecuación MDRD-4.

2. Mortalidad y complicaciones de estos pacientes.

3. El seguimiento se realizará durante el ingreso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto de mejora: Junio de 2014 y mantenerlo de forma indefinida

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

091

**MEJORA DEL PRONOSTICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON SINDROME CORONARIO AGUDO MEDIANTE LA DETECCION DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

072

## 1. TÍTULO

**OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA: OPTIMIZACION DE UN RECURSO**

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ GIMENEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· YAGÜE VALLEJO SANDRA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA  
· CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA  
· BAJO ELORZA AMAYA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia respiratoria aguda es un cuadro que motiva numerosos ingresos hospitalarios , de su control y estabilización depende la correcta evolución del paciente y la disminución del número de complicaciones .  
A pesar de lograr el objetivo durante la hospitalización , cada vez es más habitual encontrar a pacientes que precisan oxigenoterapia domiciliaria tras el alta hospitalaria.  
Las indicaciones para la administración de este recurso están claramente definidas en protocolos de nuestras sociedades científicas ( neumología, medicina interna...), a pesar de lo cual, en ocasiones, se indica oxigenoterapia a nuestros pacientes sin criterio establecido. Independientemente, estos pacientes necesitan un control posterior para reevaluar la indicación que en muchas ocasiones no se lleva a cabo quedando el recurso en manos del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en la indicación de oxigenoterapia domiciliaria al alta en nuestros pacientes hospitalizados según los criterios establecidos por la SEPAR ( sociedad española de neumología )  
Correcto seguimiento de los pacientes en los que finalmente se establezca la indicación , con reevaluación posterior de la necesidad y valoración del correcto uso  
Mayor control económico de un recurso como es la oxigenoterapia evaluando correctamente su indicación y realizando un seguimiento protocolizado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se evaluará a todos los pacientes hospitalizados que se consideren subsidiarios de oxigenoterapia domiciliaria tanto desde el servicio de neumología como desde el servicio de medicina interna ( médicos especialistas en neumología y medicina interna: Dra Pérez Giménez, Laura; Dra Yague Vallejo, Sandra; Dr Cabrillo García, José Luis)  
Se les realizará gasometría arterial y hemograma previo al alta y en función de la historia clínica, comorbilidades y datos analíticos se tomará la decisión de indicación o no según criterios SEPAR  
Se les citará en CCEE de neumología ( auxiliar de enfermería: Amaya Bajo Elorza) en el plazo de 30 días con nueva gasometría y hemograma para reevaluar criterios de indicación y correcta cumplimentación por parte del paciente  
En caso de el paciente siga precisando la terapia realizara un seguimiento periódico a los 3, 6 y 12 meses posteriores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se elaborará un listado de pacientes pertenecientes a nuestra área que hayan sido dados de alta a partir de la fecha índice de inicio del proyecto hasta los 6 meses posteriores. Los pacientes recibirán seguimiento de oxigenoterapia durante el plazo de un año en caso de ser necesario. Se les dará cita para revisión de la indicación en un plazo de 30 días para reevaluación del paciente previa realización de analítica y gasometría arterial  
La consulta se realizará siempre en un lunes en huecos previstos en agenda para este fin  
Los pacientes que no acudan a consulta serán localizados vía telefónica y nuevamente citados si fuera necesario, quedando recogido el motivo de su ausencia.  
Se compararán el número de indicaciones de oxigenoterapia indicados en nuestro periodo de seguimiento en comparación con el número de indicaciones realizadas durante el mismo periodo del año anterior.  
Se comprarán también el número de bajas de oxigenoterapia realizadas en nuestro periodo de seguimiento en comparación con el mismo periodo de tiempo del año anterior .  
Cómo objetivo secundario podríamos valorar si el paciente ha presentado mayor estabilidad clínica durante el periodo de seguimiento medido mediante ingresos hospitalarios y visitas a urgencias en relación con la insuficiencia respiratoria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El reclutamiento de pacientes se llevaría a cabo durante 6 meses: del 01/07/2014 al 31/12/2014  
El seguimiento se llevaría a cabo durante el periodo de un año por lo que finalizaría el 31/12/2015  
Las visitas en los pacientes que lo precisara se programarían cada 1,3,6 y 12 meses

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

072

**OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA: OPTIMIZACION DE UN RECURSO**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

335

## 1. TÍTULO

**VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS TEORICOS Y LA TECNICA DE UTILIZACION DE INHALADORES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**

## 2. RESPONSABLE ..... SANDRA YAGÜE VALLEJO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ JIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. SERVICIO DE NEUMOLOGIA
- CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Son muchos los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna por agudizaciones de enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma) que utilizan fármacos inhalados como tratamiento de base de dichas patologías.

Existen en el mercado diferentes dispositivos para administrar fármacos por vía inhalatoria: MDI o inhalador de cartucho presurizado, inhalador de polvo seco y nebulizadores. Cada uno de los sistemas tiene unas particularidades a la hora de realizar la inhalación. A pesar de que en los últimos años se han desarrollado nuevos sistemas de inhalación y nuevas combinaciones de fármacos con el objeto de simplificar el tratamiento y mejorar el cumplimiento terapéutico, numerosas encuestas siguen comprobando que el uso de estos dispositivos sigue siendo incorrecto, lo que ocasiona un control subóptimo de estas patologías respiratorias y un deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo estudios recientes muestran que el nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre esta materia es insuficiente.

Todo ello implica que como profesionales de la salud en contacto diario con personas con estos problemas respiratorios y que requieren este tipo de tratamiento inhalado, estamos en la obligación de mejorar nuestra formación en este ámbito y así poder educar a nuestros pacientes para un correcto uso de sus inhaladores, ya que esto supone una mejora del control de sus patologías y reduce en una disminución del gasto sanitario.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el conocimiento teórico y de la técnica de utilización de los sistemas de inhalación que usan los pacientes de acuerdo a las recomendaciones realizadas por la SEPAR.

Optimizar la prescripción de estas terapias adecuando el sistema de inhalación a las características del paciente y teniendo en cuenta las preferencias del paciente en relación al tipo de dispositivo a utilizar.

Favorecer el cumplimiento terapéutico.

Mejorar la formación de los profesionales sanitarios incrementando los conocimientos teóricos y prácticos acerca de este tipo de terapias.

Hacer conscientes de la importancia de un correcto uso de estos dispositivos tanto a profesionales como a pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Durante 6 meses se llevará a cabo una selección prospectiva de aquellos pacientes adultos hospitalizados en la unidad de Med. Interna (Dra. Yagüe-Dr. Cabrerizo) /NML (Dra. Pérez) que por su patología respiratoria crónica, EPOC o asma, estén realizando algún tratamiento con inhaladores en domicilio. Se excluirán pacientes con capacidad cognitiva deteriorada.

Se recogerán datos mediante entrevista personal incluyendo datos personales (nombre, sexo, edad), diagnóstico, fármacos inhalados, tipo de dispositivo y fecha en que se realizó la prescripción.

Para valorar el conocimiento de la técnica de inhalación nos basaremos en las recomendaciones dadas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica-SEPAR de acuerdo al tipo de dispositivo utilizado por el paciente (inhalador de cartucho presurizado, cámara de inhalación, inhalador de polvo seco).

Inicialmente se valoran los conocimientos teóricos del paciente mediante un cuestionario que aborda diferentes puntos del proceso de inhalación del fármaco (posición del paciente, manipulación del dispositivo, espiración máxima previa a la inspiración, apnea posterior, orden de utilización de inhaladores..) y en una segunda parte se evaluará como el paciente realiza la técnica mediante la observación del proceso de inhalación por el profesional teniendo en cuenta los mismos pasos y anotando los datos para una posterior evaluación.

Durante el ingreso y una vez realizado el cuestionario teórico y la observación de la utilización, en caso de presentar algún error, se realiza una intervención educativa teórica y práctica hasta que el paciente realice de manera adecuada todos los pasos de la técnica de inhalación. Al alta se programará una revisión en Consulta Externa de Neumología en 2 meses donde volverán a reevaluarse los conocimientos adquiridos mediante los mismos cuestionarios utilizados en el primer momento.

En caso de presentar incorrecciones técnicas se realizará una nueva intervención formativa y se volverá a citar al paciente a los 6 meses y de nuevo a los 12 meses si fuera preciso.

Asimismo, durante el tiempo de duración del proyecto, se llevarán a cabo sesiones formativas sobre terapia inhalada para el personal sanitario de los servicios implicados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se incluirán pacientes pertenecientes a nuestro área que ingresen en el Servicio de Medicina Interna /Neumología por agudización de EPOC o asma y que en domicilio utilicen como tratamiento de base fármacos inhalados. Se les pasará cuestionario de evaluación y observación de la técnica de inhalación recomendado por la SEPAR durante el ingreso, una vez estabilizada su sintomatología respiratoria, y al alta se citarán para revisión en Consulta Externa de Neumología (Dra. Pérez) en el plazo de 2 meses. La consulta se realizará siempre en un lunes en huecos previstos en agenda para este fin. Los pacientes que no acudan a consulta serán localizados vía telefónica y nuevamente citados si fuera necesario, quedando recogido

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

335

**VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS TEORICOS Y LA TECNICA DE UTILIZACION DE INHALADORES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**

el motivo de su ausencia.

Valoraremos si hay una mejora objetiva del conocimiento y la utilización de los sistemas de inhalación por nuestros pacientes tras la intervención educativa y si ésta se mantiene en el tiempo o precisa refuerzos periódicos en las visitas de seguimiento.

Cómo objetivo secundario podríamos valorar si hay una mejora del cumplimiento terapéutico y si hay un mejor control sintomático durante el periodo de seguimiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El reclutamiento de pacientes se llevaría a cabo durante 6 meses: del 01/07/2014 al 31/12/2014

El seguimiento se llevaría a cabo durante el periodo de un año por lo que finalizaría el 31/12/2015

Las visitas en los pacientes se programarían a los 2 meses y si precisan a los 6 y 12 meses.

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. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

359

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO. POTENCIANDO EL 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.

- REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- IDOPE TOMAS ANGELA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- PERRINO GARCIA MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- ARRIETA NAVARRO RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

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 a través de carros o bien cuando el hospital es muy grande como sucede en nuestro caso o en unidades con mucho cambio de medicación, la dispensación a través de un sistema automatizado tipo pyxis ligado a prescripción electrónica y validación farmacéutica son los más seguros para el paciente, los más eficientes desde el punto de vista económico, y a la vez son los métodos que utilizan más efectivamente los recursos profesionales. Estos sistemas 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 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, se

priorizaron 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.
- 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 unidosis. En el año 2012 se realizaron 508 intervenciones farmacéuticas y 947 en 2013. Los errores de llenado se han mantenido los dos años en el 1,1%. Se han mantenido actualizadas las interacciones de mayor relevancia clínica, incluidas como ayudas a la prescripción en el programa Dominiom.

Desde el año 2011 se cambió la estructura de los sistemas de gestión e información de medicamentos utilizados en el hospital para trabajar por principio activo, realizándose actualmente toda la prescripción electrónica

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

359

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO. POTENCIANDO EL SISTEMA DE DISPENSACION INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS**

por principio activo.

Además se ha implantado la PE en 8 unidades.

Se han incrementado las ayudas en PE para incrementar la seguridad : interacciones, Insuficiencia renal, alergias  
Se ha adecuado el contenido de Kardex/Pyxis al consumo de medicamentos, analizando los medicamentos sin movimiento en los últimos 6 meses y modificando posteriormente los stock para optimizar el uso de espacio, minimizar la posibilidad de deterioro por caducidad y mejorar el índice de rotación de stock.

Se ha mejorado la seguridad y condiciones de conservación de los medicamentos en Kardex y Pyxis y para ello se han revisado las caducidades retirando los de caducidad más próxima para evitar la posible administración al paciente de un medicamento deteriorado y promover el uso de los mismos en unidades seleccionadas de elevado consumo en las que sería posible su utilización inmediata.

Finalmente para mantener las condiciones de un acceso selectivo y con el fin de evitar posibilidad de fugas de medicamentos se han revisado todas los usuarios que tenían clave de acceso a pyxis en hematología, nefrología y UCI y se ha cotejado con la relación de profesionales que actualmente se encuentran trabajando, eliminado el acceso a aquellas personas que actualmente no tiene relación laboral con estos servicios o con el Servicio de Farmacia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Incrementar las ayudas a la prescripción electrónica: Actualizar las interacciones farmacológicas más importantes y las alertas ante insuficiencia renal del paciente.

- Incrementar la notificación de alergias en la PE por parte del médico
- Incrementar la adhesión de la Prescripción a la Guía farmacoterapéutica.
- 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.
- Validar el proceso de prescripción electrónica asociada a pyxis.
- Mantener las claves de acceso a Pyxis actualizadas 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.
- Minimizar los errores de medicación asociados al cambio de programa de prescripción en urgencias y en pacientes en las unidades de enfermería.
- Mejorar la seguridad de los anticoagulantes orales
- Disminuir peticiones vía urgentes solicitadas inadecuadamente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los responsables de las actividades serán los farmacéuticos del área de unidosis y de urgencias con la colaboración del resto de farmacéuticos del servicio y de la enfermera supervisora. La actualización de la Guía será responsabilidad del farmacéutico responsable del CIM.

- 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.
- Actualizar y editar la Guía farmacoterapéutica
- Difusión de la prescripción por principio activo
- Formación de médicos prescriptores
- Ampliación de la prescripción electrónica en una planta: neurocirugía .
- Implantar PE ligada a Pyxis en Nefrología.
- Revisión de caducidades de los medicamentos en kardex/pyxis
- Revisión de la adecuación del stock de kardex/pyxis
- Mantener el audit del proceso de preparación y de reposición de los medicamentos en los SAD
- Actualización anual de las claves de acceso a dichos sistemas.
- Conciliar la medicación del ingreso de los pacientes en salas de observación del Servicio de Urgencias
- Monitorizar peticiones urgentes del Servicio de Urgencias
- Analizar los problemas de seguridad asociados a la utilización de ACO
- Valorar la conexión de la PE de PCH con Farmatools

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • 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
- Guía farmacoterapéutica actualizada.
- Nº unidades con prescripción electrónica
- Nº de unidades con pyxis con PE
- Nº de revisiones de caducidad de medicamentos en kardex/pyxis
- % de medicamentos sin movimiento en los últimos 6 meses en kardex/pyxis
- % errores en la preparación de los medicamentos para reposición en SAD/kardex
- Nº errores notificados por las unidades en el llenado de pyxis
- Nº de errores registrados en el llenado de los kardex.
- Nº de usuarios revisados con clave en Pyxis

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

359

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO. POTENCIANDO EL SISTEMA DE DISPENSACION INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS**

- % 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 9º y 11º del Hospital General.
- Informe sobre seguridad de ACO
- 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 2014  
Actualización del listado de las interacciones farmacológicas más relevantes de los fármacos incluidos en GFT. 1er semestre 2014  
Establecer listado de fármacos de alto riesgo que precisan vigilancia función renal. 2º trimestre 2014  
Ampliación de la prescripción electrónica en una planta: 2º trimestre 2014  
Validar PE ligada a Pyxis. 1 er semestre 2014  
Implantar PE ligada a Pyxis en Nefrología. 2º trimestre 2014  
Revisión de caducidades de los medicamentos en kardex/pyxis. Enero a Diciembre 2014  
Revisión de la adecuación del stock de kardex/pyxis. 2º semestre 2014  
Actualización anual de las claves de acceso a dichos sistemas. 4º trimestre 2014  
Auditar el proceso de preparación y de reposición de los medicamentos en los SAD.enero-dic 2014  
Conciliar la medicación de los pacientes pendientes de ingreso en salas de observación del Servicio de Urgencias. Enero a Diciembre 2014  
Valorar el impacto de la conciliación realizada en Urgencias 2º y 4º Trimestre 2014  
Seguimiento seguridad ACOs. 2º semestre 2014  
Validar conexión PCH - Dominiom. 4º trimestre 2014

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados y pacienets del Servicio de Urgencias

## 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

178

**IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN ATENCION PRIMARIA EN CENTRO DE SALUD ALMOZARA SECTOR II ZARAGOZA, EN COLABORACION CON SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES ALCONCHEL MONTORIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GONDRA ELGUEZABAL AMAGOIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA  
· URIOL GOSS VIBIANA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· DE LA CRUZ GARCIA JUAN LUIS. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· UTA CLAUDIA ELENA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· SIMON LOBERA ANA BELEN. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· HUALTE ARANDA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA  
· SANCHEZ VELA ARACELI. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cirugía menor es una prestación más de los cuidados integrales y continuos que prestan los centros de salud .Los análisis costo-efectividad estiman que la cirugía menor ambulatoria reduce entre un tercio y la mitad el gasto sanitario imputable a las mismas intervenciones efectuadas en servicios especializados.

Proporciona al usuario un servicio más rápido (sin listas de espera) y accesible, aumenta la capacidad resolutoria de los profesionales de AP ,mejoran la eficiencia de la prestación sanitaria, prestación eficiente muy fácil de auditar con buena aceptación por parte de los usuarios

La CM está incluida en el SNS en el Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero: "ordenación de prestaciones sanitarias de SNS" actualizada por Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre.

El circuito de derivación que se inicia en consulta de Dermatología en el CE Ramón y Cajal hasta la valoración por Cirugía Plástica del HUMS conlleva una demora superior a seis meses en la que intervienen 2 especialidades,. La implantación de este protocolo disminuiría la demora en el tratamiento mejorando la accesibilidad del paciente y la calidad de la atención prestada.

En la Cartera de Servicios de AP se encuentra el protocolo de Cirugía Menor , servicio 317.

**BIBLIOGRAFIA:**

Protocolo de cirugía menor en A.P. De la Comunidad autónoma de Canarias.  
Protocolo de cirugía menor en A.P. De C.S. RAFALACENA, De la Comunidad autónoma Valenciana.  
Resultados de mejora de C.M. Del Centro de Salud de Binefar (Huesa).  
Manual practico de C.M. De la sociedad de MFyC Valencia mayo 2012.  
Correlación clínica-patológica en área de Salud Rural, C.Salud Almunia de Doña Godina (Zaragoza)  
Estudio descriptivo-retrospectivo de C.M. Del C.S. De Valdejalón durante el periodo abril 1999-Julio 2009. Se compara con estudio Tarrega. Diciembre 2011.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Instaurar protocolo de Cirugía Menor (CM) Centro de Salud Almorzara Disminuir la demanda de Atención especializada en lesiones susceptibles de tratar en el C.S. Mejorar la coordinación entre los diferentes niveles y recursos implicados en la atención de estos pacientes (Dermatología, Cirugía plástica, C. general, Anatomía patológica y Microbiología I.

Formar a los 1 profesionales de Atención Primaria. en este campo asistencial.  
Aumentar la satisfacción del usuario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LIDERES QUIRURGICOS: Para comenzar el desarrollo de l programa de Cirugía. Menor , en el Centros Salud se adoptara inicialmente el modelo de "Lideres quirúrgicos", existiendo un profesional como referente del centro, que colaborara en la formación de los componentes del equipo y en las intervenciones de CM. Este funcionamiento exige un consenso entre los profesionales del equipo, siendo este es el modelo mas utilizado al inicio de este tipo de proyectos, incluyendo al menos cuatro reuniones al año.

FORMACION: Sesiones clínicas 2 al año, impartidas por los Cirujanos Plásticos pertenecientes al equipo de trabajo y dirigidas a los sanitarios del Centro de Salud. y 6 sesiones clínicas al año para los profesionales integrantes del equipo de Cirugía Menor.

REGISTRO DE LOS PACIENTES : diseño de hoja EXCEL como registro de captación de los pacientes.

**LESIONES A TRATAR:**

Patologías estipuladas en la cartera de servicios de A.P. previo consentimiento informado  
Lesiones epidérmicas  
Verrugas vulgar y plantar  
Queratosis seborreica  
Fibromas y acrocordomas  
Lesiones subdérmicas  
Quistes sebáceos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN ATENCION PRIMARIA EN CENTRO DE SALUD ALMOZARA SECTOR II ZARAGOZA, EN COLABORACION CON SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS**

Lipomas menores de 2 cm.  
 Cirugía de la uña:  
 Uña encarnada  
 Panadizo  
 Hematoma subungueal  
 Cirugía menor urgente  
 Abscesos  
 Heridas y laceraciones  
 Panadizos  
 Cuerpos extraños en piel y subcutaneas

**PROCEDIMIENTOS**

Escisión tangencial (afeitado y curetaje)  
 Escisión cilíndrica (Punch)  
 Escisión fusiforme de lesiones superficiales  
 Extirpación de lesiones dérmicas y subdérmicas  
 Criocirugía y electrocirugía.

El catálogo de intervenciones quirúrgicas factibles en Atención Primaria y las intervenciones asumibles por cada profesional dependerán del nivel de conocimientos y de los medios disponibles.

**ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR**
**ACTIVIDADES DEL MEDICO**

Diagnóstico de la patología  
 Información sobre pauta clínica y obtención del consentimiento informado  
 Elección y aplicación de la técnica quirúrgica adecuada  
 Instauración de tratamientos e indicaciones de cuidados postoperatorios.  
 Control postoperatorio y alta  
 Realización de historia clínica y hoja de evolución.  
 Indicación de actividades preventivas  
 Movilización y coordinación de los recursos sanitarios.

**ACTIVIDADES DE ENFERMERIA**

Selección y comprobación del instrumental  
 Preparación del campo quirúrgico  
 Instrumentación en el acto quirúrgico  
 Administrar y controlar cuidados postquirúrgicos  
 Controlar la medicación (anestésicos, desinfectantes, ...)  
 Enviar muestras al servicio de Anatomía Patológica.  
**ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA**  
 Limpieza y preparación del instrumental quirúrgico  
 Control de hojas de consentimiento informado y formularios de anatomía patológica  
**ACTIVIDADES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**  
 Registro de citas previas para cirugía menor.

REGISTRO DE LOS PACIENTES : diseño de hoja EXCEL para captación de los pacientes y registro en el OMI servicio 317, previo consentimiento informado

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO que será entregada a todos los pacientes al finalizar el tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de pacientes tratados por CM en CS / nº de pacientes derivados en el Centro de Salud

Nº de reuniones realizadas entre A. Especializada y AP/ Nº de reuniones previstas.

Nº de sesiones impartidas a los sanitarios/ Nº de sesiones previstas

Tiempo de demora para CM en AP/Tiempo de demora para CM en atención especializada.

Nº de pacientes satisfechos/Nº de pacientes tratados en CM

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. mayo 2014 -mayo 2015**

	d	e	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n
presentación al equipo				x								
elaboración de protocolo				x								
captación de pacientes				x	x	x	x	x	x	x	x	x
hoja recogida datos					x							
sesiones equipo					x						x	
Sesiones equipo CM				x		x		x		x		x
Evaluación												x

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

**IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN ATENCION PRIMARIA EN CENTRO DE SALUD ALMOZARA SECTOR II ZARAGOZA, EN COLABORACION CON SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS**

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. A PARTIR DE 14 AÑOS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CIRUGIA MENOR

OTRA PALABRA CLAVE 2. PROTOCOLO

## 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. ....             | 4 Mucho    |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

419

**AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ALDEA ALDANONDO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CLARIANA SEBASTIAN MONICA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· PEREZ RUBIO SARA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· ESPINOSA SOLA LAURA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· TELLEZ ZUBIETA PILAR. TCAE. 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 desde el año 2009. En el año 2013 se consiguió una importante ampliación del alcance de acreditación en otras áreas, incluida la bacteriología.

Este mismo año se solicitó un proyecto de mejora para la ampliación del alcance de acreditación del urocultivo. Debido a cambios en el personal asignado al proyecto, así como retraso en la adquisición del sembrador automático y equipo de cribaje de orinas no se pudo llevar a cabo el proyecto, por lo que se hace necesaria su prórroga en 2014, para la ampliación del alcance de acreditación del urocultivo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliación del alcance de acreditación del urocultivo en la próxima auditoría ENAC prevista para diciembre de 2014.

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/Nª de personas adscritas al alcance. >95%

3er indicador: Realización y cumplimentación de registros técnicos y de calidad  
Nº de registros cumplimentados/ Nº de registros totales x100  
Objetivo a alcanzar > 90%

4º indicador: Realización y evaluación del control de calidad interno (>90%)  
Se monitorizará revisando cada tres meses los registros correspondientes al control interno y las posibles incidencias asociadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: abril de 2014  
Fecha de finalización: finales del año 2014, en función de la fecha de auditoría de ENAC

Cronograma

Realización de los Procedimientos técnicos de Análisis: Abril -Junio de 2014.

Formación y cualificación del personal adscrito: Abril hasta finales del 2014

Implantación del control interno: Abril -Junio de 2014.

Implantación de los registros técnicos y de calidad. Abril hasta finales del 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

419

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS

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

330

**MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO**

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALVAREZ ALONSO  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· 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  
· LUQUE CARRO RAQUEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS  
· ALLER CONDE MARIA. 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 medicalizado, en muchos casos guiadas por las recomendaciones del 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", 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 el Servicio de 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. Muchas veces, sus preferencias no se ajustan a las posibilidades reales del servicio ofrecido en nuestro hospital, ya sea debido al funcionamiento del servicio, la carga de trabajo, los materiales disponibles, los protocolos de actuación u otras causas.

Las 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. Creado circuito de captación de las mujeres que presentan plan de parto. Realizadas 33 entrevistas totales. Fecha inicio de la primera realizada el 10/10/13 y de la última el 1/4/14. En 20 de las 33 entrevistas realizadas las gestantes se encontraban entre la semana 37-38 de gestación. Se intentará disminuir las semanas a la que la gestante se entrevista para aumentar el tiempo de reflexión y disminuir la posibilidad de que se ponga de parto antes de realizar la entrevista. 22 de las 33 entrevistas correspondían a madres primíparas. Y la edad de las gestantes en el momento del embarazo presentó una moda de 31-33 años .

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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.

Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto y fomentar el empoderamiento de la mujer en su propio proceso de parto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se recogen los "planes de parto" entregados por las gestantes y nos ponemos en contacto con ellas para establecer una cita en el hospital. Se encargan Raquel Luque y Vanesa Teban

El día de la cita se revisará conjuntamente el documento con la gestante para resolver dudas, aclarar información. Se tratan con especial interés 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 y se rellena una encuesta pre-parto que facilitará una futura ampliación de nuestra investigación a favor de la calidad de la atención. Todas las integrantes del proyecto.

Mensualmente se repasa el libro de partos para detectar que mujeres de las entrevistadas han dado a luz y se envía la encuesta de satisfacción por e-mail. Todas las integrantes del proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 75% de las mujeres que presentan "plan de parto" son contactadas y citadas.

- Se envía al 75% de las mujeres la encuesta posterior al parto para valorar el grado de cumplimiento de su plan de parto consensuado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Información a las nuevas matronas de primaria acerca del proyecto de mejora en los tres primeros meses.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

330

**MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO**

-Información al personal del servicio de paritorios y alto riesgo acerca del proyecto de mejora y de los primeros resultados en los dos primeros meses.  
-Evaluación de los resultados tras seis meses de proyecto.

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

## 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. 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. ....             | 2 Poco     |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

054

**MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN POBLACION GESTANTE DE LOS SECTORES I Y II ESTABLECIENDO RANGOS DE REFERENCIA DE HORMONAS TIROIDEAS ESPECIFICOS EN NUESTRA POBLACION Y LABORATORIO, ELABORANDO UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO**

2. RESPONSABLE ..... DIEGO ALVAREZ BALLANO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BANDRES NIVELA MARIA OROSIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - ACHA PEREZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - GRACIA RUIZ MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - RELLO VARAS LUIS. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
  - GARCIA GONZALEZ ELENA. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El funcionamiento adecuado de la glándula tiroidea es esencial en todas las etapas de la vida, incluyendo la gestación y el desarrollo fetal, especialmente durante el primer trimestre, ya que hasta las semanas de gestación (SG) 10-12 el aporte de hormonas tiroideas es completamente dependiente de la madre.

La disfunción tiroidea materna se asocia a mayor morbilidad materna y morbimortalidad perinatal. Así el incremento de tirotropina (TSH) se asocia a un incremento del riesgo de parto pretérmino, a un desprendimiento prematuro de la placenta, a la muerte fetal y aun deterioro del desarrollo neurológico del hijo, y la hipotiroxinemia materna, tanto en las etapas precoces como en las etapas finales del embarazo se asocia a alteraciones en el desarrollo psicomotor del niño. Respecto al hipertiroidismo, menos frecuente durante la gestación, su forma clínica afecta al desarrollo de la gestación (aumentando el riesgo de aborto, prematuridad y preeclampsia) y se asocia a consecuencias adversas tanto para la madre (fallo cardiaco congestivo, tormenta tiroidea e incluso la muerte) como para el feto (retraso de crecimiento, malformaciones congénitas e incluso muerte fetal). Finalmente la presencia de anticuerpos antitiroideos incrementa el riesgo de hipotiroidismo en gestantes eutiroideas, así como de aborto prematuridad y desarrollo de tiroiditis postparto. Se requiere una ingesta adecuada de yodo por parte de la madre para hacer frente al aumento de las necesidades de este micronutriente que se produce durante el embarazo. Actualmente, España mantiene un nivel de yodación en gestantes muy variable dependiendo de la Comunidad Autónoma, región o comarca estudiada. El impacto de la deficiencia de yodo, aún leve-moderada puede ser causa de hipotiroxinemia durante el embarazo y alteraciones en la maduración neurointelectual de la descendencia. Todas estas razones justifican la importancia de los programas de cribado y control durante la gestación de la función tiroidea, en la que los test bioquímicos juegan un papel esencial.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición ha recomendado en un documento de consenso el cribado universal de la función tiroidea durante el periodo pregestacional o en el primer trimestre. De forma similar, esta recomendación ya había sido recogida anteriormente por diversas sociedades internacionales de endocrinología, de bioquímica y de ginecología y obstetricia, que aconsejan el cribado universal de disfunción tiroidea en gestante en 1 trimestre orientado a la detección de hipotiroidismo clínico o el cribado selectivo en pacientes con factores de riesgo.

El diagnóstico de la disfunción tiroidea se basa en la medida de parámetros bioquímicos de laboratorio. Sin embargo, la interpretación de los biomarcadores de función tiroidea se dificulta durante la gestación, dado que esta comporta una serie de cambios fisiológicos que repercuten en la fisiología normal de la glándula tiroidea, especialmente el incremento de la concentración sérica de la proteína transportadora de hormonas tiroideas, cuya síntesis es estimulada por los estrógenos, y el aumento de la concentración de gonadotropina coriónica humana. Por tanto, para una evaluación correcta de la función tiroidea durante la gestación no podremos utilizar los valores de referencia de la población general y se va a requerir de intervalos de referencia específicos para la gestación estratificados por trimestres, en cada población y obtenidos con la metodología habitualmente empleada en cada laboratorio, con el fin de diagnosticar enfermedades clínicas o subclínicas y poder valorar la necesidad de tratamiento bien sustitutivo, bien antitiroideo. Lo cierto es que los VR para la TSH en 1er trimestre de gestación no están claramente establecidos y que presentan cambios relevantes según la semana en que se determinen y el tipo de población, aún utilizando el mismo método de análisis. Según distintos trabajos, el percentil 2,5 en primer trimestre puede oscilar de 0,02 a 0,05  $\mu\text{U/mL}$  y los percentiles 97,5 y 98 entre 2,15; 2,3; 3,61 y 4  $\mu\text{U/mL}$ . Las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas tanto nacionales como internacionales recomiendan que el screening consistirá en determinar TSH, y si  $> 2,5$  (es el valor de referencia recomendado en ausencia de valores propios de referencia por las sociedades científicas internacionales y nacionales) (ó  $> P97,5^*$ , sería el valor recomendado como patológico) en 1º trimestre se realizaría por protocolo inmediato T4L y TPO (cada laboratorio debe informar conjuntamente estos valores con la TSH). \*Es necesario que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

054

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN POBLACION GESTANTE DE LOS SECTORES I Y II ESTABLECIENDO RANGOS DE REFERENCIA DE HORMONAS TIROIDEAS ESPECIFICOS EN NUESTRA POBLACION Y LABORATORIO, ELABORANDO UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO**

cada laboratorio de referencia evalúe sus percentiles de TSH y T4L para gestantes yodosuficientes y/o correctamente suplementadas para cada trimestre; ello permitirá establecer referencias locales. En caso de que ya se disponga de referencias locales de TSH para gestantes en 1º trimestre, se aplicará como valor de corte el P97'5 de la población de referencia en vez del citado valor de 2'5. Respecto a la T4L, en caso de no disponerse de valores propios, se aplicará -solo para el 1º trimestre- el límite inferior de normalidad de T4L del laboratorio de referencia. En nuestra Comunidad no tenemos valores de referencia propios con nuestra población y con nuestro laboratorio, por lo que hemos adoptado en la práctica clínica habitual la recomendación de las Sociedades Científicas: TSH de: 0,1-2,5mcU/mL en primer trimestre; 0,2-3mcU/mL en segundo trimestre y 0,3-3 mcUI/mL en tercer trimestre. Esto implicaría, según estudios preliminares una elevada tasa de falsos positivos.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer los intervalos de referencia de TSH y tiroxina no unida a proteína (T4 libre) (p25-p97'5) en mujeres gestantes sanas con buen estado nutricional de yodo y autoinmunidad negativa durante el primer trimestre de gestación con la metodología empleada en nuestro laboratorio y con nuestra población.

Sabemos por estudios propios que empleando el punto de corte de TSH < 2,5 en nuestra población durante el 1er trimestre de gestación, según las guías internacionales, basados en estudios poblacionales y con métodos analíticos diferentes, la prevalencia de hipotiroidismo sería superior al 20%. Sin embargo la prevalencia real de hipofunción tiroidea clínica y subclínica no supera el 4%. Por tanto necesitamos establecer rangos de referencia específicos para nuestro método inmunoanalítico y así disminuir la elevada tasa de falsos positivos que implica un aumento de visitas médicas, pérdida de horas laborales y tratamientos innecesarios

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

Estudio descriptivo observacional multicéntrico en gestantes sanas en nuestros sectores I y II.

## Población:

La población de estudio estará formada por mujeres gestantes de los Sectores sanitarios I y II de Zaragoza, que acudan en la primera visita de embarazo a la consulta de Tocología SG 7-9 para cribado prenatal. En todas estas pacientes se les realizará la analítica del primer trimestre (antes de la 10 semana de gestación), en el segundo trimestre (entre la 24-26 semana) y en el tercer trimestre (a la 36 semana), estas analíticas coincidirán con las solicitadas por los tocólogos en el seguimiento normal de la gestación.

## Criterios de inclusión:

- Gestantes sanas que acudan a la visita de tocología que acepten voluntariamente su participación mediante la firma del consentimiento informado.

## Criterios de exclusión:

- Antecedentes personales conocidos de disfunción tiroidea clínica o subclínica.  
- Toma de medicamentos que afecten la función tiroidea.  
- No firma del consentimiento informado.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Percentil 97,5 y 2,5 para TSH y T4 libre en los tres trimestres de gestación

Prevalencia de disfunción tiroidea utilizando los valores de referencia específicos

Comparación con resultados previos (sin disponer de valores específicos)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se considera que la duración aproximada total del estudio será de un año, contando desde mayo 2014, pasando por la recogida de la información obtenida y finalizando con la realización del informe final de resultados.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hormonas Tiroideas

OTRA PALABRA CLAVE 2. Embarazo

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN POBLACION GESTANTE DE LOS SECTORES I Y II ESTABLECIENDO RANGOS DE REFERENCIA DE HORMONAS TIROIDEAS ESPECIFICOS EN NUESTRA POBLACION Y LABORATORIO, ELABORANDO UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

- 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

470

**PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LA UNIDAD DE TERAPIA SUPERFICIAL PANTAK THERAPAX SXT 150 CONFORME A LOS REQUISITOS DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 : 2008**

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES ANDRES REDONDO
- Profesión ..... RADIOFISICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
  - BERTOLIN RICART ESTHER. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
  - YANGUAS GARRIDO ELENA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA UNIDAD THERAPAX PANTAK SXT 150 ES LA UNICA INSTALACION DE TERAPIA SUPERFICIAL EXISTENTE EN ARAGON PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES EN PIEL. PROPORCIONA OCHO HACES DE RAYOS X EN LOS RANGOS DE BAJA Y MEDIA ENERGIA (DESDE 30 KV HASTA 150KV)

EL SERVICIO DE FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ALINEADO CON LA POLITICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO ARAGONÉS DE LA SALUD ESTA LLEVANDO A CABO LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD CON LOS REQUISITOS DE LA NORMA INTERNACIONAL UNE-EN ISO 9001 : 2008. EN EL AÑO 2012 SE CONSIGUIÓ LA ACREDITACION PARA EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA Y EN LA ACTUALIDAD SE ESTA TRABAJANDO PARA CONSEGUIR LA ACREDITACION EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA FISICA.

DENTRO DE ESTE MARCO CON EL FIN DE MEJORAR LA PRECISION Y LA CALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS A LOS PACIENTES NOS PROPONEMOS ELABORAR Y PONER EN MARCHA UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LA INSTALACION DE TERAPIA SUPERFICIAL. LA EXISTENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS ESCRITOS Y LAS PLANTILLAS CORRESPONDIENTES PARA REALIZAR CADA UNO DE LOS CONTROLES AYUDARA A LOS PROFESIONALES A REALIZAR SU TRABAJO CON MAYOR EFICIENCIA Y DISMINUIRA LA VARIABILIDAD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EN EL AÑO 2011 SE REALIZO EL PROYECTO : CALIBRACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA SUPERFICIAL PANTAK THERAPAX SXT 150 USANDO EL PROTOCOLO IAEA TRS-398, DETERMINACION DEL ESTADO DE REFERENCIA Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD

LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FUERON

1. MEDIR LA PRIMERA CAPA HEMIRREDUCTORA (CHR)
2. COMPROBAR LA LINALIDAD DEL TEMPORIZADOR
3. DETERMINAR EL ERROR DE TEMPORIZADOR
4. MEDIR LA TASA DE DOSIS EN CONDICIONES DE REFERENCIA. EN EL RANGO DE ENERGÍAS BAJAS (30KV-80KV) CON UN MANIQUÍ DE LÁMINAS DE PMMA EN LUGAR DEL MANIQUÍ RECOMENDADO POR EL PROTOCOLO TRS-398 (NO HEMOS DISPUESTO DE LOS RECURSOS PREVISTOS PARA COMPRAR EL EQUIVALENTE A AGUA). EN EL RANGO DE ENERGÍAS MEDIAS (100KV-150KV) CON UN MANIQUÍ DE AGUA.
5. MEDIR EL PORCENTAJE DE DOSIS EN PROFUNDIDAD EN EL EJE DEL HAZ EN LOS MISMOS MANIQUÍIS.

LA EVALUACIÓN DE INDICADORES FUE

1. EXISTENCIA DE INDICE DE CALIDAD PARA CADA ENERGIA - CONSEGUIDO
2. EXISTENCIA DEL VALOR DEL ERROR DEL TEMPORIZADOR - CONSEGUIDO
3. EXISTENCIA DEL VALOR DE LA TASA DE DOSIS DE REFERENCIA - CONSEGUIDO
4. EXISTENCIA DE LAS CURVAS DE REBDMIENTO EN PROFUNDIDAD - CONSEGUIDO
5. EXISTENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD - PREVISTO PARA REALIZAR A LO LARGO DEL AÑO 2012.

EN EL CALENDARIO PREVISTO EN EL PROYECTO NOS PROPONIAMOS PLANIFICAR EL CONTROL DE CALIDAD ANTES DE FINALIZAR AÑO 2011 Y ELABORAR POSTERIORMENTE LOS PROCEDIMIENTOS . SIN EMBARGO LAS DEMORAS PRODUCIDAS POR: 1) LA ESPERA DE LLEGADA DE LOS RECURSOS ( FINALMENTE NO LLEGARON) QUE RETRASO EL COMIENZO DE LAS MEDIDAS Y, 2) QUE EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA ESTÁ TRATANDO PACIENTES EN EL THERAPAX POR LO QUE SOLO DISPUSIMOS DE UN DÍA A LA SEMANA PARA MEDIR (ESTO HA SUPUESTO MONTAR, CENTRAR Y DESMONTAR EL EQUIPAMIENTO CADA VEZ, QUE EN ALGUNAS DE LAS MEDIDAS SUPONE MUCHO TIEMPO) NOS IMPIDIO COMPLETAR ESTE OBJETIVO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- DECIDIR LAS PRUEBAS A REALIZAR Y SU PERIODICIDAD PARA LLEVAR A CABO EL CONTROL DE CALIDAD EN LA UNIDAD THERAPAX PANTAK SXT 150

2 -IMPLANTAR EL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD

DADA LA FALTA DE CONSENSO AL RESPECTO EN BIBLIOGRAFIA, LOS CONTROLES PERIODICOS SE DECIDIRAN BASANDONOS EN NUESTRA EXPERIENCIA Y EN EL PROTOCOLO DEL ORGANISMO INTERNACIONAL DE LA ENERGIA ATOMICA (OIEA) TECDOC-1151.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1 - ELABORAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LOS CONTROLES A REALIZAR DIARIAMENTE
- 2 - REALIZAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA FIJAR LOS PARA LOS PARAMETROS QUE PERMITAN COMPROBAR LA CONSTANCIA DE LA CALIDAD EN CADA UNO DE LOS HACES DE RAYOS X.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

470

**PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LA UNIDAD DE TERAPIA SUPERFICIAL PANTAK THERAPAX SXT 150  
CONFORME A LOS REQUISITOS DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 : 2008**

3 - REALIZAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA FIJAR LOS PARA LOS PARAMETROS QUE PERMITAN COMPROBAR LA CONSTANCIA DE LA TASA DE DOSIS EN CADA UNO DE LOS HACES DE RAYOS X.

4 - ELABORAR LOS PROCEDIMIENTOS:

- a) COMPROBACION DE LA RESPUESTA DEL TEMPORIZADOR
- b) COMPROBACION DE LA REPETIBILIDAD DE LA UNIDAD
- c) COMPROBACION DE REPRUDUCIBILIDAD DE LA TASA DE DOSIS CON EL ANGULO DEL TUBO DE RAYOS X
- d) 1- MEDIDA DE LA CALIDAD DEL HAZ  
2- COMPROBACION DE LA CONSTANCIA DE LA CALIDAD DEL HAZ
- e) 1- DETERMINACION DE LA TASA DE DOSIS  
2- COMPROBACION DE LA CONSTANCIA DE LA TASA DE DOSIS
- f) MEDIDA DEL PORCENTAJE DE DOSIS EN PROFUNDIDA
- g) COMPROBACIÓN DEL CAMPO DE RADIACIÓN.

5 - CONSENSUAR CON EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA LOS TIEMPOS DISPONIBLES PARA REALIZAR LOS CONTROLES.

LOS RESPONSABLES DE TODAS LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS ANTERIORMENTE SERAN EL DR. FONT Y LA DRA ANDRES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- EXISTENCIA DE LAS MEDIDAS INDICADAS EN LAS ACTIVIDADES 2 Y 3.
- 2- EXISTENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS ESCRITOS.
  - 3- ESTABLECIDO EL CONSENSO CON EL DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
  - 4- IMPLANTACION DE LOS CONTROLES DIARIOS
  - 5- IMPLANTACION DE LOS CONTROLES MENSUALES

CADA DOS MESES SE REALIZARA UNA EVALUACION DE LOS AVANCES REALIZADOS Y DE LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - ACTIVIDAD 1 - MAYO
- ACTIVIDAD 2 y 3 - JUNIO, JULIO
  - ACTIVIDAD 4 a,b,c - AGOSTO
  - ACTIVIDAD 4 d - SEPTIEMBRE - OCTUBRE
  - ACTIVIDAD 4 e - SEPTIEMBRE - OCTUBRE
  - ACTIVIDAD 4 f - NOVIEMBRE
  - ACTIVIDAD 4g - NOVIEMBRE
  - ACTIVIDAD 5 - ANTES DE FINALES DE JULIO

EL PROPOSITO ES TENER A FINALES DEL AÑO 2014 ELABORADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS E IMPLANTADOS LOS CONTROLES DE CALIDAD DE PERIORICIDAD DIARIA Y MENSUAL.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

031

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE FICHAS. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA ENFERMERIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA PROGRAMADA**

2. RESPONSABLE ..... SAGRARIO ANGULO ESPINOSA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MARTINEZ MORERA NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· CASAMIAN CABERO MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· CACERES DURAN ESPERANZA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· LORENTE MARTIN SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· GRACIA SANCHEZ MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· URZAINQUI ZABALZA OFELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· NOYA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DEBIDO A LOS MULTIPLES PROCEDIMIENTOS EXISTENTES Y A LA NECESIDAD DE ACTUALIZACION QUE EXIGEN LOS AVANCES TECNICOS, REQUIERE QUE EL PERSONAL SE MANTENGA ACTUALIZADO PARA REALIZAR SU ACTIVIDAD DE FORMA COMPETENTE Y PARA QUE LA CONTINUA INCORPORACION DE NUEVO PERSONAL TENGA UNA GUIA EXPLICATIVA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS DISTINTOS PROCESOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ESTANDARIZAR Y UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS  
GARANTIZAR LA MEJORA DE CALIDAD DE CUIDADOS  
GUIAR Y ORIENTAR AL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACION  
MEJORAR EL GRADO DE SATISFACCION Y MOTIVACION DEL PERSONAL FIJO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ELABORAR FICHAS EXPLICATIVA DE CADA INTERVENCION QUIRURGICA EN GINECOLOGIA :  
EN LA QUE CONSTE:  
-DIAGNOSTICO  
-DEFINICION  
-TIPO DE INTERVECCION  
-CUIDADOS  
- INSTRUMENTAL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ESTRUCTURALES: FICHA EXPLICATIVA DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN GINECOLOGIA  
DE PROCESO: PORCENTAJE DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION QUE LLEVA A CABO SU CUMPLIMIENTO  
DE RESULTADO : GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL FIJO DURANTE SU IMPLEMENTACION.  
ENCUESTA DE SATISFACCION AL AÑO DE SU IMPLEMENTACION

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO ABRIL 2014 MARZO 2015  
ABRIL A JUNIO: BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA  
JULIO A SEPTIEMBRE : PUESTA EN COMUN  
OCTUBRE A MARZO 2015: ELABORACION DE FICHAS EXPLICATIVAS

11. OBSERVACIONES. DEBIDO AL NUMERO DE FICHAS PREVISTO SERA NECESARIO PEDIR UNA AMPLIACION DEL PROYECTO DE MEJORA. NECESIDAD DE MATERIAL ESPECIFICO PARA LA REALIZACION DE LAS FICHAS Y SU PLASTIFICACIÓN.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA  
·EDAD. DUES  
·SEXO. Ambos sexos  
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DUES DE NUEVA INCORPORACION

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

201

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA EN LA REALIZACION DE VENDAJES E INMOVILIZACIONES DE PATOLOGIA TRAUMATOLOGICA EN URGENCIAS : IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE UN MANUAL DE ELABORACION PROPIA**

## 2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION ASCASO MARTORELL

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PES LAGUNA MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- CORTES GRACIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- ANDRES PARICIO FELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- HIDALGO MENDIA BEGOÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- ANGULO TABERNEO MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
- VAZQUEZ ARIZA JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS HMI
- JIMENEZ TRIVEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología traumatológica supone un 35% aproximadamente del volumen total de las asistencias en el Servicio Urgencias del Hospital Miguel Servet. Estamos asistiendo a un aumento progresivo de las asistencias por lesiones traumatológicas debido al aumento de esperanza de vida y a una mayor participación de la población en cuanto a accidentes deportivos, desplazamientos, laborales..etc. Esta presión asistencial, junto con la complejidad y variabilidad de la patología traumatológica, obliga al conocimiento preciso de las técnicas de inmovilización de cada fractura o lesión atendida. Partimos de la situación de que hasta ahora las técnicas de realización de vendajes se transmitían verbalmente de personal más experto a otros, con la consiguiente variabilidad en la técnica e indicaciones. Creemos necesaria la estandarización en la realización de los mismos, siguiendo unas líneas de actuación homogéneas, con una esmerada técnica, plasmadas en una guía-manual realizada por personal del Servicio de Urgencias de Hospital. Se pretende dar a conocer esta guía y que sirva de modelo para la realización de cada una de las técnicas de inmovilización realizadas en las Urgencias de Traumatología del Hospital.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocimiento por parte del personal trabajador de Urgencias de Traumatología de la existencia del Manual de Vendajes  
-Utilización y seguimiento del manual de Vendajes en todas las asistencias de Urgencias que requieran inmovilización ya sea rígida con yesos o blanda.  
-Disminuir la variabilidad en la realización de vendajes e inmovilizaciones  
-Realizar una técnica precisa y esmerada en los vendajes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Supervisoras de Enfermería del área de Urgencias: Maria del Mar Pes Laguna, Maria Angeles Cortés Gracia y Felisa Andrés Paricio: reuniones informativas con personal de enfermería, difusión del manual en los boxes de traumatología.  
-Autores del manual: Begoña Hidalgo Mendia, Javier Vázquez Ariza y Maria Carmen Jiménez Trivez: sesiones-talleres prácticos de carácter semestral para la formación de personal nuevo en el área de Urgencias, para la enseñanza de la realización de las técnicas de inmovilización.  
-Concepción Ascaso Martorell: Información y difusión del manual entre el personal facultativo adjunto y MIR que presta atención continuada en el Urgencias de traumatología.  
-Registro de la utilización y seguimiento del manual en cada una de las actuaciones por parte del personal de enfermería, con la anotación en el programa informático PCH : Actuación de enfermería: técnicas realizadas: vendaje enyesado, férula..etc .escribiendo: " según manual"  
-Revisión de las Historias Clínicas con diagnóstico de "contusión" y "fracturas" atendidas en Urgencias, en las que la actuación de enfermería incluya " vendaje realizado según manual

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Objetivo: formación del personal de enfermería : Sesiones formativas de carácter semestral por parte de los autores:

nº de personal enfermería conocedor del manual/total del personal enfermero en urgencias de traumatología: 100%  
-Objetivo: conocimiento de la existencia del manual por parte del personal facultativo y MIR que presta asistencia en Urgencias de traumatología:  
nº de personal facultativo y MIR conocedor del manual/total del personal facultativo y MIR: 100%  
-Objetivo : asistencia siguiendo el manual: Revisión en las Historias Clínicas en la pestaña de "actuación de enfermería"- "técnicas realizadas"-vendaje, férula de yeso.."según manual"  
nº de pacientes con diagnóstico de fracturas a los que se les ha realizado una inmovilización siguiendo el Manual de Vendajes de Urgencias/ nº total de pacientes con fracturas atendidos en urgencias: 95%  
nº de pacientes con diagnóstico de contusión a los que se les ha realizado una inmovilización siguiendo el manual/ nº total de pacientes con lesiones de partes blandas atendidos en urgencias: 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio abril 2014. Fin Diciembre 2014

Talleres formativos previstos a los 3 y 6 meses

Análisis de Historias Clínicas mensuales: pacientes diagnosticados de "fracturas" y de "contusión

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

201

1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA EN LA REALIZACION DE VENDAJES E INMOVILIZACIONES DE PATOLOGIA TRAUMATOLOGICA EN URGENCIAS : IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE UN MANUAL DE ELABORACION PROPIA**

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

489

**PROTOCOLO DE INDICACIONES DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA Y TRANSESOFAGICA EN EL H.U. MIGUEL SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE Y DE FUNCIONAMIENTO DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL 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
  - CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - LOPEZ RAMON MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - LAPUENTE GONZALEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - RIVERO FERNANDEZ ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - LASALA ALASTUEY MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ecocardiografía, al igual que el resto de las técnicas de imagen cardiovascular, ha experimentado en la última década un gran auge y desarrollo ampliando sus indicaciones en distintas patologías. Al importante crecimiento de la ecocardiografía ha contribuido el continuo desarrollo de nuevos avances tecnológicos, como la técnica Doppler, la ecocardiografía transesofágica, la ecocardiografía de estrés, la imagen armónica, la ecocardiografía de contraste, y, recientemente, el Doppler tisular, strain y ecocardiografía tridimensional. Numerosos estudios han validado la exactitud de estas técnicas en el diagnóstico y cuantificación de la severidad de múltiples cardiopatías.

La ecocardiografía, por su inocuidad, rapidez y bajo coste, se ha convertido en la técnica no invasiva de referencia en el diagnóstico y seguimiento de la mayoría de cardiopatías y permite, así mismo, guiar el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca o hipertensión pulmonar. La principal limitación de la ecocardiografía es su dependencia del explorador, y tanto la experiencia del que realiza el estudio como la calidad de los equipos que se utilizan influyen de forma determinante en la exactitud de los resultados.

En los últimos años, la solicitud de exploraciones ha aumentado de forma exponencial, tanto desde el servicio de cardiología como de otros servicios como medicina interna, neumología, oncología o cuidados intensivos. El desarrollo de nuevas aplicaciones, como la ecocardiografía de estrés, intraoperatoria y en el intervencionismo percutáneo, así como, un aumento de la prevalencia de cardiopatía congénita en el adulto, ha agudizado el incremento de la demanda asistencial. Aunque en los últimos años se ha realizado un esfuerzo importante en la adquisición de equipos ecocardiográficos, pocos laboratorios han conseguido una dotación adecuada de recursos humanos y tecnológicos para afrontar este incremento de la demanda. Esto conlleva la demora en la realización de ecocardiografía tanto de pacientes hospitalizados como ambulantes contribuyendo a prolongar estancias medias hospitalarias y, retrasar el diagnóstico y tratamiento adecuado en algunos pacientes. Así mismo, la importante sobrecarga asistencial dificulta el adecuado aprendizaje e incorporación a la práctica clínica diaria de nuevas tecnologías en ecocardiografía como son el strain o la ecocardiografía tridimensional.

Por lo anteriormente expuesto, desde el servicio de Cardiología, proponemos un proyecto de Mejora destinado a adecuar las solicitudes de ecocardiografías en nuestro hospital a las indicaciones de ecocardiografía transtorácica y transesofágica, adaptado al conocimiento basado en la evidencia.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo primordial con este protocolo es guiar a los profesionales en la adecuada indicación de ecocardiografía en las patologías no cardiacas así como su indicación en el diagnóstico y seguimiento de las distintas cardiopatías, basado en las recomendaciones actuales americanas de uso de ecocardiografía y las guías españolas y europeas de las distintas patologías cardiacas.

Como segundo objetivo, pretendemos descargar la sección de ecocardiografía de peticiones innecesarias y repetitivas, de forma que, permita una mejor atención de los pacientes en los que realmente es necesaria esta prueba, así como, el desarrollo y la incorporación a la práctica habitual de las últimas tecnologías en el campo de la ecocardiografía.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para conseguir estos objetivos se va a consensuar un protocolo de indicaciones de ecocardiografía en las distintas situaciones clínicas, 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 y American Heart Association para aplicarlas a nuestro medio. De la misma manera revisaremos las recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecocardiografía para la adecuada indicación de ecocardiografía publicadas en el Journal of American College of Cardiology en 2011.

Tras la elaboración del protocolo se realizará la adaptación del formato del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet (Abril-2008), para que esté disponible en la página web del Salud del Sector Zaragoza II.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

489

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE INDICACIONES DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA Y TRANSESOFOGICA EN EL H.U. MIGUEL SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE Y DE FUNCIONAMIENTO DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA**

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 peticiones de ecocardiografía transtorácica y tranesofágica de los meses Mayo a Julio de 2014, analizando el motivo de la petición, servicio del que proviene, su resultado (patológico o no) y la existencia de alguna petición previa del mismo paciente.

2. Tras la publicación de este protocolo de indicación de ecocardiografía transtorácica y tranesofágica, comprobar que la difusión ha sido adecuada, y, realizar una nueva revisión de las peticiones de ecocardiografía en los tres siguientes meses de su publicación para comprobar el impacto del mismo en los distintos servicios del hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar el protocolo de las indicaciones de ecocardiografía transtorácica y tranesofágica con la presentación de resultados al finalizar el mismo.

2º trimestre 2014: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades

Diseño del proyecto

3º trimestre 2014: Recogida y Análisis de datos

Elaboración del protocolo

4º trimestre 2014: Difusión de protocolo en los distintos servicios mediante su incorporación a los protocolos del hospital en la intranet.

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. Pruebas diagnósticas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DE LAS DENSITOMETRIAS OSEAS EN LA ATENCION A LA MENOPAUSIA**

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.
- DEL TIEMPO MARQUES MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - MARIN JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - RODRIGO CONDE CESAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En algunas ocasiones en las consultas de Ginecología se solicitan densitometrías óseas para el despistaje y manejo de la osteoporosis postmenopáusicas sin seguir un criterio médico claramente establecido.

Es nuestro objetivo adecuar la solicitud de las mismas a la indicaciones que se dan desde la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) que han sido publicadas recientemente y recogidas en una guía de práctica clínica orientada al manejo de la paciente con osteoporosis o en riesgo de padecerla. Se pretende evitar la realización de excesivas densitometrías, muchas veces innecesarias en la misma pacientes y conseguir optimizar los recursos generados por la realización de las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Limitar las peticiones de densitometría ósea a las siguientes, siguiendo las indicaciones de la AEEM:

- mujeres postmenopáusicas por encima de los 65 años.
- mujeres postmenopáusicas por debajo de los 65 años con factores de riesgo adicionales para osteoporosis
- mujeres con antecedente personal de fracturas por fragilidad o secundarismo
- mujeres con baja DMO en densitometría periférica.
- mujeres en tratamiento antiresortivo: a los 2 años de comenzar y a los 5
- mujeres con osteoporosis severa, mala respuesta al tratamiento o con baja adherencia puede ser necesaria una densitometría anual en algunas ocasiones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones divulgativas de la guía de osteoporosis de la AEEM en el Servicio de Ginecología tanto para personal jerarquizado como de cupo. Definición de conceptos, clarificación de dudas, promover la involucración del personal en el proyecto.

Elaboración y reparto de material gráfico con los criterios actuales para solicitar las densitometrías óseas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Difusión al 100% de la plantilla de la guía de osteoporosis de la AEMM y entrega de la documentación elaborada.

- Revisión de las peticiones o historias clínicas y comprobar su adecuación a los criterios establecidos: 90% de las peticiones se incluyen dentro de los criterios marcados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reuniones y charlas: Mayo, Junio 2014.

- Elaboración y reparto del material de apoyo: Septiembre 2014.

- Revisión de peticiones e historias clínicas: Octubre- Diciembre 2014.

- Si el objetivo no llega a cumplirse, volver a remitir el material a modo recordatorio.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. OPTIMIZACION

OTRA PALABRA CLAVE 2. DENSITOMETRIA OSEA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

293

**MODELO ESCALONADO DE CAPACITACION EN LA PRACTICA LAPAROSCOPICA DE LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (PLURISECTORIAL)****2. RESPONSABLE** ..... ANGEL BORQUE FERNANDO

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

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

- GARCIA DE JALON MARTINEZ ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE UROLOGIA
- CANTIN BLAZQUEZ SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA
- LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- GONZALEZ RAMOS PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE UROLOGIA
- ESPILEZ ORTIZ RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE UROLOGIA
- MEDRANO LLORENTE MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE UROLOGIA
- PASTOR OLIVER CRISTINA. MEDICO/A. CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DE ARAGON. CIRUGIA EXPERIMENTAL
- GOMEZ-ARRUE AZPIAZU JAVIER. VETERINARIO/A. CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DE ARAGON. CIRUGIA EXPERIMENTAL

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La práctica de la cirugía laparoscópica es una realidad establecida en el entorno asistencial del Salud.

Su desarrollo afecta a Cirugía General y Aparato Digestivo, Ginecología y Obstetricia, Urología, Cirugía Pediátrica y Cirugía Torácica; y tanto a hospitales terciarios como periféricos.

Su realización no es sencilla sino compleja y exige una capacitación no fácil de adquirir.

El progresivo hábito en su realización permite garantizar resultados, seguridad y acometer procedimientos de mayor complejidad.

Ante esta realidad surge la necesidad de una capacitación en cirugía laparoscópica tanto para futuros profesionales (residentes en formación) como para cirujanos ya titulados pero que por su ubicación en hospitales donde no se practican estas técnicas, o bien en hospitales donde ya se realizan pero habitualmente por un grupo minoritario de cirujanos.

La generalización y capacitación en cirugía laparoscópica permitiría:

- A nivel de hospitales terciarios:
  - o El desarrollo de procedimientos de complejidad creciente.
  - o La estandarización de las técnicas entre mayor número de cirujanos.
- En otros hospitales:
  - o La estandarización de los estándares de calidad relacionados con esta cirugía, menor dolor, menores requerimientos transfusionales, menor estancia hospitalaria, reincorporación precoz a la vida laboral.
  - o La descentralización de estos procedimientos en hospitales terciarios: con el consiguiente beneficio para los pacientes del entorno del Salud, desplazamientos, acortamiento de listas de espera.

Establecida hasta aquí lo que es una necesidad formativa, creemos que nuestro equipo multidisciplinar tiene una amplia experiencia en formación en cirugía laparoscópica. Este grupo viene colaborando activamente en el Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA) dentro de la Sección de Cirugía Experimental desde hace ya largos años. Este Grupo Aragonés de Formación en Cirugía Experimental, totalmente consolidado, desarrolla programas formativos multidisciplinares en las diferentes especialidades quirúrgicas implicadas, con alumnado procedente de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país además de la nuestra. Con más de 160 alumnos participantes a lo largo de los últimos 5 años, y más de 600 horas lectivas impartidas por ejemplo en el itinerario formativo en 5 niveles de complejidad creciente desarrollado en el ámbito de Urología, y con una nota media otorgada por el alumnado de 4,9 puntos sobre un máximo de 5 de acuerdo a las encuestas de evaluación realizadas por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Con todo lo anterior establecemos a nuestro juicio:

- Que es importante favorecer la capacitación técnica en cirugía laparoscópica de los profesionales ubicados en cualquier hospital de la red del SALUD, de las especialidades de Cirugía General y Aparato Digestivo, Obstetricia y Ginecología, Urología, Cirugía Torácica, y Cirugía Pediátrica, titulados o en formación, que todavía no hayan profundizado lo suficiente en estas técnicas.
- Que es útil que los procedimientos laparoscópicos se estandaricen y consoliden en hospitales de la red donde todavía no estén formalmente implantados, así como se amplíen indicaciones y cirujanos diestros en ello en los hospitales en los que ya se practica la laparoscopia.
- Que como métodos de detección y priorización presentamos nuestra experiencia formativa hasta el momento que nos ha permitido contactar con profesionales de la red del SALUD de distintas especialidades y así conocer fortalezas y debilidades, así como amenazas y oportunidades, y con ello diseñar nuestro plan formativo de acuerdo a sus prioridades.
- Que la situación de partida es una no estandarización actual de la práctica laparoscópica en el global de profesionales, hospitales y especialidades de la red del SALUD; bien en lo que atañe a la laparoscopia en general o a determinados procedimientos en particular.
- Que sus posibles causas puedan ser:
  - o Que la laparoscopia se ha implantado a posteriori del periodo de formación de gran parte de los profesionales actualmente titulados y en ejercicio en el SALUD.
  - o Que no ha existido para ellos un plan formativo hasta el momento.

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

293

**MODELO ESCALONADO DE CAPACITACION EN LA PRACTICA LAPAROSCOPICA DE LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD (PLURISECTORIAL)**

o Que la laparoscopia exige un número mínimo de casos para su consolidación, muchas veces no disponible si se trata de patologías poco prevalentes u hospitales con menor área asistencial.

o Que el adiestramiento laparoscópico es arduo y complejo, sobre todo si no es tutelado o no se dispone de centros de cirugía experimental al alcance, como en este caso sí existe pero posiblemente es poco conocido, el CIBA.

• Como fuentes de información remitimos nuevamente a la experiencia formativa desarrollada hasta el momento que nos ha permitido contactar con profesionales de la red del SALUD y conocer su situación y necesidades.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Sería nuestro deseo:**

1. Obtener la máxima difusión de los Cursos de Formación en Cirugía Laparoscópica actualmente impartidos en el CIBA.
2. Atraer el máximo número de solicitudes de inscripción a dichos cursos entre la población diana de cirujanos de las diferentes especialidades quirúrgicas de Aragón.
3. Aumentar la capacitación técnica para los procedimientos laparoscópicos entre los profesionales quirúrgicos del SALUD.
4. Descentralizar las técnicas laparoscópicas, descongestionando con ello listas de espera de los hospitales terciarios.
5. Aumentar progresivamente la complejidad de las mismas con suficientes garantías y beneficio para los pacientes.

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

1. Difusión: contacto directo (E-mail, telefónico) con los Jefes de Servicio / Responsables de Calidad / Tutores de las diferentes especialidades quirúrgicas potencialmente interesadas de los hospitales del SALUD.
  2. Solicitudes: gestión de las mismas a través de la página web del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, en su sección Formación, como ya se viene haciendo.
  3. Capacitación: integración de los solicitantes entre el alumnado de los cursos de Formación en Cirugía Laparoscópica del CIBA actualmente en desarrollo y futuros.
  4. Descentralización: aumento progresivo de las indicaciones laparoscópicas en hospitales comarcales y no terciarios de la red del SALUD.
  5. Aumento de complejidad: aumento de la complejidad de las indicaciones laparoscópicas en hospitales terciarios del SALUD, e incluso no terciarios.
- Responsables:
1. Difusión: Miguel Ángel Suárez Broto y Ángel García de Jalón Martínez: mailing.
  2. Solicitudes: Cristina Pastor Oliver y Javier Gómez-Arrúe: gestión de solicitudes.
  3. Capacitación: Ángel Borque Fernando y Pedro González Ramos: coordinación de cursos.
  4. Descentralización: Sonia Cantín Blázquez y Ana Cristina Lou Mercadé: encuestas de seguimiento.
  5. Aumento de complejidad: Raquel Espílez Ortiz y Pilar Medrano Llorente: encuestas de seguimiento.

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

1. Número de profesionales del SALUD solicitantes de formación sobre el total de inscritos, superior al 50% de las solicitudes.
  - a. Cálculo sobre el cómputo total de solicitudes.
2. Aumento de un 20% del número de procedimientos laparoscópicos en las unidades de origen de los solicitantes.
  - a. Encuesta individualizada pre-participación en los cursos y al concluir el proyecto.
3. Inicio de los procedimientos laparoscópicos en aquellas unidades que aún no lo han hecho.
  - a. Encuesta individualizada pre-participación en los cursos y al concluir el proyecto.
4. Aumento de un 20% del número de procedimientos laparoscópicos por parte de los alumnos solicitantes.
  - a. Encuesta individualizada pre-participación en los cursos y al concluir el proyecto.
5. Inicio de los procedimientos laparoscópicos por parte de los alumnos solicitantes que aún no lo han hecho.
  - a. Encuesta individualizada pre-participación en los cursos y al concluir el proyecto.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Dado que este proyecto pretende integrar la experiencia consolidada en formación del Grupo Aragonés de Formación en Cirugía Experimental que desarrolla su actividad en las excelentes instalaciones del CIBA, es imperativo que la formación a la población diana (profesionales quirúrgicos de la red del SALUD) se integre dentro de los cursos programados hasta la fecha.

Cabría realizar cursos específicos ante solicitudes de formación específicas, poco probable pero factible; o aumentar el número de ediciones ante un elevado número de solicitantes, probable pero poco factible, no por parte del personal o instalaciones del CIBA sino por parte del grupo de formadores, pues éstos deben desatender su actividad asistencial para impartir la formación, lo cual es especialmente complejo de coordinar en la situación actual con un número de profesionales sobre-ajustado que impide esta disponibilidad, al margen de que salvo la buena voluntad y predisposición de los responsables de los Servicios, desgraciadamente a nivel institucional no se contempla la liberación de estos profesionales para estas labores formativas o su consideración como jornadas deslizantes en el caso de las jornadas de curso de tarde, aun a pesar de ser iniciativas formativas oportunas y por otro lado consolidadas y magníficamente evaluadas.

Por todo ello parece imperativo ajustarse al calendario previsto en ciclos formativos anuales que comienzan en enero y culminan en diciembre. Bien entendido por otro lado que desde los servicios de los solicitantes puede no siempre ser factible la liberación en las fechas de los cursos previstos para una determinada edición, por ello entendemos que al menos el proyecto debe contemplar la posibilidad de inscribirse en dos ediciones de cada uno de los cursos, y por consiguiente debería tener una duración de 2 años.

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

293

**MODELO ESCALONADO DE CAPACITACION EN LA PRACTICA LAPAROSCOPICA DE LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (PLURISECTORIAL)**

- Inicio: Abril 2014
- Finalización: Abril 2016
- Cronograma, Calendario de Cursos:
  - Nivel I: Febrero 2015 y Febrero 2016.
  - Nivel II: Marzo 2015 y Marzo 2016.
  - Nivel III: Mayo 2015 y Mayo 2016.
  - Nivel IV: Noviembre 2014 y Noviembre 2015.
  - Nivel V: Diciembre 2014 y Diciembre 2015.
- Otros cursos específicos de las diferentes especialidades en fechas a convenir: Ginecología y Obstetricia, Cirugía Torácica.

11. OBSERVACIONES. Nos permitimos en este apartado llamar la atención sobre los diferentes aspectos que caracterizan este proyecto:

1. Pretende una mejora de calidad que beneficie a profesionales y usuarios del SALUD, aumento de capacitación laparoscópica para los primeros y beneficio terapéutico y en listas de espera por descentralización de procedimientos para los segundos.
  2. Su impacto es multisectorial, para la totalidad de sectores del SALUD.
  3. Se desarrolla por un equipo multidisciplinar, que en realidad es de mayores dimensiones que el aquí indicado; sin embargo las limitaciones de integrantes del equipo de mejora propuestas en la convocatoria impiden detallarlo en su justa dimensión, identificable en los docentes de los cursos de Formación del CIBA, Sección Cirugía Experimental.
  4. El equipo formador es multisectorial, lo que garantiza la difusión del proyecto.
  5. El equipo cuenta con una experiencia formativa consolidada y excelentemente evaluada hasta la fecha (4,9 puntos de nota media sobre un máximo de 5).
  6. El equipo desarrolla su actividad formativa en el CIBA cuyas instalaciones para Cirugía Experimental son realmente excelentes para Formación e Investigación así como los profesionales implicados, mereciendo por ello su uso por un lado pero al mismo tiempo su difusión y conocimiento, objetivo no contemplado en este proyecto pero que también merece ser tenido en cuenta.
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**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Formación laparoscópica

OTRA PALABRA CLAVE 2. Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA)

**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

457

**PROGRAMA DE EDUCACION EN HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A ESCOLARES DE 1º A 4º DE EDUCACION PRIMARIA****2. RESPONSABLE** ..... CARMEN BOSQUE GRACIA

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

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

- VELASCO HUICI IRENE. EIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- MILAGRO JIMENEZ MARIA EUGENIA. EIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- ESPARTOSA LARRAYAD MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Educación para la Salud (EPS) como "el proceso educativo dirigido a dotar a las personas y a la comunidad de la capacidad de aumentar su control sobre los factores que tienen influencia sobre su salud".

El departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón tiene como objetivo prioritario la EPS de la población escolar de acuerdo con lo establecido en la Ley de Salud Escolar (Ley 5/1986).

La finalidad de la EPS a través de los recursos educativos disponibles, es acercar aspectos de la vida cotidiana al alumnado y plantear una reflexión y maduración que les permita tomar las decisiones más adecuadas relacionadas con su salud.

La EPS forma parte de las competencias de Enfermería, incluyéndose la atención a escolares dentro del ámbito de la Enfermería Pediátrica.

La obesidad infantil es uno de los problemas de Salud Pública más graves del siglo XXI, habiendo aumentado su prevalencia a un ritmo alarmante. La OMS sugiere actuaciones que promuevan la educación sanitaria a estudiantes que les ayude a desarrollar conductas saludables y favorecer una alimentación adecuada.

Para ello se propone llevar a cabo este proyecto de educación en hábitos alimentarios saludables en escolares de 6 a 10 años que les ayude a adquirir conocimientos que les permitan adoptar conductas adecuadas sobre nutrición y prevenir de esta manera las complicaciones derivadas de esta patología en la vida adulta.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Promover un mayor conocimiento de los escolares sobre hábitos alimentarios saludables.

- Valorar el conocimiento previo sobre el tema y compararlos con los conocimientos adquiridos tras las sesiones.
- Promover la realización de actividades en el ámbito escolar a través de la Enfermería Pediátrica.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** • Consolidar el grupo de trabajo.

- Elaborar las encuestas de valoración de conocimientos previos y posteriores a las sesiones.
- Preparar las sesiones teórico-prácticas que serán impartidas por residentes y especialistas en Enfermería Pediátrica a tres colegios de Zaragoza.
- Ponerse en contacto con los distintos centros que puedan estar interesados en recibir dichas sesiones.
- Impartir las sesiones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Cuestionario de valoración de conocimientos previos y posteriores a la sesión.

- Evaluación de las diferencias de conocimientos entre sexos y entre distintos centros.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** • Mayo - Junio: consolidación del grupo.

- Julio - Septiembre: preparación de encuestas y sesiones.
- Septiembre: contacto con los centros.
- Octubre - Marzo: sesiones teórico - prácticas.
- Abril - Junio: evaluación de resultados.

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

457

**PROGRAMA DE EDUCACION EN HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A ESCOLARES DE 1º A 4º DE EDUCACION PRIMARIA**

### POBLACIÓN DIANA

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

### 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

261

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE REACCION ALERGICA GRAVE DURANTE LA ANGIOGRAFIA FLUORESCENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA**

2. RESPONSABLE ..... PILAR CALVO PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ABADIA ALVAREZ BEATRIZ. MIR. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA  
· GUTIERREZ RUIZ FERNANDO. MIR. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA  
· FUENTES BERNAL JUAN LUIS. OTROS. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA  
· CALVO SANZ VANESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA  
· SANCHO MOROS EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Realización de un protocolo de actuación ante reacción alérgica grave durante la angiografía fluoresceínica (AGF) en consultas externas del servicio de Oftalmología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Activar el protocolo de actuación ante toda reacción alérgica grave durante la angiografía fluoresceínica en consultas externas del servicio de Oftalmología.  
Mejorar la seguridad del paciente y los resultados de actuación ante este tipo de reacciones que ponen en peligro la vida del paciente y es fundamental la actuación rápida y protocolizada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Activar el protocolo de actuación ante reacción alérgica grave durante la angiografía fluoresceínica en consultas externas del servicio de Oftalmología. Juan Luis Fuentes Bernal  
2. Revisión periódica del material y medicaciones necesarias para la atención al paciente en la situación de emergencia Vanesa Calvo Sanz  
3. Manejo de la afectación neurológica (convulsiones, ataque de pánico, hipoglucemia severa) durante la realización de la angiografía fluoresceína. Dra. Beatriz Abadía Álvarez  
4. Manejo de la reacción cutánea grave durante la realización de la angiografía fluoresceína. Dr. Fernando Gutiérrez Ruiz  
5. Manejo de la afectación cardiovascular (hipotensión, crisis hipertensiva, paro cardiaco) durante la realización de la angiografía fluoresceína. Dra Marta Ferrer Ferrer  
6. Manejo de la afectación de la vía aérea (edema laríngeo, broncoespasmo, edema de pulmón) durante la realización de la angiografía fluoresceína. Eva Sancho Moros

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° veces que se activa el protocolo x 100/ N° total de pacientes con reacciones alérgicas graves durante la AGF  
N° reacciones alérgicas graves x 100/ N° total de AGF realizadas  
El número total de AGF realizadas se obtendrá mediante la agenda electrónica.  
Se realizará un registro con todas las reacciones alérgicas graves que se vayan produciendo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: MAYO 2014  
FINALIZACIÓN: MARZO 2015  
Realización de los protocolos de actuación: MAYO-JULIO 2014  
Revisión del material y medicaciones : MAYO 2014- MARZO 2015  
Recogida de datos : ENERO-MARZO 2015

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

493

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN ANALGESIA Y SEDACION EN PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS PEDIATRICAS**

## 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.

- GOMEZ BARRENA VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- BENITO RUIZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- PADILLA ARAGÜES GUSTAVO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- ORDEN RUEDA CLAUDIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS
- PINA MARQUES BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- GALE ANSO INES. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de sedación y analgesia segura y eficaz es una parte integral de la medicina práctica de urgencias. En los últimos años, los pediatras, han tomado conciencia clara de la importancia del tratamiento adecuado de la ansiedad y el dolor, y en la literatura científica han comenzado a aparecer algunas recomendaciones sobre sedoanalgesia en determinados procedimientos. Sin embargo, la sedación y analgesia farmacológicas en el niño no están exentas de riesgos que son mayores a menor edad del niño y es preciso que los profesionales encargados de su administración estén adecuadamente preparados y dispongan de los medios necesarios para abordarlos con la máxima garantía de seguridad y efectividad.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la valoración adecuada del dolor en urgencias de pediatría. mediante la utilización de escalas del dolor.
- Disminuir la variabilidad en las indicaciones de analgesia en urgencias de pediatría.
  - Conocer las indicaciones de los diferentes fármacos, dosis y sus efectos secundarios.
  - Mejorar la Cultura de seguridad en los profesionales de la unidad de urgencias que realizan procedimientos de sedoanalgesia.
  - Mejorar la información al paciente en los cuidados y vigilancia domicilio tras administración de sedoanalgesia en urgencias de pediatría.
  - Mejorar el registro del procedimiento con hoja específica de recogida de datos.
  - Estar entrenados en la resolución de problemas/efectos secundarios derivados de la aplicación de sedoanalgesia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión de grupo de calidad designando 2 responsables que actualicen protocolo vigente.
- Consenso del protocolo con las diferentes Unidades que atienden a pacientes en urgencias que van a precisar procedimientos de sedoanalgesia: S. Traumatología, Cirugía Pediátrica, Plástica, Maxilofacial, Anestesia y UCI-Pediátrica.
  - Designar casillero en despacho de urgencias para la recogida de la hoja de registro que contemple: datos de edad, sexo, peso, antecedentes personales, motivo de aplicación de sedoanalgesia, exploración, escala de dolor, fármacos aplicados (dosis/vías), grado de respuesta alcanzada (escalas), posibles complicaciones, utilización de monitorización ....
  - Creación de un registro informático (hoja Excel) de los pacientes que reciben sedoanalgesia.
  - Sesión Clínica en el Servicio de Pediatría de la puesta en marcha del proyecto. Se presentara revisión bibliográfica del tema y experiencias del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
  - Planificar talleres prácticos basados en casos clínicos para toma de decisiones de analgesia/sedación y de información al paciente.
  - Entrenamiento de los profesionales que trabajan en urgencias (médicos y enfermeras) en la resolución de posibles complicaciones derivadas de la aplicación del procedimiento.
  - Diseño de información escrita a niños/padres y/o tutores para procedimientos mayores y que esta sea clara y fácilmente comprensible.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Protocolo consensuado

- Registro de pacientes (en hoja e informático)
- Realización de talleres prácticos
- Elaboración de hoja informativa

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014- Septiembre 2014:

- Reuniones del grupo trabajo
- Consenso del protocolo entre las diferente Unidades
- Elaboración hoja registro
- Sesión informativa en el Servicio Pediatría
- Realización talleres prácticos

Septiembre 2014-continuidad

1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN ANALGESIA Y SEDACION EN PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS PEDIATRICAS**

- Evaluación de indicadores de forma semestral
- Reunión equipo de mejora para análisis de los resultados

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

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. ....                     | 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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 2 Poco     |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

073

**GUIA CLINICA 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
  - ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA
  - SALAS GARCIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANO
  - CALVO LOPEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANO
  - APUNTATE LACASA CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANO

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. 1. Consenso con el S° de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el S° de Traumatología como por el de Anestesia
  3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
  4. Aprobación por parte de subdirección médica para la realización del proyecto.
  5. Material necesario para su realización en quirófano ya disponible. Este es el punto que más ha demorado la puesta en marcha del proyecto dadas las dificultades económicas existentes pero ya está resuelto y disponible para su uso.
  6. Los pacientes ya han sido remitidos a la consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
  7. El próximo mes se comienza ya a programar dichas cirugías en los quirófanos que no sean asignados.

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. Por parte del S° 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 S° 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 y Aranzazu Salas García.

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

073

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

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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: - artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. - Nº 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 en Mayo de 2014.

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. REDUCCIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.

OTRA PALABRA CLAVE 2. AHORRO ECONÓMICO

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. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

193

## 1. TÍTULO

**ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE DOCUMENTO DE INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO URODINÁMICO (EUD)**

## 2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN CARELA ESPIN

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLANUEVA BENEDICTO ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- MILLAN SERRANO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- CRESPO GARCIA ASCENSION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estudio urodinámico (EUD) es la prueba funcional por excelencia del tramo urinario inferior. Permite valorar funcionalmente y de manera dinámica la funcionalidad de la vejiga en su fase de llenado y de vaciado. Permite estudiar cómo funciona la vejiga mientras se llena de orina y como actúa cuando empieza a vaciarse. Estudia también todos los procesos obstructivos derivados de la próstata o infravesicales.

Se utiliza de manera rutinaria en el estudio de la incontinencia urinaria, tanto de esfuerzo como de urgencia, en el síndrome de vejiga hiperactiva, en la valoración del prolapso urogenital, para el diagnóstico de obstrucción urinaria al flujo y en la valoración y seguimiento de las vejigas neurógenas. Como es evidente estas patologías son atendidas y estudiadas por distintos especialistas, entre los mas implicados ginecólogos, rehabilitadores, neurólogos, cirujanos infantiles y urólogos.

Desde su inicio ha existido la controversia de que pacientes podían beneficiarse de dicha técnica y durante las dos últimas décadas su solicitud ha aumentado marcadamente.

En el momento actual solo existen en la comunidad Autónoma de Aragón dos equipos de Urodinamica, uno en el Hospital Clínico Lozano Blesa y otro en nuestro centro. Nuestra Unidad de Urología Funcional y Urodinámica realiza en la actualidad todos los estudios urodinámicos solicitados desde los sectores I, II, Alcañiz, Barbastro, Huesca y Teruel. La alta demanda y la escasez de equipos urodinámicos llevaron a una situación límite a finales de 2012, con un periodo de espera hasta la realización de la prueba de 12 meses. Plazo de espera a todas luces no admisible. Por este motivo los componentes de la Unidad de Urología Funcional y Urodinámica decidimos realizar una revisión bibliográfica y elaborar un documento con las indicaciones precisas para la realización del EUD que la comunidad científica considera adecuadas actualmente.

Una vez elaborado dicho documento se presentó en sesión clínica del Servicio de Urología para su debate y aprobación interna. Con posterioridad se presento en sesión Clínica al Servicio de Ginecología de nuestro Hospital y se remitió copia de dicho documento a todos los Servicios de Ginecología y ginecólogos no jerarquizados del sector I, II, Alcañiz, Barbastro, Huesca y Teruel.

Periódicamente se valoran las solicitudes de EUD y se deniegan aquellas que no cumplen los criterios establecidos. Las solicitudes rechazadas se acompañan de una copia del documento de indicaciones de EUD. Del mismo modo se aporta un teléfono para contactar con los miembros de la unidad de urología funcional y urodinámica en caso de ser precisas aclaraciones o comentarios adicionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde la elaboración del documento de indicaciones para la solicitud de estudios urodinámicos y su distribución en el ámbito ginecológico y urológico interno hemos conseguido disminuir la lista de espera a 6 meses ( a finales de 2012 era de 12 meses

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el mantenimiento de la presente línea de mejora y su ampliación al resto de Servicios y especialistas implicados esperamos seguir disminuyendo el tiempo de espera hasta la realización de dicha prueba y disminuir el numero de solicitudes que no cumplen los criterios indicados en el documento elaborado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Remitir el documento de indicaciones de solicitud de estudio urodinámico a todos los Servicios de Urología del sector I de Zaragoza, Alcañiz, Barbastro, Huesca y Teruel.

Valoración periódica de las solicitudes de EUD y rechazo de aquellas que no cumplen los criterios establecidos. Las solicitudes rechazadas se acompañaran de una copia del documento de indicaciones de EUD. Del mismo modo se aportará un teléfono para contactar con los miembros de la unidad de urología funcional y urodinámica en caso de ser precisas aclaraciones o comentarios adicionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador principal es la disminución del tiempo de espera hasta la realización del estudio y la menor recepción de solicitudes que no cumplan los criterios de indicación de EUD La evaluación se efectuará con la constatación del tiempo de espera desde la solicitud del EUD hasta la realización del mismo.

Nº solicitudes que cumplen criterios de realización de EUD/ nº total de solicitudes =90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dado que el documento ya esta elaborado procederemos a su presentación al resto de los Servicios de Urología del sector I, Alcañiz, Barbastro, Huesca y Teruel.

Valoración periódica de las solicitudes de EUD y rechazo de aquellas que no cumplen los criterios establecidos. Se realiza cada dos semanas.

Análisis anual de los indicadores.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

193

**ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE DOCUMENTO DE INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO URODINÁMICO (EUD)**

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. Sintomatología tracto urinario inferior

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Estudio Urodinamico

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

270

**AVANZANDO EN LA OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)****2. RESPONSABLE** ..... MARIA PILAR CASAJUS LAGRANJA

- 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
- ARRIETA NAVARRO RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
- PEREZ NOGUERAS JAVIER. MEDICO/A. RM ELIAS MARTINEZ DE TORRERO (IASS). GERIATRIA
- ROMERO RIOS PILAR. MEDICO/A. RM ELIAS MARTINEZ DE TORRERO (IASS). GERIATRIA
- ENTRENA VICEN BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. RM ELIAS MARTINEZ DE TORRERO (IASS). GERIATRIA

**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 inició un 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 detectó 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 durante 2012 ascendió a 257.700 € y en 2013 fue de 198.069 € (año en el que se inició la intervención).

Para continuar mejorando esta situación se plantea seguir con la colaboración 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.** -Valoración de 37 pacientes de forma integral, sólo 1 de los pacientes no precisó cambio en su tratamiento farmacológico.

-El número de fármacos medio pre-intervención es de 13.51 y el número de fármacos post-intervención es de 11.24.

-En 24 casos existían discrepancias, entre el tratamiento farmacológico del paciente y el introducido en el programa informático de los CCSS.

-105 fármacos han sido suspendidos (en 16 casos se han sustituido por otros más adecuados), 9 fármacos se han iniciado y en 16 se han tenido que adecuar las dosis.

-Realización de 2 sesiones formativas: 1 realizada por las farmacéuticas y 1 realizada por la geriatra

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Continuar con la 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, Raquel Arrieta, 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 polimedicación, que implican mayor riesgo de yatrogenia medicamentosa (reacciones adversas, interacciones)

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

270

**AVANZANDO EN LA OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)**

(Pilar Casajús, Raquel Arrieta)

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 publicados en la bibliografía científica (criterios de Beers, Stopp-Start, Hanlon, French consensus o Priscus List). Pilar Casajús, Raquel Arrieta, 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, Raquel Arrieta

6.- Formación/Información sobre uso racional del medicamento del personal del centro sociosanitario, residentes y familiares mediante 2 sesiones anuales

Mercedes Clerencia, Pilar Casajús, Raquel Arrieta

7.- Evaluación de la eficiencia con el control del coste farmacológico en el centro sociosanitario

Reyes Abad, Bélén Entrena, Pilar Casajús, Raquel Arrieta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Residentes polimedcados 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 polimedcación (= 10 fármacos). Además de la polimedcación, se incluirá como criterio de cribaje la presencia de prescripciones inadecuadas en ancianos y de fármacos de baja utilidad terapéutica.

Indicador:

Residentes polimedcados detectados:  $(a/b) \times 100$ 

a: N° de residentes polimedcados (&gt; 5 fármacos) susceptibles de optimización farmacoterapéutica

b: N° residentes totales

índice actual: 88%. Objetivo 2014: =85

-Residentes polimedcados 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. Valorar de forma integral a los residentes subsidiarios de una mejora de su tratamiento farmacológico.

Residentes polimedcados valorados de forma integral:  $(a/b) \times 100$ 

a: N° de residentes derivados y valorados por el médico Geriatra

b: N° de residentes polimedcados (= 5 fármacos) susceptibles de optimización farmacoterapéutica

Índice actual: 21,8%. Objetivo 2014: =35%

-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

Mejorar la seguridad del residente mediante la identificación de prescripciones farmacológicas inadecuadas (no indicación o posología incorrecta, interacciones, duplicidades terapéuticas)

Residentes con resolución de prescripciones inadecuadas:  $(a/b) \times 100$ 

a: N° de residentes con prescripciones farmacológicas inadecuadas detectadas y resueltas

b: N° de residentes derivados y valorados por el médico Geriatra

Índice actual: 97%. Objetivo actual: =90%

-Mejorar la formación sobre uso racional del medicamento del personal del centro sociosanitario, residentes y familiares

Sesiones de formación /información anuales

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

270

## 1. TÍTULO

**AVANZANDO EN LA OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO "ELIAS MARTINEZ" (TORRERO)**

Nº de sesiones formativas sobre el uso racional del medicamento/año

Índice actual:2. Objetivo 2014: 2

-Disminución del consumo farmacológico:

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.

Mejorar la eficiencia en el control del consumo farmacológico en el centro sociosanitario

Disminución del coste farmacológico:

Porcentaje de disminución del Coste medio farmacológico por residente en el centro sociosanitario en el año 2014 con respecto al año 2013

(en base a dato de ocupación media anual)

Índice actual:21,6%. Objetivo 2014:10%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Registro de prescripciones en el programa informático (Enero-Dic 2014)

Valoración del tratamiento de los pacientes por las FACE y detección de los pacientes susceptibles de mejora(Enero-Dic 2014)

Valoración integral de los pacientes por la geriatra y optimización de la farmacoterapia(Enero-Dic 2014)

Monitorización del indicador: residentes con prescripciones inadecuadas resueltas . Junio y Diciembre 2014

Monitorización del consumo farmacéutico. Diciembre 2014

Formación/Información sobre uso racional del medicamento al personal del centro sociosanitario, residentes y familias . Mayo y Noviembre 2014

Evaluación global de indicadores. Diciembre 2015

Comunicación de resultados . 2015

Propuesta de mejora. 2015

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

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

466

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL PROCESO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA. MANEJO DE LA ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN PERIOPERATORIA EN EL SECTOR ZARAGOZA II**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA 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.

- LALLANA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- JAVIERRE MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- GONZALO PELLICER INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- CARLUCHIO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- ARROYO RUBIO DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- GOMEZ GOMEZ ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de pacientes con fracturas osteoporóticas que ingresan en el Hospital Miguel Servet se aproxima a 1000/año y, en torno al 40% de los pacientes están antiagregados o anticoagulados. Sin embargo, no existe un criterio definido sobre el manejo de algunos antiagregantes o anticoagulantes, de la demora quirúrgica óptima, ni del tipo de anestesia que se debe realizar en las diferentes circunstancias. Este hecho es importante, porque en las fracturas osteoporóticas y concretamente en la fractura de cadera, se ha demostrado con nivel de evidencia I que el retraso de la cirugía incrementa la mortalidad al mes y al año de la cirugía, y también, que la anestesia subaracnoidea asocia una menor morbi-mortalidad cuando se compara con la anestesia general en los pacientes ancianos o frágiles, de modo que, la amplia variabilidad existente en la toma de decisiones clínicas, repercute en la evolución de los pacientes. Con el objetivo de unificar criterios que conduzcan a actuaciones perioperatorias y anestésicas más homogéneas y consecuentes con la evidencia científica, los componentes de este equipo de mejora proponen realizar una GPC para el manejo del paciente con fracturas osteoporóticas y en tratamiento con los viejos y los nuevos fármacos antiagregantes y anticoagulantes.

El manejo sensato de este tipo de pacientes requiere un ejercicio intelectual por parte del equipo, que generalmente lidera el anestesiólogo y que implica: una valoración de los riesgos y beneficios en términos de morbi-mortalidad y de costes. Por un lado se debe valorar que, demorar la cirugía puede limitar el riesgo de sangrado perioperatorio a costa de, un mayor riesgo de mortalidad, de complicaciones médicas asociadas a la inmovilización y, de trombosis por interrumpir o sustituir el antiagregante o anticoagulante (que dependerá de los antecedentes del paciente y de la eficacia y efecto rebote del fármaco); y por otro lado se debe valorar que, acortar la demora quirúrgica asocia un mayor riesgo de sangrado y de hematoma espinal o perineural. Con la información obtenida de esta valoración, se podrá realizar un balance global de riesgos y beneficios en el paciente antiagregado o anticoagulado y con fracturas osteoporóticas, que permita decidir el manejo perioperatorio de las medicaciones que afectan a la hemostasia o al ahorro de sangre, del momento óptimo de la cirugía y, de la estrategia anestésica individualizada a las características del paciente y de la fractura.

Nuestro objetivo es proponer un árbol de decisiones adaptado al algoritmo aprobado por la Sociedad Española de Anestesia sobre el manejo perioperatorio de los pacientes antiagregados o anticoagulados. Se propone realizar, además, algunas recomendaciones sobre el manejo de problemas inherentes a este proceso como son la profilaxis de la hemorragia digestiva, las medidas de ahorro de sangre y transfusión y, finalmente, a la interacción de la medicación antiagregante con la tromboprofilaxis venosa.

La DGA nos ha propuesto un apoyo metodológico en la elaboración de esta guía y, queremos aprovechar este recurso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2007 se seleccionó una causa de suspensión del paciente en quirófano, de aumento de la demora quirúrgica y de mortalidad entre los pacientes con fractura osteoporótica de cadera. Para disminuir estos incidentes se realizó una guía de manejo de la antiagregación y anticoagulación en pacientes con fractura osteoporótica de cadera, que se actualizó en el año 2010 y, supuso una disminución del nº de suspensiones en quirófano y, una disminución de las variables combinadas de evento trombotico o mortalidad, sin un aumento en la tasa transfusional, debido a las medidas de ahorro de sangre que se pusieron en marcha simultáneamente con el protocolo de sustitución de los antiagregantes y anticoagulantes.

Actualmente la demora quirúrgica media de los pacientes con fracturas osteoporóticas es de 4 días y concretamente es de 2 días en los pacientes tratados con aspirina, de 3-4 días en los tratados con los nuevos y viejos anticoagulantes, y de 5 días en los tratados con clopidogrel o cilostazol. Además, en los pacientes con fractura osteoporótica, la antiagregación y anticoagulación vuelve a ser motivo de discusión entre los profesionales, de suspensión en quirófano, de aumento de la demora quirúrgica, de variabilidad en las pautas de actuación y, de aumento de las complicaciones por trombosis y hemorragia.

Por los motivos expuestos y, porque por un lado actualmente se dispone de evidencias no contempladas en las anteriores guías, porque han aparecido nuevos antiagregantes y anticoagulantes con los que no existe experiencia ni un criterio unánime sobre su manejo y, porque debido a los traslados se han incorporado a nuestro hospital un importante número de médicos especialistas con diferentes criterios, la variabilidad actual es muy grande y, merece una nueva GPC basada en la evidencia y en la mejor utilización de los recursos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad clínica de los pacientes y, la seguridad jurídica de los profesionales.

Minimizar la variabilidad en la asistencia al paciente con fractura osteoporótica y, antiagregado o

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

466

**MEJORA DEL PROCESO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA. MANEJO DE LA ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN PERIOPERATORIA EN EL SECTOR ZARAGOZA II**

anticoagulado

Establecer un plan coordinado de actuación entre los diferentes Servicios implicados (urgencias, traumatología, médico clínico de la unidad de fracturas, anestesiólogo y, en ocasiones cardiólogo y/o hematólogo) en los procesos de fracturas osteoporóticas: vertebral, muñeca, húmero, cadera y, fractura periprotésica)

Realizar un protocolo de actuación consensuado entre todos los médicos que participan en el proceso y, posteriormente una guía de práctica clínica

Formación para implantar el protocolo de manejo perioperatorio de los antiagregantes y anticoagulantes en los pacientes con fractura osteoporótica en el Sector 2, para lo cual se realizará un proyecto de innovación docente y, la formación basada en talleres para médicos residentes, adjuntos de los respectivos servicios y enfermeras

Disminuir la demora quirúrgica actual media de 4 días a: 1 día en los tratados con aspirina a dosis bajas, a 2 días en los tratados con los nuevos y viejos anticoagulantes, a 3 días en los tratados con clopidogrel o cilostazol y, a 5 días en los tratados con prasugrel o ticagrelor.

Evaluar la repercusión de la implantación del protocolo

Disminuir el coste por fractura adecuando mejor los recursos a las necesidades clínicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Exponer el balance de riesgos y beneficios de diferentes manejos de los antiagregantes y anticoagulantes en el perioperatorio  
2- Consensuar un manejo perioperatorio multidisciplinar basado en la evidencia, en la experiencia y en los recursos de nuestro hospital  
3- Aprobar institucionalmente el protocolo  
4- Formar a los profesionales para implantar el protocolo  
5- Realizar una GPC para generalizar la aplicación del protocolo  
6- Monitorizar la mejora o empeoramiento que ha supuesto la aplicación del protocolo  
7- Desarrollar líneas de investigación  
8- Publicar los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Suspensiones en quirófano debidas al manejo de los antiagregantes y anticoagulantes  
(antes y después del cambio)  
2- Demora quirúrgica media y para cada antiagregante y anticoagulante  
(antes y después del cambio)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Abril-Mayo 2014, Dra. Cassinello: presentar una exposición de los dilemas sobre los riesgos hemorrágicos y de hematoma espinal y perineural frente al riesgo de las diferentes demoras, con diferentes opciones de manejo de los antiagregantes y anticoagulantes  
¿ Se debe intervenir en las primeras 72 horas al paciente con fractura osteoporótica?  
¿Cuándo se debe realizar una anestesia general, neuroaxial o perineural en los pacientes con fractura osteoporótica y tratados con los viejos y nuevos antiagregantes y ACO?  
2. Mayo a Diciembre del 2014, todos los integrantes del equipo: Buscar las evidencias actuales y consensuar un protocolo basado en la evidencia sobre el manejo de los antiagregantes y anticoagulantes y pasarlo por la comisión de transfusiones y tecnológica hospitalaria  
3. Mayo del 2014 a Enero del 2015 todos los integrantes del equipo de mejora: con la ayuda y soporte técnico de la DGA, redactar una GPC apta para ser publicada en guía salud  
4. Mayo del 2014 - Julio del 2014, Diseñar un taller de innovación docente, sobre el manejo de los nuevos y viejos antiagregantes y anticoagulantes en los pacientes con fractura osteoporótica dirigido a los médicos y enfermeras implicados en el manejo de estos pacientes  
5. Septiembre del 2014 - Septiembre del 2015, Realizar los talleres de formación sobre el manejo de los nuevos y viejos antiagregantes y anticoagulantes en los pacientes con fractura osteoporótica adecuándolos a los médicos especialistas, residentes y, enfermeras implicados en el manejo de estos pacientes  
6. Enero 2015 Redactar una hoja de recogida de datos para el seguimiento antes y después del cambio  
7. Enero a Marzo del 2015, Presentar un proyecto de investigación en la UCA y en el IACS  
8. Marzo a Julio del 2015 recogida y análisis de datos  
9. Septiembre a Diciembre del 2015 Publicar los datos  
10. Rectificar la GPC si fuera necesario

11. OBSERVACIONES. Se solicita el apoyo de los equipos de calidad tanto para el desarrollo de la GPC, como para el proyecto de innovación docente y de investigación, como para el análisis de los resultados clínicos y, para su posterior publicación. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

466

**MEJORA DEL PROCESO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA. MANEJO DE LA ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN PERIOPERATORIA EN EL SECTOR ZARAGOZA II**

OTRA PALABRA CLAVE 1. fractura osteoporótica

OTRA PALABRA CLAVE 2. clopidogrel, prasugrel, anticoagulantes, antiagregantes

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

304

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION Y ADECUACION DEL MANEJO DE LAS FASES DEL PARTO CONTEMPORANEO: ERRADICAR VIEJAS IDEAS Y APLICAR NUEVOS CONCEPTOS**

2. RESPONSABLE ..... SERGIO CASTAN MATEO
- 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. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - CASTAN LARRAZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - AGUSTIN OLIVA ANDREA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - REDRADO GIMENEZ OLGA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - RUIZ SADA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El manejo del parto se realiza en la actualidad bajo los conceptos que Friedman estableció en el año 1955. Definió las fases del parto así como su duración sirviendo para la elaboración del partograma dentro de la asistencia al parto en el ámbito hospitalario. Como consecuencia de estos conceptos, se realizan en la actualidad las indicaciones de parto distócico que tienen como consecuencia la decisión de realizar una cesárea o un parto instrumental con su influencia en los resultados perinatales. Pero el parto de la mujer contemporánea es diferente que hace 50 años. Por ello, se debe redefinir el manejo de las fases del parto. En la Obstetricia contemporánea las mujeres son más añosas, más obesas, predomina la nuliparidad, está extendido el uso de la analgesia raquídea, se añade más oxitocina, se practican más inducciones y además existen más gestaciones múltiples. Tras realizar una revisión de la evidencia en este campo básico de la práctica clínica como es el manejo del parto, se plantea el objetivo de redefinir las fases del parto contemporáneo, diferente del de hace años, y de esta manera elaborar un partograma nuevo y diferente con una línea de distocia que se adapte a los nuevos conceptos y duración del parto, pudiendo de esta manera ajustar las indicaciones de parto distócico disminuyendo el parto quirúrgico e instrumental y evitando actuaciones innecesarias.

## Bibliografía:

- Kominiarek MA, Zhang J, VanVeldhuisen P, et al. Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. Am J Obstet Gynecol 2011;205:244.e1-8.
- Laughon SK, Branch DW, Beaver J, et al. Changes in labor patterns over 50 years. Am J Obstet Gynecol 2012;206:419.e1-9.
- Cahill A, Tuuli M. Labor in 2013: the new frontier. Am J Obstet Gynecol 2013; December: 531-534
- Leftwich HK, Zaki MN, Wilkins I, et al. Labor patterns in twin gestations. Am J Obstet Gynecol 2013;254.e1-5.
- Harper LM, Caughey AB, Roehl KA, et al. Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2014;210: 1.e1-e7
- American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(3):179-93
- El-Sayed YY. Diagnosis and management of arrest disorders: duration to wait. Semin Perinatol. 2012;36(5):374-8
- Zhang J, et al. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol. 2010;115(4):705-10
- Neal JL, Lowe NK. Physiologic partograph to improve birth safety and outcomes among low-risk nulliparous women with spontaneous labor onset. Med Hypotheses 2012; 78 (2): 319-26

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Actualizar y adecuar los tiempos en el manejo de las fases del parto teniendo en cuenta las condiciones actuales que presentan las gestantes, Redefinir la duración de las fases del parto y en función de ellas establecer las indicaciones del parto distócico en lo que concierne a cesárea y parto instrumental. Modificar el partograma y establecer la línea de distocia actual que es parabólica ajustada al percentil 95 de la dilatación cervical uterina y erradicar las líneas previas de componente uniforme y lineal que actualmente no sirve. Estandarizar las indicaciones de fallo de inducción, no progresión de parto, desproporción pélvicocefálica y expulsivo prolongado. Reducir de manera ostensible las indicaciones de cesárea por parto distócico que en la actualidad suponen el 35-40% de la tasa global.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de la evidencia en el manejo del parto

Dra. Ana Ezquerro, Dra. Beatriz Castán  
Redefinir y aplicar conceptos a los tiempos durante las fases de dilatación y expulsivo.  
Dr. Sergio Castán, Dra. Andrea Agustín  
Elaboración de partograma contemporáneo y línea de distocia  
Dra. Belén Rodríguez, Dra. Julia Ruiz  
Definir parto distócico e indicaciones de cesarea y parto instrumental  
Dr. Sergio Castán, Dra. Olga Redrado  
Obtención y Analisis de resultados perinatales  
Dra. Beatriz Castán

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

304

**ACTUALIZACION Y ADECUACION DEL MANEJO DE LAS FASES DEL PARTO CONTEMPORANEO: ERRADICAR VIEJAS IDEAS Y APLICAR NUEVOS CONCEPTOS**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reducción de la tasa de cesáreas por la indicación de parto distócico: estándar del 35-40% de la tasa global. Objetivo: reducción del 25% en esa indicación.

Reducción de partos instrumentales: estándar del 21%. Objetivo: 16-18

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario: Mayo-Diciembre 2014

Revisión de la evidencia: Mayo 2014

Actualización en el manejo de las fases del parto: Junio-Julio 2014

Elaboración de nuevo partograma y aplicación clínica: Junio-Julio 2014

Estandarizar indicaciones de parto quirúrgico e instrumental en el parto distócico: Junio-Julio 2014

Aplicación clínica: Septiembre 2014

Obtención y análisis de resultados perinatales: Diciembre 2014

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. MEJORÍA ASISTENCIAL EN EL MANEJO DEL PARTO.

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. REDEFINIR FASES DEL PARTO CONTEMPORANEO

OTRA PALABRA CLAVE 2. AJUSTAR INDICACIONES DE CESAREA Y TOCURGIA

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

124

**SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA, AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE CRIBADO NEONATAL (TSH, 17-OH PROGESTERONA Y TRIPSINA INMUNORREACTIVA) E INMUNOQUIMICA (17BETA-ESTRADIOL, CORTISOL, HOMOCISTEINA, BETA-HCG TOTAL)**

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.

- VENTURA VENTURA PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- CALVO RUATA MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- ORTEGA MARCOS CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- GARCIA GONZALEZ ELENA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA

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. ENAC evalúa regularmente a las entidades acreditadas, comprobando que mantienen su competencia técnica mediante auditorías de seguimiento. El servicio de Bioquímica Clínica está implicado en el proyecto de acreditación de los laboratorios clínicos de Aragón según la norma UNE-EN ISO 15189 desde su inicio. El primer alcance que se acreditó en el año 2009 fue la Unidad de Metales y la sección de Bioquímica General, tras superar la evaluación mediante la auditoría externa de ENAC (Entidad Nacional de Acreditación de la UNE-EN ISO 15189). A lo largo de los años se han ido ampliando alcances (Inmunoquímica, Proteínas, Cribado Neonatal, HbA1c) ya que el objetivo principal es ir acreditando todas las pruebas realizadas en el servicio.

La ampliación propuesta para este año es completar al resto de las pruebas del Cribado Neonatal (TSH, 17-OH Progesterona, Tripsina Inmuno reactiva) y la Inmunoquímica de la sección de Hormonas (17Beta-Estradiol, Cortisol, BetahCG total y Homocisteína).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente nuestro alcance acreditado consta de las pruebas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Metales, Proteínas, Hemoglobina Glicosilada y Cribado Neonatal por Espectrometría de Masas. Este alcance está publicado en la página web de ENAC. Se han realizado auditorías internas y externas en las que se ha evaluado todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores propuestos anualmente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo principal es conseguir la acreditación por ENAC para las nuevas determinaciones incluidas en los alcances de Cribado Neonatal e Inmunoquímica, así como el mantenimiento de 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. Elaboración y revisión de todos los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad).
2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad).
3. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad).
5. Sesiones de formación para el personal de las secciones implicadas (Responsables técnicos y Responsable de Calidad).
6. Auditoría interna
7. Auditoría externa de ENAC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Fase Pre-analítica:

1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado  
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 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

Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 22°C  
Estándar: <5%  
Análisis: Mensual  
Evaluación: Anual

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

124

**SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA, AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE CRIBADO NEONATAL (TSH, 17-OH PROGESTERONA Y TRIPSINA INMUNORREACTIVA) E INMUNOQUIMICA (17BETA-ESTRADIOL, CORTISOL, HOMOCISTEINA, BETA-HCG TOTAL)**

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas

Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas

Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones

Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado

Estándar: 5 - 10 %

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados

Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis

Estándar: < 1%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.

Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón

Estándar: = 3-5 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

8. Indicador: Edad a la extracción

Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento

Estándar: Entre 2 y 3 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Fase Analítica:

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)

Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios

Estándar: >90%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos

Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Fase Post- analítica:

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).

Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma

Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.

Estándar: >95%

Análisis: Mensual

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

124

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA, AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE CRIBADO NEONATAL (TSH, 17-OH PROGESTERONA Y TRIPSINA INMUNORREACTIVA) E INMUNOQUIMICA (17BETA-ESTRADIOL, CORTISOL, HOMOCISTEINA, BETA-HCG TOTAL)

Evaluación: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Enero 2014  
Fin: Diciembre 2014

Elaboración de los procedimientos y formatos de los nuevos alcances de acreditación: Marzo 2014- Junio 2014  
Inclusión de nuevos parámetros susceptibles de restricción de repeticiones: Marzo 2014 - Diciembre 2014  
Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2014 - Diciembre 2014  
Revisión del sistema de calidad: Abril 2014  
Auditoría interna: Junio 2014  
Auditoría externa: Diciembre 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. UNE-EN ISO 15189

OTRA PALABRA CLAVE 2. BIOQUIMICA CLINICA

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

436

## 1. TÍTULO

**MANEJO PERIOPERATORIO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS SOMETIDOS A IMPLANTES DE MARCAPASOS O DESFIBRILADORES: ¿DEBERIAMOS MODIFICAR LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA CLASICA?**

2. RESPONSABLE ..... MARUAN CARLOS CHABBAR BOUDET

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO GALIANO NAIARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- ASSO ABADIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- VAZQUEZ SANCHO MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
- VALLEJO GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El número total de implantes de dispositivos de estimulación cardiaca y desfibriladores ha experimentado un notable incremento en nuestro hospital durante esta última década. Aproximadamente el 25% de los pacientes sometidos a estos procedimientos se encuentran bajo tratamiento anticoagulante oral. El manejo perioperatorio de la anticoagulación en este contexto resulta de capital importancia, con el fin de conseguir un equilibrio entre la protección frente a complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas. Las guías actuales no emiten recomendaciones específicas de manejo en estos casos y la estrategia clásica de "tratamiento con heparina puente" no se encuentra sustentada por ninguna evidencia científica sólida. Asimismo esta estrategia clásica incrementa la estancia media hospitalaria y su grado de adherencia entre los profesionales es muy pobre por el temor a la aparición de complicaciones hemorrágicas. Sin embargo, en pacientes con moderado/alto riesgo tromboembólico, la suspensión de la anticoagulación oral sin tratamiento con heparina puente conlleva un riesgo importante de aparición de eventos embólicos. Publicaciones recientes han investigado una nueva estrategia alternativa para la realización de estos procedimientos consistente en el mantenimiento de la anticoagulación oral en dichos pacientes y los resultados han demostrado un claro beneficio de esta estrategia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En concordancia con las recientes publicaciones, mediante la realización de los procedimientos de implantes de marcapasos y desfibriladores sin suspender la anticoagulación oral activa en pacientes con moderado/alto riesgo tromboembólico, nosotros esperamos conseguir:

- Minimizar el número de hematomas de bolsa del generador significativos
- Disminuir las complicaciones tromboembólicas
- Reducir la estancia media hospitalaria
- Facilitar la preparación preoperatoria tanto de pacientes como de los profesionales médicos implicados en estos procedimientos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método a emplear se basa en el siguiente protocolo :

En pacientes de moderado/alto riesgo tromboembólico definidos como aquellos que son portadores de prótesis valvulares mecánicas cardiacas y/o antecedentes de fibrilación auricular con escala CHADS >2 se optará por mantener la anticoagulación oral con INR entre 2-2,5. En el resto de pacientes, considerados de bajo riesgo tromboembólico, se suspenderá la anticoagulación oral 72 horas antes.

Los responsables del cumplimiento de este protocolo serán los profesionales sanitarios implicados en el procedimiento de implante de estos dispositivos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores previstos serán:

- La aparición de complicaciones hemorrágicas- hematomas de bolsa del generador, hemotórax...- durante el seguimiento
- La aparición de complicaciones tromboembólicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha prevista de inicio sería inmediata. En base a los indicadores "centinela" se establecerá la finalización o no 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. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

068

## 1. TÍTULO

**COORDINACION PARA MEJORA DE LA EFECTIVIDAD EN MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD EN PACIENTES CON ICTUS Y DEPENDENCIA TOTAL. PROYECTO "HOMESTROKE"**

## 2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CAPABLO LIESA JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- BERTOL ALEGRE VICENTE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- MARTA MORENO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- BERGES BORQUE LAURA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el año 2013 se valoraron por la Unidad de Valoración Sociosanitaria a 116 pacientes con ictus ingresados en el S° de Neurología. De estos pacientes, 57 presentaban dependencia total (I. de Barthel <20) y se derivaron al alta hospitalaria a Atención Primaria (50% a domicilio y 50% a residencia), por presentar mal pronóstico funcional y no existir complicaciones agudas que precisasen ingreso en Hospital Sociosanitario.

El síndrome de inmovilidad se define como disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Los sistemas más afectados son el cardiovascular con aparición de síncope y fatigabilidad por ortostatismo y complicaciones tromboembólicas (TVP y TEP), y el musculoesquelético con atrofia muscular, contracturas musculares, rigidez o anquilosis articular. Otras complicaciones son las infecciones respiratorias y urinarias, hiporexia, estreñimiento, heridas por presión y depresión por aislamiento social. Además los pacientes con inmovilidad aguda provocada en este caso por el ictus, fallecen 33% en un plazo de 3 meses y más de un 50% a los 12 meses.

Una vez instaurada la inmovilidad en el paciente, es de crucial importancia la detección precoz y un buen manejo de la misma para evitar las complicaciones asociadas. Por este motivo consideramos que la coordinación entre los diferentes profesionales implicados en el proceso del ictus mejora la efectividad.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar una "Guía de prevención de complicaciones en pacientes con ictus y dependencia total" que sirva de apoyo para la educación sanitaria del binomio paciente-cuidador.

Disminución de la puntuación en la "Encuesta de afrontamiento" entre los momentos pre y post información-formación al cuidador del paciente con ictus y dependencia total un 30%

Mejorar la continuidad asistencial incluyendo al alta hospitalaria un 90% de los pacientes del proyecto "Homestroke" de forma automática en el programa del paciente inmovilizado de Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formar grupo de trabajo multidisciplinar: personal del S° de Neurología: (neurólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería), personal del S° de Rehabilitación (rehabilitadores, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) y componentes de la UVSS (geriatra, enfermera, trabajador social y administrativo).

2. Elaborar "escala de afrontamiento" con una escala analógica para valorar la información, la formación y el impacto emocional en el cuidador (estado de ansiedad).

3. Valoración multidisciplinar del paciente con ictus ingresado en el S° de Neurología por neurólogos, enfermeras, rehabilitadores y UVSS al ingreso hospitalario.

4. Detectar a los pacientes con ictus y dependencia total (IB<20) ingresados en el S° de Neurología en las primeras 72 horas del ingreso hospitalario, para su inclusión en el proyecto "Homestroke".

5. Realizar educación sanitaria del cuidador principal del paciente incluido en el proyecto "Homestroke" por los diferentes profesionales:

Neurología: información enfocada al proceso consensuada con el resto de componentes del grupo de trabajo

Enfermería: educación sanitaria del cuidador con respecto a higiene, nutrición oral y enteral, y prevención de heridas por presión (con apoyo de "Guía de prevención de complicaciones en el paciente con ictus y dependencia total")

Rehabilitación. Fisioterapeuta: prevención de rigidez articular, hombro doloroso, complicaciones respiratorias y heridas por presión. Terapeuta Ocupacional: control postural, transferencias, ayudas técnicas para adaptación del domicilio y pautas para estimulación sensorial y cognitiva (con apoyo de "Folleto de manejo de higiene postural del paciente hemipléjico")

UVSS: prevención de las complicaciones médicas del sdm de inmovilidad e información sobre trámites, ayudas y recursos sociales útiles al alta hospitalaria.

6. Promover la continuidad de cuidados:

Coordinación con Atención Primaria. Informe de Neurología, Continuidad de cuidados y UVSS, accesibles en historia clínica electrónica.

Valoración de posibilidad de tratamiento rehabilitador en consulta externa de Rehabilitación del HSJD al mes del alta hospitalaria.

Derivación a la Unidad de Disfagia para valoración de evolución de trastorno de deglución.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

068

**COORDINACION PARA MEJORA DE LA EFECTIVIDAD EN MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD EN PACIENTES CON ICTUS Y DEPENDENCIA TOTAL. PROYECTO "HOMESTROKE"**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Guía de prevención de complicaciones del ictus con dependencia total. El personal de enfermería en coordinación con UVSS elaborará esta guía en el primer trimestre (junio/14). A partir de este momento se utilizará como apoyo para mejorar la información e información del binomio paciente-cuidador.

2. Disminución de la puntuación en la "Encuesta de afrontamiento" entre los momentos pre y post información-formación al binomio paciente-cuidador. Se elaborará una encuesta con una escala analógica para valorar la información, la formación y el impacto emocional en el cuidador (estado de ansiedad). Esta se realizará en el momento de la detección del paciente "homestroke", es decir en las primeras 72 horas de su ingreso, y antes del alta hospitalaria tras la educación sanitaria individualizada llevada a cabo por los diferentes profesionales del grupo de trabajo al binomio paciente-cuidador. Se realizará un análisis semestralmente.

3. Porcentaje de pacientes del proyecto "Homestroke" incluidos al alta hospitalaria de forma automática en el programa del paciente inmovilizado de Atención Primaria. Se promoverán reuniones con la dirección médica y de enfermería de Atención Primaria/Hospitalaria para lograr un acceso informático directo entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Se realizará un análisis semestralmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar.  
Abril/2014. Elaborar encuesta de afrontamiento.  
Abril/2014. Elaborar Guía de prevención de complicaciones en pacientes con ictus y dependencia total. Junio/2014.  
Valoración multidisciplinar del paciente con ictus. Abril/2014-Diciembre/2014  
Detectar a los pacientes con ictus y dependencia total para inclusión en el proyecto "Homestroke".  
Abril/2014-Diciembre/2014  
Realizar educación sanitaria del cuidador principal del paciente "Homestroke" por los diferentes profesionales.  
Abril/2014-Diciembre/2014.  
Promover la continuidad de cuidados al alta hospitalaria. Abril/2014-Diciembre/2014.  
Análisis de indicadores propuestos. Semestralmente. Propuesta de línea de mejora 2015. Diciembre/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. ACV / AIT

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ictus, dependencia total

OTRA PALABRA CLAVE 2. Coordinación, Continuidad, Formación

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

316

**PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y HORMONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA**

2. RESPONSABLE ..... LUIS FERNANDO COLMENAREJO GONZALEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· FRANCO JIMENEZ LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· URIO PRADO JUANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· CARRERAS SEVILLANO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA EN UNA ENFERMEDAD METABOLICA MUY PREVALENTE EN LA POBLACION QUE CONDICIONA UN MAYOR RIESGO DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD Y POROSIDAD DEL TEJIDO OSEO. LAS FRACTURAS A SU VEZ SON CAUSA DE UNA MAYOR MORBILIDAD DISMINUYENDO LA CALIDAD DE VIDA E INCLUSO MORTALIDAD CUANDO SE TRATA DE FRACTURAS DE CADERA.  
EXISTEN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A UNA MAYOR PERDIDA DE MASA OSEA COMO SON LA TOMA DE INHIBIDORES DE LA AROMATASA. SE TRATA DE UNA FAMILIA DE FARMACOS CONSOLIDADOS EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CANCER DE MAMA QUE SOBREENPRESAN RECEPTORES HORMONALES EN LA POSTMENOPAUSIA, LO CUAL SUPONE EL 60-65% DE TODOS LOS CANCERES DE MAMA. EXISTE UNA INFRAESTIMACION EN EL RIESGO DE LA OSTEOPOROSIS ASOCIADA A LOS INHIBIDORES DE LA AROMATASA Y ES PRECISO UNIFICAR CRITERIOS A LA HORA DEL MANEJO DE ESTAS PACIENTES

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - IDENTIFICAR A LAS MUJERES CON RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y CANCER DE MAMA HACIENDO ESPECIAL HINCAPIE EN LOS FACTORES DE RIESGO.  
- CONCIENCIAR A LAS PACIENTES DE LA IMPORTANCIA DE LA OSTEOPOROSIS, DE SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.  
- NORMALIZAR Y AUNAR CRITERIOS A LA HORA DEL MANEJO DE LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA HORMONSENSIBLE EN LA CONSULTA DE MENOPAUSIA PATOLOGICA Y EN LA UNIDAD DE PATOLOGIA MAMARIA.  
- DISMINUIR LA INCIDENCIA DE OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES CON CANCER DE MAMA E INHIBIDORES DE LA AROMATASA Y SECUNDARIAMENTE LA INCIDENCIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -CUANTIFICAR LA DENSIDAD MINERAL OSEA (DMO) AL INICIO DEL TRATAMIENTO Y PONER EN MARCHA CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA PARA DISMINUIR LA PERDIDA DE DMO EN TODAS LAS MUJERES CON CANCER DE MAMA E INHIBIDORES DE LA AROMATASA.  
-ASEGURAR LA ADECUADA INGESTA DE CALCIO Y VITAMINA D EN TODAS LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA.  
-MONITORIZAR LA DMO DURANTE EL TRATAMIENTO E IDENTIFICAR A LAS PACIENTES PERDEDORAS RAPIDAS (>10% EN 2 AÑOS) Y LAS PACIENTES CON BAJA DMO.  
-PONER EN MARCHA MEDIDAS FARMACOLOGICAS SI FUERA PRECISO Y COMPROBAR LA RESPUESTA Y TOLERANCIA A LAS MISMAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - PACIENTES CON CANCER DE MAMA E INHIBIDORES DE LA AROMATASA A LAS QUE SE DAN Y EXPLICAN NORMAS DE HABITOS SALUDABLES PARA MEJORAR LA CALIDAD OSEA

- MUJERES CON CANCER DE MAMA E INHIBIDORES DE LA AROMATASA A LAS QUE SE SOLICITA DMO BASAL

-PACIENTES EN LAS QUE SE INICIA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LAS QUE SE REALIZA MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -INICIO: JUNIO 2014

VALORACION: ANUAL

DURACION: AL MENOS DOS AÑOS

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

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. 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

423

**REFUERZO DE LA FORMACION SOBRE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS CON UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN ISO**

2. RESPONSABLE ..... REBECA CONDE GARCIA
- Profesión ..... MIR
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VELA MARQUINA MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - MARCO ARBUÉS MARIA MONLORA. GESTION SANITARIA. H MIGUEL SERVET. DOCUMENTACION Y ARCHIVOS
  - PEREZ SALILLAS MARIA. VETERINARIO/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
  - LAIN MERCADAL JUAN MANUEL. TECNICO NO TITULADO. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet impulsa el trabajo de los grupos de mejora de los diferentes servicios comprometidos con el desarrollo del sistema de gestión de calidad ISO 9001 y 13485. Esta actividad se ha realizado con distintos servicios, propiciando que, en todos los casos y en cada uno de los procesos estén representadas todas las categorías profesionales que integran cada servicio. Para todos, la tarea de la implantación y/o mantenimiento de este sistema de gestión de la calidad es compleja y requiere refuerzo, formación, estímulo y compromiso de forma continuada. En este sentido, al trabajar el sistema de calidad se detecta que la principal dificultad que presentan la mayoría de servicios es la implantación del registro de incidencias por parte de los profesionales y el plan, realización y evaluación de actividades formativas. Ambos puntos son de suficiente importancia para abordarlos directamente para lo cual con cada uno de los servicios se está trabajando de la forma más efectiva, teniendo en cuenta los problemas y las peculiaridades de cada uno de ellos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Tanto en un primer estudio por parte de los servicios de nueva implantación como tras el análisis de resultados anteriores por parte del resto de servicios, en todos se ha puesto de manifiesto la situación actual de ambos problemas, y se ha logrado la implicación de los responsables de calidad o responsables ISO de los servicios para la mejora o resolución de los mismos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Sistemas de gestión de la calidad ISO sólidamente implantados.
- Motivación, implicación y compromiso de todos los profesionales.
  - Formación eficaz y continuada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Los responsables de cada servicio con el apoyo y tutela de la Unidad de Calidad, realizarán reuniones periódicas, con los siguientes objetivos:

- o Reforzar la formación e insistir en la importancia del registro de incidencias, como instrumento fundamental para la mejora.
- o Informar del estado y evaluación de las incidencias, sus consecuencias, acciones realizadas para su resolución...
- o Potenciar la motivación e implicación de todos los profesionales

• Elaboración de planes formativos útiles y factibles, basados en las necesidades del servicio y las manifestadas por los trabajadores, que tengan en cuenta aspectos y contenidos dirigidos a cada una de las categorías profesionales de los servicios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de sesiones formativas basadas en la calidad  $\geq 2$  en cada uno de los servicios.

- Estudio de la evolución del registro las incidencias tanto en cantidad como en contenido.
- Evaluación de incidencias trabajadas (No conformidades, solución inmediata, objetivos, realizar cambios en el sistema, etc.)
- Anualmente, se comprobará el cumplimiento del plan de formación y se realizará la correspondiente evaluación de las actividades formativas realizadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Enero 2014 - Enero 2015

11. OBSERVACIONES. Consideramos importante, conseguir el compromiso de la Dirección para facilitar la planificación y el cumplimiento de las actividades formativas compatibilizándolo con el desempeño del trabajo diario en cada uno de los servicios. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Formación

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

423

1. TÍTULO

**REFUERZO DE LA FORMACION SOBRE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS CON UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN ISO**

- 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

099

**INCLUSION DE TABLAS PROPIAS DE PESO FETAL EN EL PROGRAMA INFORMATICO ECOGRAFICO DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... LAURA COTAINA GRACIA  
· Profesión ..... MIR  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SAVIRON CORNUDELLA RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· DE DIEGO ALLUE ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· GARRIDO FERNANDEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· BAILO MASTRAL PABLO. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA

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.  
-Actualmente utilizamos las tablas de Santamaria para calcular el percentil de cada feto en función del sexo. Sin embargo al comparar estas tablas con otras utilizadas por otros centros ( Tablas de Figueras, Carrascosa, clinic, las utilizadas por pediatras...) se observó que entre ellas había grandes diferencias en cuanto a percentiles. Esto es muy importante ya que el manejo y control posterior puede variar mucho.  
Como disponemos de la base de trabajo hemos visto la oportunidad de poder mejorar el diagnóstico y seguimiento de los fetos con bajo peso introduciendo nuestras propias tablas de peso dentro del programa informático. Lo novedoso de estas tablas es que tienen en cuenta factores individuales de la paciente, como puede ser su talla materna.  
-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, mejoría 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)  
Además hemos querido mejorar la asistencia creando nuestras propias tablas de pesos fetales ya que se ha demostrado que es preferible el cálculo del percentil del peso fetal con curvas customizadas (ajustadas).  
-Es interesante que cada centro desarrolle sus propias curvas poblaciones de peso fetal, como son las que presentamos.  
-Para poder realizar las curvas poblacionales tenemos que tener en cuenta las múltiples variables que pueden influirnos en el peso fetal e incluir sólo aquellas gestaciones sin patología.  
-Es conveniente ajustar el percentil de peso fetal teniendo en cuenta los factores que han demostrado que influyen como son:  
sexo fetal  
edad materna  
· peso al comienzo del embarazo  
· paridad  
· talla materna

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto el objetivo es disminuir el número de ecografías realizadas a nuestras gestantes sin disminuir la sensibilidad en la detección de fetos de bajo peso, para ello utilizaremos las tablas elaboradas con nuestros datos. Gracias a las mismas podemos 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.

Es importante un diagnóstico preciso de los percentiles ya que esto va a marcar el seguimiento de estos fetos. Los fetos con P10-25 actualmente se les realiza un control conjunto cada 15 días por parte del servicio de diagnóstico prenatal y servicio de alto riesgo. En los fetos con P < 10 el control es semanal.  
Por lo tanto nuestro objetivo al utilizar nuestras propias tablas es realizar un correcto diagnóstico del percentil, de esta manera el control ecográfico sólo se realizaría a fetos con percentil < 10. No se repetirán ecografías a fetos con percentil 10-25.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

099

## 1. TÍTULO

**INCLUSIÓN DE TABLAS PROPIAS DE PESO FETAL EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO ECOGRÁFICO DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Para realizar las curvas de peso fetal y los percentiles de las tablas, nos hemos basado en la metodología de la GestacionRelatedOptimalWeight (GROW) software basado en los estudios de Gardosi y Francis. Aunque respecto a esta referencia hemos realizado algunas modificaciones para obtener unos resultados más consistentes. Para ello hemos seleccionado:

- Gestaciones sin patología materna
- FUR ajustada a 1ª ecografía
- Gestaciones sin patología fetal
- Peso de gestaciones a término y peso de ecografías <37 semanas
- Estudio longitudinal

Hemos recogido de forma longitudinal en el año 2013 los datos de 3353 gestantes y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión que se enumeran a continuación se obtuvo una base de datos de 1922 gestantes, 954 mujeres y 968 varones.

Los CRITERIOS DE INCLUSIÓN fueron:

- Gestación única.
- Gestación controlada en Hospital Universitario Miguel Servet o en los centros de especialidades asociados a éste, con un correcto seguimiento obstétrico.
- Realización del Screening Combinado de Primer Trimestre en nuestro hospital y, al menos, 3 ecografías (primer, segundo y tercer trimestre) por parte de la Sección de Ecografías Obstétricas del H.U. Miguel Servet.
- Parto en el Hospital Universitario Miguel Servet
- Raza caucásica
- Parto > 37 semanas (a término)

Los CRITERIOS DE EXCLUSIÓN fueron aquellas gestaciones con factores de riesgo para PEG o macrosoma:

- Patología materna: HTA, preeclampsia, diabetes pregestacional, diabetes gestacional, fumadoras, colestasis intrahepática, dislipemia, obesidad, enfermedad neurológica en tratamiento, enfermedad autoinmune, neoplasia, enfermedad hematológica, trombofilia...
- Pacientes que fueron sometidas a FIV con donación de ovocitos
- Patología fetal: malformaciones fetales graves

-Hemos recogido longitudinalmente el peso al nacimiento por encima de las 37 semanas y los pesos de las ecografías a las 20 y 35 semanas.

-Hemos realizado una regresión curvilínea que es la que más se adapta a nuestros datos tras probar todas las posibilidades (cuadrático, cúbico, logarítmica, exponencial)

- De estas curvas la que mejor predice el peso a partir de las semanas gestacionales son de tipo S (una diferencia con la metodología GROW)

- Se realizan dos regresiones, una para cada sexo, con una capacidad predictiva para varones del 98,8% y para mujeres del 98,7%, siendo estos los resultados de las tablas de pesos fetales.

-Hemos realizado la 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).

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 (validación de tablas).

-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. Mayo 2013

-Preparación de nuestras tablas que deben de utilizar los informáticos (pesos fetales)

Septiembre 2013:

-Pruebas del programa para ver su funcionamiento

Marzo 2014:

-Modificación de errores surgidos

Abril 2014:

-Finalización del proyecto de mejora y comienzo de utilización de nuestras tablas de pesos fetales

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 PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. mujeres edad reproductiva
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

014

**CREACION DE UN REGISTRO COMUN DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA CON EL SERVICIO DE PRUEBAS FUNCIONALES Y DE UN BUZON COMPARTIDO CON EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO DE ARRIBA MUÑOZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- FERRER LOZANO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- RUIZ RUIZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- NAVARRO AZNAREZ HERMINIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el Servicio de Endocrinología Pediátrica existe una importante relación con los Servicios de Pruebas Funcionales mediante la realización de tests dinámicos y con el Servicio de Farmacia hospitalaria mediante la administración de tratamientos a pacientes, solicitados desde la consulta.

Respecto al Servicio de Pruebas Funcionales se pretende realizar una base de datos conjunta en la que se incluyan las pruebas dinámicas solicitadas a cada paciente por la unidad de Endocrinología Pediátrica, indicando la fecha de petición, fecha de realización, posibles efectos secundarios y resultados obtenido.

El objetivo de la creación de un buzón compartido con Farmacia es poder consultar por parte de ambos servicios los pacientes de la consulta que reciben tratamientos dispensados por el servicio de Farmacia, fundamentalmente Hormona de Crecimiento y Tiroxina en gotas, para conocer la adherencia y la buena o mala cumplimentación de los mismos. La evaluación de la adherencia al tratamiento con hormona de crecimiento se realizará mediante la descarga del dispositivo, que se podrá realizar tanto en la consulta como en el servicio de Farmacia, compartiendo la información a través del buzón y ayudando a optimizar el tratamiento o suspenderlo en caso de mala cumplimentación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Realización de un registro de pruebas funcionales indicadas desde el Servicio de Endocrinología Pediátrica al Servicio de Pruebas Funcionales.  
- Creación de un buzón compartido entre el Servicio de Endocrinología Pediátrica y el Servicio de Farmacia Hospitalaria con una base de datos de pacientes a los que se les dispensan tratamientos en el Servicio de Farmacia.  
- Instalación del programa informático Easy link®, que permite la descarga de datos desde el dispositivo Saizen Easypod® de hormona de crecimiento para poder obtener resultados de adherencia y poder optimizar los tratamientos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realización de la base de datos de pruebas funcionales solicitadas por la unidad de Endocrinología Pediátrica, que incluya los siguientes campos: Nombre, Número Historia Clínica, fecha de nacimiento, fecha petición prueba, fecha de realización, tipo de prueba funcional realizada, efectos secundarios.  
Responsable Antonio de Arriba y María José Ruiz.

2.- Creación de un buzón compartido con Farmacia en el que se pueda consultar por parte de ambos servicios los pacientes de la consulta que reciben tratamientos dispensados por el servicio de Farmacia, fundamentalmente Hormona de Crecimiento y Tiroxina en gotas. En dicho buzón se incluirá una base de datos de dichos pacientes que incluya Nombre, Número historia clínica, fecha de nacimiento, diagnóstico y tratamiento. Responsables: Antonio de Arriba, Herminia Navarro y JI Labarta.

3.-Evaluación de la adherencia al tratamiento de los pacientes en tratamiento con rhGH Saizen easypod® mediante la descarga del dispositivo. Dicha descarga se podrá realizar tanto en la consulta como en el servicio de Farmacia, compartiendo la información a través del buzón. Responsables: Antonio de Arriba y Marta Ferrer.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización de un registro de pruebas funcionales indicadas desde nuestra unidad.

- Creación de un buzón compartido con Farmacia con una base de datos de pacientes a los que se les dispensan tratamientos en el Servicio de Farmacia.  
- Instalación del programa informático Easy link®, que permite la descarga de datos desde el dispositivo Saizen Easypod®.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende ponerlo en marcha a lo largo del año 2014, para poder analizar los resultados a principios de 2015 mediante estudio de la actividad realizada en Pruebas Funcionales desde el inicio del registro y análisis global de los tratamientos compartidos con Farmacia Hospitalaria y de la adherencia en pacientes en tratamiento con hormona de crecimiento.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

014

**CREACION DE UN REGISTRO COMUN DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA CON EL SERVICIO DE PRUEBAS FUNCIONALES Y DE UN BUZON COMPARTIDO CON EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población Pediátrica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

## 1. TÍTULO

**ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL EXPLICATIVO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS (CONTINUACIÓN)**

## 2. RESPONSABLE ..... ISABEL DE LA TORRE ARRIETA

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROY GUERRERO LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- HURTADO CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

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. DE ESTRUCTURA: Existencia de manual explicativo de as 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.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer trimestre: Reunión equipo de trabajo y búsqueda bibliográfica.

- Segundo semestre: Unificar criterios y elaboración de las distintas intervenciones.
- Tercer semestre: 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. 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

**ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL EXPLICATIVO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS (CONTINUACIÓN)**

- 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

453

**CONSULTA DE ENFERMERIA TRAS EL ALTA AL LESIONADO MEDULAR.**

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO DE MIGUEL SALVADOR

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HIDALGO MENDIA BEGOÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- ARIZA LAHUERTA JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROREABILITACION-LESIONADOS MEDULARES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Proponemos un nuevo servicio a disposición del usuario (paciente con lesión medular y familiares) para recibir cuidados, asesoramiento, información, educación y técnicas de enfermería, en un lugar identificable (nuestra consulta), con un acceso organizado y un horario concreto.

Establecimiento de la consulta de Enfermería, dedicado a:

Evaluación, previa al alta médica de pacientes ingresados en esta Unidad, mediante una ficha que plasma las necesidades humanas básicas de los pacientes, de los conocimientos necesarios en autocuidados-paciente y cuidados-cuidador, que serán necesarios en el momento que pasen a situación domiciliaria.

Este tipo de actividad de enfermería, no se solapa con la actividad de cuidados y formación que hace la enfermera de planta, sino que por el contrario es efectivo, porque aunque la enfermera de la consulta de enfermería tiene comunicación con la enfermera responsable del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proporcionar a los pacientes con lesión medular adscritos a la Unidad de Lesionados Medulares y su familia, una atención personalizada para prevenir alteraciones de salud y resolver las incidencias y necesidades detectadas a lo largo de la relación con nuestra Unidad. Disminuir especialmente la incidencia de úlceras por presión, infecciones en tracto urinario y estreñimiento debido a la alta prevalencia que se dan en nuestros .pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- El método a seguir será la entrevista personalizada con el paciente ( y cuidador principal) en nuestra consulta por parte del enfermero donde se repasarán todos los conocimientosla obtenidos en su estancia hospitalaria en un formulario ya elaborado. A la vista de lo evaluado, se procede a consolidar lo aprendido y/o a completar las posibles lagunas en los conocimientos necesarios. Para todos los usuarios de nuestra consulta es necesario un seguimiento reglado posterior. Este proceso se realiza de forma que en ningún momento posponga el alta hospitalaria, ya que se hace con la suficiente antelación ante la posible alta.

**RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA PARA EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR****Higiene corporal**

Será capaz de mantener una correcta higiene corporal diaria de forma autónoma si el tipo de lesión se lo permite, si no es así, se enseñará y motivará al cuidador principal para que entre ambos la puedan realizar.

**Cuidados de la piel y prevención de UPP**

- Hidratación diaria de la piel
- Vigilar los puntos de presión para evitar UPP
- Realizar pulsiones de forma periódica en la silla para favorecer el riego sanguíneo en zonas de apoyo.
- Cambios posturales en cama cada 2-3 horas. No arrastrarse
- Comprobar el cojín de la silla y el colchón cada 3-6 meses para asegurar que sigue protegiendo su piel.
- Evitar arrugas en sábanas, objetos pequeños, etc.

**Eliminación - orina**

- Aumentar la ingesta hídrica en 1litro y medio- 2 litros.
- Enseñar al paciente y/o cuidador a realizar el autosondaje.
- Comprobar y/o enseñar la correcta colocación del colector
- Conocer los signos más importantes de infección vesical (escalofríos, dolor de cabeza, aumento de la espasticidad, pérdida de apetito, cansancio, cambio de color y/u olor en orina)
- Saber que hacer si adquiere una infección urinaria
- Explicar la importancia de mantener un correcto vaciado vesical y explicar las formas de realizarlo (golpeteo, presión abdominal, etc)

**Eliminación- defecación**

- Dieta rica en fibra, favoreciendo la deposición independiente máximo cada 48 horas enseñando la técnica de masaje abdominal y tacto rectal.
- Realizar deposición siempre a la misma hora, preferentemente después de una comida, para planificar un programa intestinal.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

453

**CONSULTA DE ENFERMERIA TRAS EL ALTA AL LESIONADO MEDULAR.**

-Se mantendrá lo más activo físicamente que se pueda (media hora de paseo en silla, movilizaciones al acostarse y levantarse)

## Higiene alimentaria

-Recomendaciones dietéticas adecuadas para:

- .evitar sobrepeso que dificulte las transferencias
- .favorecer la eliminación intestinal
- .mantener un nivel adecuado de proteínas para evitar la aparición de U.P.P

## Sexualidad

-Aprender a vivir la sexualidad de forma diferente e informar que hay a su disposición ayuda médica y farmacológica para la erección.

## Riesgo de disreflexia

-Conocer los signos más frecuentes de la disreflexia:

- .sudoración
- .dolor de cabeza
- .enrojecimiento de la cara
- .nariz congestionada
- .carne de gallina

-Causas más comunes que la pueden desencadenar:

- .vejiga (retención, cálculos, infección)
- .intestino (estreñimiento, gases, distensión del recto)
- .piel (calor, frío, UPP, ropa demasiado apretada)
- .colector demasiado apretado

-El paciente se incorporará si está acostado y se le retirarán las medias elásticas y cinturón abdominal para bajar su presión sanguínea

## Asunción de la nueva situación del paciente.

-Fomentar la realización de actividades y salidas (deportivas, sociales, culturales, etc.) para retomar cuanto antes su vida social.

-Ayudarle a identificar los cambios que es probable que se produzcan en la dinámica familiar y el estilo de vida.

## Cuidador

-Se le enseñará a llevar a cabo con destreza las técnicas y habilidades necesarias para brindar los cuidados.

-Permitirle el tiempo suficiente para resolver las situaciones y acontecimientos que no pueden cambiarse, proporcionándole el apoyo adecuado.

Tenemos a nuestra disposición un tríptico de la unidad que se les dará como material de apoyo en el que se reflejan de manera resumida todos los puntos citados anteriormente.

2.- Posteriormente se realiza una revisión conjunta (médico-enfermera) programada a los 3 meses del alta hospitalaria en la cual se examinan tanto las AVD como otros factores mencionados anteriormente (disreflexia, función del cuidador, etc)

Disponemos de un formulario a tal efecto elaborado de forma conjunta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación de los conocimientos referentes a su nueva situación vital por parte del paciente al alta.

Formulario "Protocolo de valoración de enfermería" al alta, a los 3 meses y al año del alta.

Evaluación de la variación anual del número de UPP y de ITU.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sistema de acceso: derivación por parte de rehabilitador, e identificación por parte de la enfermera de los pacientes diana

Se oferta tras el alta hospitalaria

La 1ª visita se realiza aproximadamente tres meses después del alta hospitalaria y posteriormente con una periodicidad de aproximadamente un año.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

453

**CONSULTA DE ENFERMERIA TRAS EL ALTA AL LESIONADO MEDULAR.**

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

383

**PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE POTENCIALES COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA VMNI EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE NEUMOLOGÍA**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DE PABLO CILLERO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LORENTE GENZO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- PALACIOS TORRELLAS GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- VIÑUELAS LABURTA ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- AYUSO AYUSO MARGARITA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- HERNANDEZ TESON DOLORES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- MARTIN CARPI MARIA TERSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para obtener la mayor tasa de éxito con la VMNI es preciso además de conocer los fundamentos de la fisiopatología respiratoria, una selección cuidadosa de los candidatos, así como un equipo médico y de enfermería que vigile y ofrezca los cuidados necesarios a estos pacientes.

La mascarilla, como interfase entre el ventilador y el paciente, es un elemento de suma importancia en el éxito de la VMNI, ya que es un elemento nuevo y extraño al que deben adaptarse los pacientes. Las complicaciones derivadas de la VMNI son menos frecuentes y más leves que las ocasionadas por la intubación orotraqueal, pero pueden ser responsables de que el paciente no tolere el tratamiento, por lo que deben ser detectadas y minimizadas en la medida que sea posible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No disponemos de datos en el momento actual.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar las complicaciones asociadas a la VMNI y ofrecer medidas para su prevención.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Conocer por parte del Servicio de Neumología la incidencia de potenciales complicaciones asociadas a la terapia con VMNI (ansiedad, agitación, aparición de úlceras por presión, conjuntivitis, distensión gástrica), mediante el registro con una ficha individualizada de los pacientes sometidos a VMNI. Responsable: Enfermería y Auxiliar de Enfermería.

• Conocer el % de pacientes a los que se retira de modo prematuro la VMNI debido a este tipo de complicaciones. Responsable: Facultativo.

• Conocer el % de pacientes a los que se previene de la aparición de úlceras por presión, mediante el empleo de apósitos hidrocoloides. Responsable: Facultativo y Enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Monitorización de la aparición de complicaciones por parte del Enfermería y Auxiliar de Enfermería, mediante registro con hoja de seguimiento.

- Monitorización de la retirada prematura de VMNI asociada a complicaciones de la misma.
- Hoja de seguimiento de enfermería, de la prevención de úlceras por presión.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el 2014 se van a llevar cabo el registro de la incidencia de las complicaciones asociadas a VMNI y las soluciones aportadas. A lo largo de 2015 se evaluarán los datos para poder ver las posibilidades de mejora.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ventilación Mecánica No Invasiva

OTRA PALABRA CLAVE 2. Enfermedades Respiratorias

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

332

## 1. TÍTULO

**FORMACION PARA ENFERMERAS DE LA INFLUENCIA DE LA MICROBIOTA Y LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA SOBRE LA CALIDAD INTESTINAL DEL PACIENTE CELIACO ADULTO Y MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS DEL COACHING NUTRICIONAL EN ESTOS PACIENTES**

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES DE TORRES AURED
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MILLASTRE BOCOS JUDITH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. Sº DIGESTIVO
- FRANCÉS PINILLA MARINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION
- IBARRA SIERRA CONSUELO. TCAE. H MIGUEL SERVET. U. DIETETICA Y NUTRICION
- SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. DIRECCION
- PULIDO HERRERA CARMEN. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. CS MIRALBUENO
- HERNANDEZ SALUEÑA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUBDIRECTORA DOCENCIA
- ALONSO ESTEBAN MAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- LORENTE SERRANO CARMEN. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION
- LATORRE DEL OLMO CONCHA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. CS SANTA ISABEL
- SANCHEZ BARTOLOME ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SUPERVISORA DOCENCIA Y CALIDAD
- PER BARTOLOME MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
- TRICAS MORO CARMEN. MEDICO/A. ASOCIACION DE CELIACOS DE ARAGON.
- PANILLO CALLEJA NOELIA. NUTRICIONISTA. ASOCIACION DE CELIACOS DE ARAGON.
- RUIZ GARCIA DE DIONISIO FATIMA ISABEL. ENFERMERO/A. ASOCIACION DE CELIACOS DE ARAGON.
- SORO LORENTE CYNTIA. ENFERMERO/A. AUTONOMO/A

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La matriz de este Proyecto de Mejora es la adaptación revalorizada del anterior Proyecto de Mejora "FORMACIÓN SOBRE TIPOS DE ALIMENTACIÓN Y CONTAMINACIÓN CRUZADA EN PACIENTES CELIACOS DIAGNOSTICADOS DE ADULTOS, MEDIANTE METODOLOGÍA DE ADIESTRAMIENTO GRUPAL, COMO MEJORA EN SU CALIDAD DE VIDA Y REAFIRMACIÓN EMOCIONAL" realizado en dos ediciones anteriores con muy buena acogida, ya que a los talleres impartidos se sumaban enfermeras interesadas en esta patología, que han acudido entre los pacientes y familiares a los que iba dirigido y alguna enfermera interesada, dentro de su tiempo libre. El grupo de trabajo venimos observando la disparidad de ideas que existe entre los diferentes profesionales sanitarios no especializados, sobre la problemática de la contaminación cruzada en los alimentos no envasados y debidamente etiquetados y cómo afrontar las consultas nutricionales con estos pacientes recién diagnosticados. Por eso hemos creído oportuno centrarnos en estos dos puntos del adiestramiento nutricional y concretamente centrarnos en el colectivo enfermero sobre todo de AP, por la diversidad de pacientes que tratan y educan.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1º Periodo del Proyecto:

-Actividades desarrolladas:

Además de la preparación e infraestructura del primer proyecto ya presentado, en la ampliación del segundo se ha rediseñado la estrategia y ampliado la captación de pacientes. En los talleres propiamente dichos se trabajan herramientas concluyentes en el refuerzo emocional y la prevención de la contaminación cruzada, dando cabida a profesionales interesados en esta patología.

- Resultados conseguidos:

A falta de dos talleres por impartir de la edición 2013-14 se sumarán esos resultados anteriores que fueron evaluados con muy buena puntuación (ya presentados)

-Según el desarrollo, se constata que la respuesta de pacientes y familiares está resultando muy asertiva y participativa.

## 2º Periodo del Proyecto:

-Los pacientes y su asociación siguen demandando una información personalizada y detallada inmediata al diagnóstico. O 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:

-Continúa una situación problemática y susceptible de ser mejorada, como es la incertidumbre dietética y emocional, tras el diagnóstico tardío de la Enfermedad Celiaca, lo que acarrea gran desorientación del paciente y familiares.

-Hemos de repetir como indicador uno de los resultados manifestados "Los pacientes y su asociación siguen demandando una información personalizada y detallada inmediata al diagnóstico. O un foro o grupo de adiestramiento en esos temas explicados en el taller, a realizar durante los dos primeros meses tras el diagnóstico", ya que la no implantación de un Protocolo de acogida y adiestramiento en el primer mes de diagnóstico, hace que los Indicadores no mejoren.

-Autoevaluación de niveles alcanzados en el desarrollo del proyecto según escala

Por estar a falta de dos talleres y la opinión de los asistentes

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Al concluir cada taller las enfermeras

-Prevenir y controlar la contaminación cruzada en una la dieta equilibrada sin gluten.

-Conocer y manejar los alimentos que mejoran y mantienen la microbiota en los pacientes con EC.

2) Las enfermeras asistentes al seminario de coaching nutricional, aprenden las habilidades y el uso de herramientas necesarias en el adiestramiento

(A estos seminarios podrían asistir pacientes debidamente evaluados en la Asociación o dirigidos por su

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

332

## 1. TÍTULO

**FORMACION PARA ENFERMERAS DE LA INFLUENCIA DE LA MICROBIOTA Y LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACION CRUZADA SOBRE LA CALIDAD INTESTINAL DEL PACIENTE CELIACO ADULTO Y MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS DEL COACHING NUTRICIONAL EN ESTOS PACIENTES**

especialista de digestivo).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A) Actividad de convocatoria.-  
a.- Dirigido a enfermeras de los tres Sectores, como formación reglada.  
b.- Inscripción: En cada dirección de AP o formación continua de hospital.
- B) Metodología docente  
-Los Seminarios de coaching nutricional para enfermeras, serán de cinco horas (Se solicita acreditación a la CFC de las PS).
- C) Programa docente.-  
+a) -Microbiota intestinal:  
-Características principales;  
-Composición y desarrollo.  
- Factores iatrogénicos modificables en la celiaquía;  
- Interacciones alimentarias;  
-Beneficios de las leches fermentadas con bifidobacterias;  
-Contaminación cruzada: ¿Qué es, cómo se previene?
- +b)Coaching nutricional:  
-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.-  
-Los seminarios se programarán con las direcciones de enfermería de los tres sectores.  
Idéntica programación con las responsables de FC de los hospitales.
- E) Evaluación continua.-  
Aplicación del sistema reglado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A) Los indicadores propuestos para la evaluación continua y final son:  
-Número de seminarios realizados  
-Número total de enfermeras.  
-Encuesta de grado de satisfacción docente; y autoevaluación en la mejora de conocimientos.
- B) Después de cada seminario, las enfermeras que hayan participado de la formación, informarán del número de pacientes a los que han adiestrado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A partir de la firma del Acuerdo, se marcará un cronograma de manera que al menos en cada Sector se imparta un seminario para AP y otro para hospital, durante el periodo que incluya el proyecto.

11. OBSERVACIONES. -La concreción de que este proyecto se centre en la formación enfermera en Enfermedad Celiaca y en su adiestramiento, ha salido de las observaciones de los pacientes y de las lagunas que encuentran en los CS e incluso en los hospitales si están ingresados.

-La colaboración con la Asociación de Celiacos de Aragón es imprescindible, ya que por el momento es la que supe la atención personalizada y educacional a los pacientes celiacos diagnosticados de adultos.11. ENFOQUE PRINCIPAL.  
Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA  
·EDAD. Adultos  
·SEXO. Ambos sexos  
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Celiacos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Enfermeras  
OTRA PALABRA CLAVE 2. Adultos Celiacos  
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:  
1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

332

1. TÍTULO

FORMACION PARA ENFERMERAS DE LA INFLUENCIA DE LA MICROBIOTA Y LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA SOBRE LA CALIDAD INTESTINAL DEL PACIENTE CELIACO ADULTO Y MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS DEL COACHING NUTRICIONAL EN ESTOS PACIENTES

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

106

## 1. TÍTULO

**CERTIFICACION ISO 9001 DEL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL DOLZ ZAERA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· HADDAD GARAY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· MARCO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· GALINDO LOZANO CAMILO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· PEÑALVER VAILLO ANTONIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· PALACIO MUÑOZ BLANCA. TCAE. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· SIMON COSTEY AMPARO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de Neurofisiología Clínica ha ido renovando su plantilla recientemente y esto supone una oportunidad de cambio. La Certificación ISO 9001 permitirá mejorar notablemente los diversos aspectos determinantes de la calidad final prestada por el principal servicio de Neurofisiología Clínica de la CCAA. Seríamos el primer servicio de Neurofisiología Clínica a nivel nacional, dentro del Sistema Público de Salud en acreditarse.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar ISO 9001 en el Servicio de Neurofisiología y obtener dicha Certificación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades de motivación y formación para los integrantes del Servicio.  
Constitución del Grupo de Mejora  
Elaborar el mapa de procesos del Servicio(en curso) (Servicio, R. de Calidad, G. de Mejora)  
Elaborar listado de procedimientos del Servicio. (Servicio, R. de Calidad, G. de Mejora)  
Elaborar procedimientos del Servicio.(Servicio, R. de Calidad, G. de Mejora)  
Poner en marcha los diferentes registros a implantar en el Servicio.(Servicio, R. de Calidad, G. de Mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Auditoría interna realizada.  
Revisión por la Dirección realizada.  
Certificación ISO 9001 obtenida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Manifestación de voluntad del Servicio de implantar un Sistema de Calidad basado en la ISO, sesiones informativas e inicio de planificación de actividades a desarrollar. Abril 2014  
Elaboración de mapa de procesos y confección de listados de procedimientos y elaboración de procedimientos.  
Elaboración de registros del Servicio. Mayo-Diciembre 2014.  
Auditoría interna: febrero 2015. Revisión por la Dirección: marzo 2015. Auditoría externa de Certificación: mayo 2015.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

417

**ADECUACIÓN DE LA RECOGIDA Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EXTRAÍDAS EN QUIRÓFANO**

2. RESPONSABLE ..... PILAR EGIDO LIZAN
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
  - VIDAL GARCIA MATXALEN. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - AGUDO MORALES CELIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - DIAZ SANZ MARIA JESUS. TCAE. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - FERNANDEZ ROMERO JULIO. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - RODRIGUEZ SOTO ANA LIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - LAHUERTA ZUECO MODESTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las muestras obtenidas en quirófano son muestras invasivas, cruentas e irrepetibles que se obtienen con el fin de aportar información relevante sobre la patología infecciosa del paciente. Un incorrecto manejo de la solicitud, de la muestra o del contenedor dificulta al laboratorio de Microbiología el procesamiento de la muestra e incluso puede llegar a imposibilitarlo.

Por otra parte el personal de enfermería de quirófano no tiene una continuidad asistencial con el paciente tras su retorno a la planta, por lo que la obtención de información acerca de la extracción de la muestra resulta a veces complicada.

Desde el laboratorio de Microbiología hemos observado que algunas muestras procedentes de quirófano no cumplen los criterios mínimos de aceptación. Dada la importancia de estas muestras, de las que dependerá la confirmación o no de una patología infecciosa y, en su caso, el diagnóstico y tratamiento de la patología infecciosa de base o de sus complicaciones, proponemos como área de mejora la coordinación con el personal de quirófano -facultativo y de enfermería- para el correcto manejo de dichos especímenes.

A través del sistema de registro y comunicación de incidencias del laboratorio podemos conocer las dificultades más frecuentes que presentan las muestras de quirófano e identificar los puntos concretos de mejora.

La propuesta de soluciones a los facultativos y enfermeros a través de reuniones de trabajo mejorará el manejo de la patología infecciosa en el acto quirúrgico, disminuirá el número de incidencias y minimizará las consecuencias de las que se produzcan.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Proporcionar información relevante y rápida sobre las muestras obtenidas en quirófano que presenten alguna dificultad en su procesamiento
- ? Disminución del número de incidencias
  - ? Minimizar las consecuencias de las incidencias que se produzcan.
  - ? Mejorar el rendimiento microbiológico obtenido en las muestras de quirófano
  - ? Mejora de la comunicación entre los servicios quirúrgicos y microbiología

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones con facultativos y personal de enfermería de quirófano para:

1. Difundir el manual de toma de muestras de Microbiología
2. Comunicar los motivos de rechazo de las muestras de acuerdo a los procedimientos de Preanalítica
3. Definir un interlocutor de quirófano para la comunicación de incidencias
4. Facilitar un sistema de comprobación de idoneidad de muestra y de solicitud

Monitorización específica de las incidencias procedentes de quirófano:

1. Conocer las incidencias originadas en quirófano, de forma previa al inicio de la acción de mejora.
2. Monitorizar las incidencias originadas en quirófano tras la acción de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de reuniones efectuadas con personal vinculado a quirófano >3

- Si No
- Anotación de las incidencias específicas de quirófano en una tabla excell SI NO
- Análisis de las incidencias procedentes de quirófano por servicios Si NO
- Disminución de las incidencias procedentes de quirófano por servicios tras las reuniones >40

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª Reunión Mayo 2014

2ª Reunión Octubre 2014

Análisis de datos Septiembre 2014 y Marzo 2015

3ª Reunión Abril 2015

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

POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

417

**ADECUACIÓN DE LA RECOGIDA Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EXTRAÍDAS EN QUIRÓFANO**

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. ....                       | 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

257

**MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LAS SECCIONES DE HONGOS-EPIDEMIOLOGIA Y ANTIBIOTICOS (SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET)**

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 Y PARASITOLOGIA
  - LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - SORIA LOZANO PILAR. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - GOMARA LOMERO MARTA. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - MARTINEZ ZAURIN EUGENIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - LADISLAO HERRERO ETHEL. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - RODRIGUEZ CASTEL ANA. TEL. 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 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.

En el año 2013 se consiguió 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 ha favorecido la mejora y una cultura de trazabilidad que se ha ido ampliando a otras técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189:2007 se ha extendido paulatinamente a prácticamente todo el Laboratorio.

En el año 2013 se solicitó un proyecto de mejora para la ampliación y mantenimiento de la acreditación en estas secciones, y dado el elevado número de técnicas ya incluidas en el alcance de acreditación y los requisitos técnicos y de gestión a cumplir, se hace necesario continuar con este proyecto durante 2014-2015 (Ampliación proyecto nº 351-I. Ferrer-2013).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividades desarrolladas:

1- Se han redactado los PTA detallados a continuación e implantado las actividades descritas en ellos.

- PTA-50 "Identificación de microorganismos mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF, proteómica).
- PTA-51 "Identificación y sensibilidad antibiótica por método automatizado Microscan Walkaway".
- PTA-52 "Sensibilidad antibiótica: método de difusión con discos y test de epsilon (E-TEST)".
- PTA-53 "Detección de Staphylococcus aureus resistente a meticilina por cultivo en muestras de vigilancia".
- PTA-55 "Manejo de cepas de referencia".
- PTA-56 "Identificación bacteriana mediante pruebas bioquímicas".

2- Se han adquirido e incluido en el cepario las cepas de referencia necesarias para garantizar la realización de los controles de calidad internos.

3- Se ha llevado a cabo la formación y cualificación del personal implicado en la acreditación.

4- Se han cumplimentado de forma regular los registros técnicos y de calidad.

5- Se ha implantado la realización rutinaria de los controles internos y externos.

Resultados conseguidos:

Tras la auditoria de ENAC de junio 2013, se ha logrado el mantenimiento de la acreditación para la "Identificación de hongos dermatofitos mediante cultivo" y se ha conseguido al 100% la ampliación de la acreditación propuesta: Detección de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina, identificación microbiana mediante espectrometría de masas MALDI-TOF y pruebas bioquímicas complementarias y sensibilidad antibiótica.

Además, esto ha permitido la acreditación de hemocultivos y muestras respiratorias, y facilitará futuras ampliaciones de la acreditación, dado que la identificación microbiana y sensibilidad antibiótica son comunes a todas las técnicas de bacteriología y resultaba imprescindible su acreditación inicial.

Indicadores:

Grado de cumplimiento para los siguientes indicadores:

1. Actualización de los registros técnicos y de calidad (90%)
2. Formación del personal (100%)-> registro paralelo a la cualificación (70%)

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

257

**MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LAS SECCIONES DE HONGOS-EPIDEMIOLOGIA Y ANTIBIOTICOS (SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET)**

3. Actualización de los PTA (100)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantenimiento de los alcances acreditados:

- Detección e identificación de hongos dermatofitos mediante cultivo
- Detección de S. aureus meticilin resistente por cultivo
- Determinación de la sensibilidad antibiótica por diferentes métodos
- 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 nuevo personal.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo para las actividades acreditadas.

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas.
  - Facultativos: actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal.
- 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: Registro de la cualificación del Personal adscrito &gt;90%.

Se monitorizará revisando las fichas de cualificación tras la incorporación de nuevo personal a cada una de las secciones.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

4º indicador: Realización y evaluación del control de calidad interno (&gt;90%)

Se monitorizará revisando cada tres meses los registros correspondientes al control interno y las posibles incidencias asociadas.

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

Fecha de finalización: junio 2015

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: abril 2014-abril 2015
- Formación y Cualificación del personal implicado: abril 2014-abril 2015
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: abril 2014-abril 2015
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo: abril 2014-abril 2015.
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral a partir de abril 2014
- Recopilación general de resultados y valoración: mayo-junio 2015

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. .... 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

320

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE COMUNICACION BIDIRECCIONAL PROFESIONAL ENTRE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SECTOR 2 EN EL AREA DE ASISTENCIA OBSTETRICA**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- METOLA LOZA JULIA. MATRONA. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existe una histórica falta de comunicación entre el trabajo desarrollado en Atención Primaria y Especializada. Tanto una falta de información en las actualizaciones de protocolos y circuitos que deben seguir las gestantes en el hospital como la falta de seguimiento de resultados y satisfacción percibida por parte de las mujeres atendidas por nuestro servicio. Se pretende un programa multifásico en el que progresivamente se mejore la coordinación y comunicación entre ambos niveles asistenciales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-La continua actualización de conocimientos de los profesionales. De este modo, se podrá ofrecer la mayor calidad asistencial fundamentada en la medicina basada en la mejor evidencia disponible, lo que redundará en la valoración de nuestro servicio tanto a nivel profesional como por parte de las mujeres y familias.  
2-Aumentar la satisfacción y confianza de las gestantes a lo largo de todo el proceso asistencial.  
3- Lograr un mejor seguimiento al cliente-paciente.  
4- Consolidar el proyecto a todo el equipo asistencial mediante la continuidad del programa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones entre las matronas de Atención Primaria y Especializada dónde compartir circuitos asistenciales, protocolos, actualizaciones. Problemas y soluciones y casos individualizados.  
-Formalización lista de correos dónde volcar todos los cambios y actualizaciones de ambos niveles para facilitar su conocimiento a las matronas.  
-Ampliar el documento de alta de matrona dónde insertar datos relevantes para la continuidad asistencial entre niveles.  
-Implementar sistema comunicación de complicaciones, problemas, dudas y sugerencias de las gestantes en aras de una mayor satisfacción y calidad asistencial.  
-Visitas de profesionales de Especializada a primaria y viceversa para conocer in situ trabajo realizado y colaboración en las sesiones de Preparación al parto y Crianza del bebé por parte de las matronas del hospital.  
-Evaluación anual para comprobar resultados y mejoras.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de encuesta de opinión-satisfacción a las gestantes, tras el parto con objeto de evaluar:

- Su grado de satisfacción respecto a la atención y seguimiento realizado a nivel profesional.
- La mejora en la atención y continuidad asistencial por el incremento de colaboración entre los distintos niveles asistenciales.
- Lograr incrementar el grado de coincidencia entre los deseos y la realidad de las gestantes en su proceso asistencial.
- Encuesta satisfacción-valoración a los profesionales para comprobar el incremento del conocimiento del proceso asistencial desde el punto de vista profesional aparte de mejorar el contacto Mujer-matrona y la confianza en un proceso lleno de significados no sólo físicos sino también culturales, sociales y emocionales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo/Abril: Primera reunión. Elaboración de actividades, elaboración encuestas y ritmo de sesiones de educación maternal.

- Mayo/Junio: Difusión entre el resto de profesionales del programa, propuesta de mejoras y modificaciones pertinentes.
- Julio/Octubre: Implantación del programa.
- Noviembre/Diciembre: Recogida de resultados, evaluación.
- Enero: Propuesta de ampliación de programa a otros profesionales implicados en la asistencia de la mujer gestante en nuestro sector.

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

POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

320

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE COMUNICACION BIDIRECCIONAL PROFESIONAL ENTRE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SECTOR 2 EN EL AREA DE ASISTENCIA OBSTETRICA**

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

379

**ACONDICIONAMIENTO ISQUEMICO INTRAOPERATORIO DEL SEVOFLURANO EN CIRUGIA CARDIACA**

2. RESPONSABLE ..... LUCIA GALLEGO 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.

- PUERTOLAS ORTEGA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- OLMOS PEREZ FRANCISCO VICENTE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CUIDADOS INTENSIVOS
- SANCHEZ CHUECA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CUIDADOS INTENSIVOS
- LACOSTA TORRIJOS LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- ANDRES FERNANDEZ ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS
- FOZ COMA PEDRO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La oportunidad de mejora consiste en que el Sevoflurano (anestésico inhalatorio) ha demostrado mejorar la respuesta a la isquemia miocárdica durante su administración preoperatoria (preacondicionamiento isquémico) y postoperatoria (postacondicionamiento isquémico), de tal forma que querríamos demostrar que su administración intraoperatoria, concretamente durante la circulación extracorpórea, es más beneficiosa que la administración de otros fármacos para mantener la incoscienza. Tanto unos como otros anestésicos se están utilizando, pero no se están recogiendo datos al respecto del acondicionamiento isquémico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir una reducción del daño miocárdico en aquellos pacientes a los que se les ha administrado sevoflurano durante la circulación extracorpórea.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La sección de anestesiología cardiotorácica administrará uno u otro fármaco de forma aleatoria, durante el periodo intraoperatorio.

La unidad de intensivos registrará los marcadores miocárdicos, la necesidad de soporte inotrópico y la estancia en UCI.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Marcadores de función y lesión miocárdica: troponina I, principalmente. Al ingreso, a las 24, 48 y 72 horas.

Administración de inotrópicos: dobutamina, adrenalina en pciv (sí/no).

Accidente isquémico cardíaco (si/no).

Duración de la estancia en UCI (días).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se trataría de empezar tras la aceptación del proyecto. La duración de la recogida de datos sería de un año, aproximadamente. Posteriormente, pasaremos al análisis de los resultados.

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

OTRA PALABRA CLAVE 1. Sevoflurano

OTRA PALABRA CLAVE 2. Isquemia

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO****PRESCRIPCIÓN DE PROBIÓTICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET.****2. RESPONSABLE . . . . . RUTH GARCIA ROMERO**

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

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

- LOPEZ CAMPOS MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- ROS ARNAL IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según la Organización Mundial de la Salud, los probióticos son microorganismos vivos que, ingeridos en cantidades adecuadas, producen efectos beneficiosos para la salud. Los organismos productores de ácido láctico se introdujeron como fármacos con la idea de acidificar el contenido intestinal y, de este modo, evitar el crecimiento de los gérmenes de la putrefacción. Los cultivos vivos diseñados para restablecer o mantener una flora microbiana sana se han denominado probióticos. El *Lactobacillus bulgaricus*, que aparece en la leche que se agria de modo natural, fue el germen utilizado originariamente; sin embargo, dada la dificultad existente para que crezca en el intestino se emplea el *Lactobacillus acidophilus*, que habita en el intestino humano. Los preparados que contienen diversas especies de *Lactobacillus* se han utilizado en el tratamiento de trastornos gastrointestinales.

Otro microorganismo utilizado es la levadura *Saccharomyces boulardii*. La racionalidad para el uso de los probióticos para tratar y prevenir las afecciones diarreicas se basa en la modificación de la composición de la flora intestinal evitando el crecimiento de las cepas entéricas patógenas. También se les atribuye la secreción de sustancias antibacterianas, compitiendo con los patógenos y previniendo su adhesión al epitelio intestinal, compitiendo por los nutrientes necesarios para la supervivencia de los patógenos, produciendo un efecto antitoxina y revertiendo algunas de las consecuencias de la infección en el epitelio intestinal, tales como los cambios secretorios y la migración de neutrófilos. Los probióticos son capaces de modular el sistema inmune y de regular la respuesta inmune celular a la alergia.

Se trata por tanto de microorganismos, que se pueden ingerir por vía oral como ingredientes de alimentos (yogures, quesos) o en preparaciones farmacéuticas (cápsulas, sobres), y que producen un efecto beneficioso para la salud. El cuerpo humano está asociado a un número muy grande de bacterias y otros microorganismos. Estas comunidades microbianas pueden contener algún elemento patógeno, pero en su conjunto no solamente no son perjudiciales, si no que participan en funciones importantes de nuestro cuerpo, sobre todo en la nutrición y en el desarrollo del sistema inmune.

**Diarrea****Tratamiento de la diarrea aguda:**

- Se ha confirmado que las diferentes cepas de probióticos, entre las que se incluyen *L. reuteri* ATCC 55730, *L. rhamnosus* GG, *L. casei* DN-114 001, y *Saccharomyces cerevisiae* (*boulardii*) son útiles para reducir la severidad y duración de la diarrea infecciosa aguda infantil. La administración oral de los probióticos abrevia la duración de la enfermedad diarreica aguda en niños en aproximadamente 1 día.
- Varios meta análisis de ensayos clínicos controlados publicados muestran resultados consistentes en revisiones sistemáticas, sugiriendo que los probióticos son seguros y eficaces. La evidencia que proviene de estudios sobre gastroenteritis virales es más convincente que la evidencia que surge de las infecciones bacterianas o parasitarias. Los mecanismos de acción son específicos para cada cepa: existe evidencia para la eficacia de algunas cepas de lactobacilos (por ejemplo, *Lactobacillus casei* GG y *Lactobacillus reuteri* ATCC 55730) y para *Saccharomyces boulardii*. También es importante considerar la oportunidad de la administración.

**Prevención de la diarrea aguda:**

- Para la prevención de la diarrea infantil y del adulto solamente hay evidencia que sugiere que *Lactobacillus* GG, *Lactobacillus Reuteri*, *L. casei* DN-114 001, y *S. boulardii* son eficaces en algunas condiciones específicas.
- Diarrea asociada a antibióticos:
  - En la diarrea asociada a antibióticos existe una fuerte evidencia de la eficacia de *S. boulardii* o *L. rhamnosus* GG en adultos o niños que están recibiendo antibióticoterapia. Un estudio indicó que *L. casei* DN-114 001, es eficaz para evitar la diarrea asociada a los antibióticos y la diarrea provocada por *C. difficile* en pacientes adultos hospitalizados.

En el Hospital Miguel Servet no se pautan probióticos en muchas situaciones favorables a su utilización en gran parte por desconocimiento de los nuevos descubrimientos y de la evidencia científica actual.

Nuestro propósito es actualizar los conocimientos del personal del Servicio de Pediatría respecto a los probióticos basándonos en las últimas guías clínicas para comenzar su uso justificado.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Ampliar los conocimientos del equipo médico del Servicio de Pediatría del Hospital Miguel Servet respecto al uso de probióticos, con charlas informativas.

- Dado que la recomendación de probióticos no está financiada por el sistema público sanitario, valorar la adherencia que se tiene a la prescripción realizada por los pediatras hospitalarios.
- Actualización del protocolo de Actuación ante la gastroenteritis aguda en urgencias basada en las últimas guías clínicas.
- Evaluar la eficacia de la intervención en los pediatras y residentes de pediatría del centro tras las charlas informativas y actualización del protocolo.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

324

**PRESCRIPCIÓN DE PROBIÓTICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET.**

- Incrementar la satisfacción de los usuarios.
- Mejorar la atención médica a nuestros pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se incluyen en este proyecto todos los pacientes vistos en urgencias o ingresados en planta entre 0 y 14 años afectados de gastroenteritis aguda infecciosa. Se indicará uno de los 3 probióticos recomendados por las guías clínicas. (Lactobacillus rhamnosus GG, Lactobacillus reuteri o Saccharomyces boulardii). Así de igual manera, se realizará sesión informativa de los resultados del análisis realizado, en la cual se ponga de manifiesto los problemas derivados de estas prescripciones y en qué podemos mejorar. Responsables de esta actividad: Mónica López Campos, Ruth García Romero, Nacho Ros Arnal, Esther María Peralta Rufas..

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores que se valorarán serán los siguientes:  
-Número de altas o ingresos realizados en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Miguel Servet cuyo diagnóstico sea gastroenteritis infecciosa /número total de pacientes que acuden a urgencias.  
-Número de altas o ingresos realizados en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Miguel Servet que tengan pautado un probiótico de forma adecuada/ Número total de pacientes que son dados de alta o ingresados en el Servicio de Urgencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Recogida de la muestra de pacientes, Mayo de 2014 a Octubre 2014.  
- Búsqueda bibliográfica actualizada: Abril a Noviembre de 2014.  
- Charla informativa al equipo pediatras y residentes de pediatría del Hospital Miguel Servet. Mayo 2014.  
- Actualización del protocolo de Actuación en urgencias ante Gastroenteritis aguda. Mayo 2014.  
- Sesión formativa a pediatras del Servicio de Pediatría con resultados del proyecto y encuesta de satisfacción al finalizar la sesión: Diciembre 2014.  
- Presentación de los resultados definitivos: Diciembre 2014 a Marzo de 2015.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes pediátricos con Gastroenteritis aguda.

## 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. ....                       | 2 Poco  |
| 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

040

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO "FASTRACK" EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CISTECTOMIA**

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.

- ORTEGA LUCEA SONIA. 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
- PASCUAL BELLOSTA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- QUESADA GIMENO NATIVIDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- ASENSIO PARIS ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la implantación de dicho protocolo deseamos disminuir la morbimortalidad y la estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a cistectomía radical. Se evaluará las complicaciones de los pacientes que se sometieron a dicha intervención según protocolo clásico y se compararán con el los pacientes a los que se les aplicará el nuevo protocolo. Este protocolo ha sido consensuado entre los servicios de Urología, Anestesia y Reanimación. Se han analizado también las causas de abandono de dicho protocolo así como sus problemas de instauración.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Estudio de la morbimortalidad de los pacientes sometidos a cistectomía según protocolo clásico

Estudio de la morbimortalidad de los pacientes sometidos a cistectomía según protocolo "fastrack"

Valoración de la posible disminución de la morbimortalidad de los pacientes sometidos al protocolo " fastrack"

Valoración de la posible disminución de la estancia hospitalaria de los pacientes sometidos al protocolo

"fastrack".

Problemas presentados en la instauración del protocolo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Creación del protocolo "fastrack" para cistectomía (Dra. Ortega Lucea)

2.-Evaluación de la morbimortalidad de los pacientes según protocolo clásico (Dr. Martinez Ubieta)

3.-Evaluación de la morbimortalidad de los pacientes según protocolo "fastrack" (Dr. Muñoz Rodriguez)

4.-Valoración de la posible disminución de la morbimortalidad de los pacientes sometidos al protocolo " fastrack" (Dra. Pascual Bellosta)

5.- Valoración de la posible disminución de la estancia hospitalaria de los pacientes sometidos al protocolo "fastrack".(Dr. Gil Bona)

6.- Problemas presentados en la instauración del protocolo (Dra. Quesada Gimeno)

7.- Tratamiento estadístico de resultados ( Dra. Asensio Paris)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de morbimortalidad

Tasa de morbimortalidad

Tasa de disminución de morbimortalidad

Días de estancia hospitalaria

Porcentaje de problemas presentados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio proyecto (Enero 2014) y finalización (Diciembre 2014)

-Revisión de Historias clínicas. (Junio 2014 y Diciembre 2014)

-Complicaciones postoperatorias. (Junio 2014 y Diciembre 2014)

-Mortalidad postoperatoria. (Diciembre 2014)

-Historia de Enfermería. (Junio 2014 y Noviembre 2014)

-Valoración de los resultados con Servicio de Urología (Mayo 2014 y Diciembre 2014)

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

040

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO "FASTRACK" EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CISTECTOMIA**

OTRA PALABRA CLAVE 1. fastrack,cistectomia

OTRA PALABRA CLAVE 2. neoplasia vejiga,estancia hospitalaria

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

173

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA**

## 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.

- TEJADA ARTIGAS ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- PEREZ DIEZ CRISTINA. FIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
- OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
- PALOMO PALOMO PABLO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- ESCOLANO PUEYO ANGEL. FIR. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente crítico es un enfermo incapaz de mantener su homeostasis sin intervención, precisa monitorización y soportes vitales específicos, casi siempre presenta hipermetabolismo, hipercatabolismo y resistencia a la insulina. Su evolución viene determinada por la intensidad de la respuesta inflamatoria, la presencia de malnutrición y la alteración de la barrera intestinal.

La nutrición parenteral constituye la terapia principal o adyuvante del tratamiento que ha demostrado reducir la morbi-mortalidad. No obstante, la gran complejidad de estas formulaciones y la naturaleza interdisciplinar de la terapia nutricional hacen que sea un procedimiento especialmente vulnerable a los errores. Además, se ha observado que los errores que se producen y llegan a los pacientes causan daños en una elevada proporción. Por ello, la nutrición parenteral total (NPT) se incluye dentro de los denominados "medicamentos de alto riesgo" y se recomienda adoptar las medidas de seguridad propugnadas en todos los procesos de prescripción, preparación, administración y seguimiento, con el fin de reducir el riesgo de errores y garantizar un soporte nutricional seguro.

La ASPEN elaboró en 1998 unas directrices exhaustivas con prácticas seguras para las formulaciones de nutrición parenteral, que fueron actualizadas en el año 2004. El Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria ha publicado también un documento con estándares de práctica en el soporte nutricional. Según las recomendaciones se debe utilizar un programa de prescripción electrónica asistida. Estos programas facilitan la prescripción, evitan la realización de cálculos manuales y pueden incorporar alertas de dosis máximas para los aportes de electrolitos y otros aditivos, compatibilidades, etc.

La implantación de las unidades centralizadas de terapia intravenosa (UCTIV) en los servicios de Farmacia de los hospitales, es un requisito indispensable tanto para garantizar la calidad de la preparación y dispensación individualizada de las nutriciones parenterales como para el seguimiento clínico de los pacientes.

El farmacéutico es responsable de optimizar el proceso de preparación de las nutriciones parenterales con el objetivo de garantizar la seguridad y la efectividad del proceso y a su vez, establecer mecanismos adecuados para controlar el proceso y su producto final.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Racionalizar el uso de la nutrición parenteral.
2. Disminuir el número de errores asociados a la nutrición parenteral.
  3. Disponer de un protocolo de nutriciones parenterales disponible en función del perfil clínico-patológico de los pacientes atendidos.
  4. Implantar prescripción electrónica asistida en NP en UCI TRAUMATOLOGIA.
  5. Implantar prescripción electrónica asistida en NP en UCI POLIVALENTE.
  6. Implantar prescripción electrónica asistida en NP en UCI CARDIOLOGIA.
  7. Implantar prescripción electrónica asistida en NP en UCI POSTQUIRURGICA.
  8. Disminuir el número de nutriciones parenterales 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. Actualización de los protocolos de nutrición parenteral
3. Rediseño de los circuitos de prescripción-dispensación-validación.
4. Reunión con los facultativos para la selección de indicadores (VICENTE GIMENO)
5. Medida continua y evaluación de indicadores (VICENTE GIMENO)
6. Formación de médicos prescriptores (VICENTE GIMENO)
7. Inicio de la P.E.A. UCI TRAUMATOLOGIA
8. Inicio de la P.E.A. UCI POLIVALENTE
9. Inicio de la P.E.A. UCI CARDIOLOGIA
10. Inicio de la P.E.A. UCI POSTQUIRURGICA

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Prescripciones electrónicas/prescripciones totales 75% en UCI TRAUMATOLOGIA 2º semestre

- Nº de reuniones formativas en UCI TRAUMATOLOGIA: 5
- Encuesta de satisfacción de los facultativos de la UCI TRAUMATOLOGIA
- Prescripciones electrónicas/prescripciones totales 75 % en UCI POLIVALENTE 2º semestre
- Nº de reuniones formativas en UCI POLIVALENTE: 5

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

173

**IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA**

- Encuesta de satisfacción de los facultativos de la UCI POLIVALENTE
  - Prescripciones electrónicas/prescripciones totales 75% en UCI CARDIOLOGIA 2º semestre
  - Nº de reuniones formativas en UCI CARDIOLOGIA
  - Encuesta de satisfacción de los facultativos de la UCI CARDIOLOGIA
  - Prescripciones electrónicas/prescripciones totales 75 % en UCI POSTQUIRURGICA 2º semestre
  - Nº de reuniones formativas en UCI POSTQUIRURGICA
  - Encuesta de satisfacción de los facultativos de la UCI POSTQUIRURGICA
  - % de nutriciones devueltas
  - % de nutriciones preparadas fuera de hora
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Formación de los médicos de la UCI TRAUMATOLOGIA: ABRIL-MAYO
- Inicio de la prescripción electrónica asistida en UCI TRAUMATOLOGÍA: MAYO-JUNIO
  - Formación de los médicos de la UCI POLIVALENTE: ABRIL-MAYO
  - Inicio de la prescripción electrónica asistida en UCI POLIVALENTE: MAYO-JUNIO
- 
- Formación de los médicos de la UCI CARDIOLOGIA: SEPTIEMBRE-OCTUBRE
  - Inicio de la prescripción electrónica asistida en UCI CARDIOLOGIA: SEPTIEMBRE-OCTUBRE
  - Formación de los médicos de la UCI POSTQUIRURGICA: SEPTIEMBRE-OCTUBRE
  - Inicio de la prescripción electrónica asistida en UCI POSTQUIRURGICA: SEPTIEMBRE-OCTUBRE

Medida de indicadores: MENSUAL

Analizar los tiempos de espera: MENSUAL

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. Paciente crítico

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. NUTRICIÓN PARENTERAL

OTRA PALABRA CLAVE 2. PACIENTE CRITICO

## 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    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

348

## 1. TÍTULO

**EVALUACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA PACIENTES EN UNA UNIDAD DE REHABILITACION CARDIACA. IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y EL ESTADO DE SALUD.**

## 2. RESPONSABLE ..... MARINA GIMENO GONZALEZ

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORATA CRESPO BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- SUPERVIA POLA MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- SANZ BESCOS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- DE JUAN YOLANDA. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- BONE PALOMAR PIEDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- MARTIN ABANTO GLORIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- RODRIGUEZ INIGO. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- LAJUSTICIA BUENO EMILIANO. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La educación terapéutica es una parte esencial del tratamiento de los pacientes con enfermedad arterial coronaria en Rehabilitación Cardíaca. El conocimiento de la propia enfermedad, el afrontamiento y adaptación psicológica a la situación creada tras un evento coronario, el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y su automanejo y la modificación de comportamientos que permitan la adopción de un estilo de vida cardiosaludable, son algunos de los objetivos que se pretenden en estas unidades.

Habitualmente estos programas educativos se llevan a cabo con un formato tradicional lo que implica varias sesiones impartidas por distintos profesionales que desarrollan temas que aportan al paciente un mayor conocimiento de su enfermedad, de los factores de riesgo, tipo de alimentación, ejercicio físico ... el paciente actúa como oyente, con posibilidad de preguntar cuestiones al final de la sesión. Con frecuencia estos programas no se encuentran estandarizados ni cuentan con un instrumento de evaluación, sin llegarse a conocer en muchas ocasiones la repercusión real en los cambios de estilo de vida y en el estado de salud de los pacientes que lo realizan.

Se pretende desarrollar un programa educativo para la salud a los pacientes con cardiopatía isquémica ( SCACEST, SCASEST, postangioplastia o cirugía de bypass aortocoronario ) que se encuentren incluidos en la Fase 2 ( post-alta hospitalaria) del programa de Rehabilitación Cardíaca que se desarrolla en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, utilizando un sistema educativo centrado en el paciente y en su colaboración activa durante el mismo mejorando la transmisión de información con diversos formatos " más amigables " para el paciente ( audiovisuales, manuales, ejercicios que debe realizar activamente, en pequeños grupos) Se utilizará un instrumento de evaluación de la efectividad de la intervención, valorando los conocimientos previos al inicio del programa, al finalizar y en el seguimiento a medio plazo a los 6 meses, el conocimiento adquirido, así como los cambios secundarios observados tras la intervención educativa en el comportamiento para la reducción de factores de riesgo cardiovascular, modificación en la dieta y adherencia al programa de ejercicio físico.

Se pretende estudiar la frecuencia de obtención de los objetivos marcados en el programa educativo, la utilidad del formato "centrado en el paciente" y en su colaboración activa en todo el proceso educativo y detectar los subgrupos de pacientes que podrían beneficiarse más.

## Bibliografía:

- Brown JPR, Clark AM, Dalal H et al. Patient education in the management of coronary heart disease. Cochrane Database of sys Rev 2011; 12 CD 008895
- Michie S, Ashford S, Snichotta FF et al. A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and health eating behaviours: The CALORE taxonomy. Psychol Health 2011; 26; 1479-98
- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B et al. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med 2005; 143:659-72
- Schwarzwer R. Modeling health behaviour change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviours. Appl Psychol 2008; 57 :1-29
- Behavior modification and risk factor reduction: Guiding principles and practices. En: Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Programs ( fifth edition), AACVPR ( American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation). 2013

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - En la hipótesis de trabajo valoramos que una intervención educativa centrada en el paciente y en su participación activa consigue un mayor aprendizaje del cuidado de su enfermedad y un mayor impacto en el estado de salud, en comparación con los formatos tradicionales de educación de pacientes cardiopatas.

- Obtención de los objetivos educativos marcados en un porcentaje elevado de los participantes.
- Impacto en el estado de salud ( valoración a los 6 meses), en el cambio de hábitos para el control de los FRCV, alimentación y adherencia al programa de ejercicio físico

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Se desarrollan de 6 -8 sesiones educativas con frecuencia de una por

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

348

**EVALUACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA PACIENTES EN UNA UNIDAD DE REHABILITACION CARDIACA. IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y EL ESTADO DE SALUD.**

semana y se imparten durante el desarrollo del programa de Rehabilitación cardiaca fase 2 ( 8 semanas de duración que incluyen además prevención secundaria , optimización farmacológica, reentrenamiento al esfuerzo y atención/ intervención psicológica.)

- Diseño de instrumento de valoración de la situación previa de conocimientos del paciente, al finalizar y a los 6 meses de realizado. (corto y medio plazo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Al menos 75% de los pacientes consiguen los objetivos previstos valorado por los resultados obtenidos en la Prueba de evaluación que se realiza al finalizar y a los 6 meses.  
2.- Impacto en el estado de salud: % de pacientes que a los 6 meses continúan con cumplimiento farmacológico, ejercicio físico indicado y mantienen o han disminuido su peso al alta del programa.  
3.- Encuesta de valoración de la calidad del programa: al menos 75% de pacientes satisfechos o muy satisfechos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: JUNIO 2014  
FINALIZACIÓN: JUNIO 2015

ABRIL-MAYO 2014:

- Desarrollo de los contenidos y metodología educativa
- Descripción de los instrumentos a utilizar y contenido de la evaluación
- Definición del trabajo de los componentes del equipo

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Rehabilitación cardiaca, cardiopatía isquémica, educación terapéutica en cardiopatía isquémica, prev

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

## 1. TÍTULO

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN MODELO DE CHECKLIST SOBRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS DE PEDIATRIA PARA UTILIZAR EN EL CAMBIO DE GUARDIA**

## 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.

- CAMPOS CALLEJA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- ORDEN RUEDA CLAUDIA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- LATORRE IGLESIAS ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los momentos de cambio de guardia (a las 8:00 y 15:00 h) con el cambio de personal responsable de la Sala de Observación, ocurren con más frecuencia problemas que pueden tener consecuencias sobre la seguridad del paciente. Entre ellos destacan: diferente información sobre la situación clínica o la previsión de alta del paciente; olvido, repetición o retraso en la administración de algún tratamiento; falta de registro de actuaciones de última hora; confusión de paciente...etc

Una gran cantidad de estos problemas podrían evitarse si el cambio de guardia se realizara a la cabecera de los pacientes, presentando a los nuevos responsables a la vez que se chequea la cumplimentación de todos los registros

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general:

Conseguir que todos los niños ingresados en la Sala de Observación de Urgencias tengan cumplimentada en la historia clínica informatizada su situación clínica en el momento del traspaso de médico/enfermera responsables.

## Objetivos específicos

Esto incluye aspectos relacionados con:

- correcta identificación de todos los niños ingresados en la unidad
- cumplimentación por escrito en cada historia de la evolución clínica y los tratamientos administrados, con la firma del responsable y la hora a la que se produce la actuación
- registro de resultados de pruebas realizadas hasta el momento y las que todavía están pendientes
- previsión de alta (ingreso en planta con solicitud de cama o domicilio)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª Fase: Reunión del grupo de Calidad en la Unidad de Urgencias para elegir 2 responsables (médico y enfermera) que elaboren un modelo consensuado de Checklist basado en la bibliografía y en modelos que se utilizan en otras unidades (Cirugía, Transporte..)

2ª Fase: Tras la elaboración del borrador nueva reunión del grupo para su aprobación y difusión a toda la plantilla de Urgencias

3ª Fase: Puesta en marcha de una prueba piloto durante un periodo de un mes.

4ª Fase: Análisis de los problemas surgidos y evaluación de los resultados obtenidos

5ª Fase: Propuesta de mejoras y modificación del borrador inicial

6ª Fase: Aplicación del nuevo modelo de forma sistemática durante un periodo prolongado (1 año)

7ª Fase: Reevaluación

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

Nº de pacientes en los que se realiza lista de verificación/Nº de pacientes ingresados en sala de observación en el cambio de turno x100

Nº de pacientes en los que se detectan errores/Nº de pacientes ingresados en sala de observación en el cambio de turno x100

Obtención tras revisión de registros diarios en papel

Monitorización bi-mensual y corrección de errores tras información en reuniones mensuales del grupo de calidad

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. TAREAS

PROPUESTA DE CHECKLIST: Marzo 2014

ELABORACIÓN BORRADOR: 2 semanas

APROBACIÓN BORRADOR: Abril 2014

PERIODO PILOTO: Mayo-Junio 2014

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN: Julio 2014

CORRECCIÓN DE PROBLEMAS: Agosto 2014

PUESTA EN MARCHA: Septiembre 2014

REEVALUACIÓN: Marzo 2015

## 11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad del paciente

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN MODELO DE CHECKLIST SOBRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS DE PEDIATRIA PARA UTILIZAR EN EL CAMBIO DE GUARDIA**

·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). ... | 2 | Poco     |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 2 | Poco     |

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

462

**IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLÓGICAS**

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO GONZALEZ HEVIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ PARRILLA MARCELINO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- ALBERICIO PORTERO JAVIER. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- FUSTER PASCUAL OLGA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- FERNANDEZ HERRANZ AURORA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestra oportunidad de mejora es poner a punto la metodología necesaria para la vitrificación de los ovocitos de aquellas pacientes oncológicas que van a recibir tratamientos gonadotóxicos.

Actualmente en la Unidad de Reproducción del Servicio de Bioquímica Clínica se realiza la congelación del esperma previo al tratamiento oncológico. El proceso en la mujer requiere una estimulación ovárica para la posterior captación de ovocitos destinados a la vitrificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es conseguir ovocitos sanos después de la vitrificación para poder ser utilizados una vez las mujeres han superado el tratamiento y conseguir una tasa de embarazos óptima.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La vitrificación se consigue mediante un enfriamiento muy rápido en el cual se utiliza una solución altamente concentrada para evitar la formación de cristales que podrían dañar la estructura del ovocito. Para conseguir un gran cambio de temperatura a gran velocidad, se usa un volumen mínimo de medio (menos de 0,1 microlitros) y nitrógeno líquido a -196°C.

La tasa de supervivencia de las muestras es mayor del 90% y los ovocitos suelen sobrevivir intactos.

El proceso de desvitrificación es crítico y de ello dependerá que se obtengan ovocitos de calidad para su posterior fecundación. Se necesita una velocidad extrema en el proceso, sacando la muestra del nitrógeno líquido e introduciéndola en medio a 37°C.

Posteriormente se valorará la morfología de los ovocitos y en el caso de que sean óptimos serán destinados a la fecundación mediante microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

Para ello las actividades a desarrollar son:

1. Adquisición de los medios de vitrificación
2. Elaboración del documento que explique los puntos del proceso de vitrificación y puesta a punto del método. Realizado por los facultativos de la unidad de reproducción
3. Implantación del proceso en la rutina diaria de la unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicador: Tasa de ovocitos atrésicos (no óptimos). Cálculo: Número de ovocitos atrésicos/Número de ovocitos totales vitrificados. Evaluación mensual.

2. Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados. Evaluación mensual.

3. Indicador: Tasa de embarazo . Cálculo: Número de embarazos/Número total de transferencia de embriones. Evaluación mensual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Mayo 2014 - Junio 2014. Compra de medios de vitrificación. Puesta a punto del método.

Junio - Diciembre 2014. Inclusión en la rutina diaria del laboratorio

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- 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. .... 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**

125

**ENSAYOS CLINICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET: MEJORA DE SU PREPARACION Y EVALUACION DE SU APORTACION EN TERMINOS ECONOMICOS**

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. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. 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
- PASCUAL MARTINEZ OIHANA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/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 clínicos en activo ha ido creciendo en los últimos años pasando de 81 ensayos en el año 2006 a 194 en el 2013. 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 2013. Concretamente los ensayos clínicos con terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores representaron el 75% del total de los ensayos. Este grupo terapéutico es de enorme repercusión económica en nuestro medio y encabeza el gasto en medicamentos, suponiendo el 25% del gasto farmacéutico total en el año 2013 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 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.

Por otra parte en la actualidad es importante disponer de una Unidad que cumpla requisitos de bioseguridad para destinarla al desarrollo de ensayos clínicos con especial riesgo biológico, necesaria para la manipulación/preparación específica de medicamentos que implican estrategias de inmunización y son cada vez con mayor frecuencia objeto de investigación clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El importe total en 2012 ascendió a 4.942.379,69 euros. Destacaron los aportes correspondientes a los ensayos de Hematología con 2.710.628,77 euros y a los de Oncología con 2.060.599,86 euros. El resto de unidades investigadoras por orden decreciente de aportación fueron: Nefrología, Digestivo, Pediatría, Medicina Interna, Cardiología, Oftalmología y Neumología.

Por patologías destacaron: enfermedad de Gaucher con 1.596.359,80 euros, melanoma con 847.400,14 euros, cancer de mama con 548.953,93 euros, mielofibrosis con 476.546,4 euros, mieloma múltiple con 473.330,43 euros, cancer de ovario con 171.407,48 euros y cancer colorrectal con 161.837,12 euros.

Los medicamentos en investigación con mayor impacto económico fueron: taliglucerasa con 1.447.079,80 euros, vemurafenib con 847.400,14 euros, ruxolitinib con 476.546,4 euros, lenalidomida con 335.240,92 euros, bevacizumab con 240.112,74 euros y panitumumab con 177.067,80 euros.

Por grupos terapéuticos el importe de la terapia antineoplásica ascendió a 2.599.593,24 euros, seguido del

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

125

**ENSAYOS CLINICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET: MEJORA DE SU PREPARACION Y EVALUACION DE SU APORTACION EN TERMINOS ECONOMICOS**

grupo de fármacos para la terapia de sustitución enzimática con 1.636.453 euros y de los inmunosupresores con 564.988,18 euros.

El importe total en 2013 ascendió a 4.578.190,96 euros. Destacaron los aportes correspondientes a los ensayos de Oncología con 2.224.048,77 euros y a los de Hematología con 2.122.945,78 euros. El resto de unidades investigadoras por orden decreciente de aportación fueron: Dermatología, Nefrología, Oftalmología, Medicina Interna y Pediatría. Por patologías en 2013 destacaron: cáncer de mama con 972.588,42 euros, mielofibrosis con 794.352,90 euros, enfermedad de Gaucher con 760.580,03 euros, melanoma con 438.067,2 euros, mieloma múltiple con 409.238,44 euros, cáncer colorrectal con 250.534,80 euros, cáncer de ovario con 148.035,07 euros y cáncer anal de células escamosas con 146.265,80 euros.

Los medicamentos en investigación con mayor impacto económico fueron: ruxolitinib con 794.352,90 euros, taliglucerasa con 639.398,45 euros, pertuzumab con 529.506,12 euros, vemurafenib con 438.067,20 euros, lenalidomida con 313.878,59 euros, everolimus con 300.995,59 euros y panitumumab con 225.981,88 euros. Por grupos terapéuticos el importe de la terapia antineoplásica ascendió a 3.025.724,65 euros, seguido del grupo de fármacos para la terapia de sustitución enzimática con 809.518,72 euros y de los inmunosupresores con 661.674,30 euros.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Valoración del importe económico total correspondiente a los medicamentos en investigación utilizados durante 2014 proporcionados gratuitamente por los promotores de los ensayos clínicos y su relación con la cuantía de los dos últimos años.

- Dimensionar la aportación de los ensayos clínicos en términos de impacto económico en el gasto farmacéutico total de 2014.

- Valoración del impacto económico en función de la unidad investigadora, de la patología objeto de estudio, del grupo terapéutico y del medicamento en investigación en 2014.

- Analizar la evolución en el tiempo (periodo 2012-14) del impacto económico que supone la aportación de muestras para investigación clínica.

Disponer de una unidad para la preparación de muestras objeto de ensayo clínico de especial riesgo biológico por la utilización en su formulación de bacterias, virus atenuados u otros vectores virales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los responsables de las actividades serán los farmacéuticos del área de EC y del área de Oncología con la colaboración del resto de farmacéuticos del servicio.

- Cuantificar el importe total de los medicamentos en investigación aportados utilizando los precios de compra 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.

- Planificar el establecimiento de una Unidad de bioseguridad con cabina de seguridad biológica que evite los riesgos biológicos para los profesionales sanitarios y asegure la preparación adecuada de productos en investigación que afectan a la inmunización tales como vectores virales utilizados en la investigación clínica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 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 y medicamento en investigación.

- % respecto al gasto farmacéutico según grupo terapéutico.

- % importe económico muestras para investigación clínica 2014 vs 2013 vs 2012.

- Establecimiento de una Unidad de bioseguridad para la preparación/adecuación de medicamentos en ensayo clínico con riesgo biológico elevado.

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 2014.

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para las diferentes unidades investigadoras. Tercer trimestre 2014.

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para las patologías objeto de estudio. Segundo semestre 2014.

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para cada medicamento en investigación. Segundo trimestre 2014.

Valorar lo que supone el importe de la medicación aportada para los diferentes grupos terapéuticos. Cuarto trimestre 2014.

Cuantificar el importe total de los medicamentos en investigación 2014. Primer semestre 2015.

Completar la dotación de la unidad de preparación de ensayos de riesgo biológico.

Elaborar el PNT y las nomas para trabajar en dicha unidad. Cuarto trimestre 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Eficiencia, mejora de la seguridad e intercambio de información y experiencias entre profesionales

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

125

## 1. TÍTULO

**ENSAYOS CLINICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET: MEJORA DE SU PREPARACION Y EVALUACION DE SU APORTACION EN TERMINOS ECONOMICOS**

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ensayos clínicos, impacto económico

OTRA PALABRA CLAVE 2. Ensayos clínicos, mejora preparacion

## 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

264

**ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO BASADO EN "FAST-TRACK".**

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.  
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· FERNANDO COLMENAREJO GONZALEZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· DEL TIEMPO MARQUES MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· MARCELLO FRANCO ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· MOROLLON LORITZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Sabemos que las pacientes después de una cirugía mayor, debido a los requerimientos pre, intra y postintervención, requieren una estancia hospitalaria de entre 5-7 días. Esta estancia es todavía mayor si se trata de una cirugía por causa oncológica.

En diversas especialidades se han elaborado los programas de Rehabilitación Multimodal en Cirugía, también conocida como "fast-track", que han mejorado los resultados de la evolución de los pacientes y en consecuencia, un alta más precoz y una reducción de los días de estancia hospitalaria.

Se trata de un nuevo enfoque de manejo y cuidado de los pacientes quirúrgicos que intenta que el enfermo llegue al quirófano en las mejores condiciones posibles, que tenga el mejor tratamiento disponible durante la cirugía, y que su recuperación posterior sea la más eficaz. En este sentido, todos los protocolos que desarrollan obligan al entendimiento y trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios involucrados, fundamentalmente cirujanos, anestesiólogos, nutricionistas y enfermeras de quirófanos y planta, entre otros.

El protocolo "fast track" pretende mediante una serie de estrategias, reducir los síntomas postoperatorios como el dolor, uso de antieméticos profilácticos, hidratación iv, inmovilización y otras prácticas que son, en ocasiones, innecesarias. Comprende unos cuidados perioperatorios orientados a disminuir la respuesta fisiológica al stress y mejorar la recuperación, desde una actuación multidisciplinar que involucra a todo el personal sanitario.

A pesar de que parezca que la alimentación precoz pueda ser perjudicial, se ha visto que una realimentación enteral temprana, el primer día tras una laparotomía, se asocia a una mejor recuperación, menor tiempo de hospitalización y menor incidencia de complicaciones sépticas. También es beneficioso el ajuste de la analgesia postoperatoria, así como aplicar medidas que estimulen el peristaltismo intestinal. El protocolo de recuperación acelerada se asocia con una disminución en el estrés quirúrgico, mejor respuesta al dolor, disminución de la estancia hospitalaria luego de la cirugía y ausencia de complicaciones.

Existen muchos estudios y publicaciones que demuestran que no hay un aumento de complicaciones, cuando se utiliza esta estrategia y que esta es aplicable en nuestro medio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo principal es poner en marcha en el Servicio un protocolo de cuidados fundamentalmente postoperatorios basado en la estrategia "fast track" para favorecer la recuperación más rápida de nuestras pacientes sin incrementar las complicaciones asociadas.

Como objetivo secundario nos marcamos la posibilidad de disminuir el número de días de ingreso del postoperatorio de nuestras pacientes, con el aumento de la eficiencia que comporta el ahorro económico derivado del menor número de días de hospitalización. Siempre sin perjuicio para la salud de las pacientes.

Pretendemos instaurar un cambio global y multidisciplinar en los cuidados postoperatorios de las pacientes intervenidas en el Servicio de ginecología, aplicando un protocolo de cuidados, que se ha sido evaluado desde hace tiempo en diferentes países de forma exitosa, avalado por las múltiples publicaciones que existen al respecto en la literatura, todo ello sin que suponga una disminución de la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada a nuestras pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Pretendemos implementar un protocolo multidisciplinar para la atención de las pacientes en el preoperatorio, acto quirúrgico y postoperatorio, basado en las recomendaciones "fast-track", ajustadas a nuestro medio y a las características de las pacientes intervenidas en el servicio de ginecología. El protocolo consta de 3 apartados que se desarrollan a continuación:

Previo a la intervención:

1. Evitar la premedicación en la medida de lo posible.
2. Evitar ayuno muy prolongado previo a la cirugía.
3. En los casos en los que sea posible evitar la preparación intestinal.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

264

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO BASADO EN "FAST-TRACK".**

4. Comenzar profilaxis de enfermedad tromboembólica.

En el quirófano:

1. En los casos en los que se pueda realizar anestesia intra/epidural, esta será de elección frente a la anestesia general.
2. Mantener una temperatura adecuada en las pacientes.
3. Balance de líquidos adecuado.
4. Técnica quirúrgica adecuada.
5. Recomendable sistema de compresión de las EEII durante la intervención.

En la planta de hospitalización en el postoperatorio:

1. Tolerancia oral: En patología benigna se iniciará tolerancia a líquidos a las 8 h de la intervención y en la patología maligna en las primeras 24 horas del postoperatorio (siempre que durante la cirugía no se haya producido alguna complicación que haga necesaria un ayuno más prolongado). El día siguiente a la intervención se comenzará con la ingesta de sólidos instaurando una dieta de forma progresiva, siempre que la tolerancia a líquidos sea adecuada.
2. No pautar antieméticos de forma profiláctica.
3. Administración de procinéticos.
4. Evitar la colocación de sonda nasogástrica siempre que sea posible.
5. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica: todas las pacientes, salvo a las que se les realice una cirugía menor sin factores de riesgo, recibirán Hibor® 3.500 sc desde la tarde anterior a la cirugía y durante todo el postoperatorio. Recomendable sistema de compresión de las EEII durante la intervención y al alta recomendable el uso de medias de compresión durante el primer mes.
6. Movilización precoz: esta se iniciará el primer día después de la intervención.
7. Retirada de vías y catéteres: si existe una buena evolución se retirará el primer día tras la intervención.
8. Retirada de drenajes: está se realizará lo más precoz posible.
9. Retirada de sonda vesical: en los casos en los que sea posible se realizará en la sala de despertar de quirófano, en los demás casos se retirará si es posible el día siguiente del postoperatorio, salvo en los casos de histerectomía vaginal o cleisis en los que será preciso 24 horas de sondaje permanente.
10. Analgesia: evitar en la medida de lo posible los morfícos. Se realizará analgesia con AINES iv, pasando a la vía oral lo antes posible.

Los criterios para el alta serán:

1. Adecuada movilización sin ayuda.
2. Tolerancia a la ingesta temprana.
3. Dolor bien controlado con la analgesia.
4. Tener supervisión en el domicilio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para evaluar los resultados obtenidos en el proyecto, revisaremos todas las historias clínicas y evolución de las pacientes a las que se aplique este protocolo. Realizaremos una revisión cada 15 días que incluya el postoperatorio inmediato, así como la necesidad de reingresos o complicaciones tras el alta hospitalaria.

Tras la aplicación de la primera fase del protocolo en pacientes con patología benigna de mayo a septiembre del 2014, realizaremos una memoria para ver los resultados obtenidos en este subgrupo de pacientes.

Tras la aplicación de la segunda fase en pacientes oncológicas desde septiembre a diciembre del 2014, realizaremos otra memoria para valorar los resultados en este subgrupo de pacientes con mayor riesgo de complicaciones en el postoperatorio.

En diciembre realizaremos también una memoria global con los resultados de todas las pacientes a las que se les aplique el protocolo.

Realizaremos también un estudio comparativo con las pacientes a las que no se les aplique este procedimiento para detectar las posibles diferencias entre ambos grupos.

Los indicadores escogidos para evaluar la consecución de nuestros objetivos serán:

1. N° de pacientes a las que se les aplique el protocolo "fast track"/ n° total de pacientes intervenidas en el servicio. Pretendemos en los primeros 6 meses llegar a realizar el protocolo a >50% de las pacientes intervenidas.
2. N° días de ingreso postoperatorio en pacientes con protocolo "fast-track": pretendemos llegar a reducir un 30% la estancia media en los primeros 6 meses de la aplicación, llegando en el año posterior a su desarrollo a un 50% de reducción de la estancia media.
3. N° de reingresos o complicaciones detectadas en las pacientes en las que se aplique el protocolo: este siempre deberá ser inferior al de las pacientes en las que se aplique el protocolo convencional, para poder continuar con el proyecto.
4. Grado de satisfacción de las pacientes en las que se aplique el protocolo. Medido por encuestas que se les facilitaran a las pacientes de forma anónima.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

264

**ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO BASADO EN "FAST-TRACK".**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración del protocolo de forma consensuada con el personal implicado: abril 2014.

2. Presentación del protocolo a los miembros del Servicio de Ginecología, Anestesia, así como personal de enfermería y auxiliares de la planta de hospitalización de ginecología: abril 2014.

3. Implantación del protocolo:

A. De forma inicial comenzaremos a realizar el protocolo en las pacientes intervenidas por patología ginecológica benigna mediante las siguientes intervenciones: Histerectomía abdominal, histerectomía vaginal, laparoscopia, legrado, exéresis de glándula de Bartholino, conización, etc: desde mayo a septiembre 2014.

B. Si se confirma la correcta implementación del protocolo con ausencia de complicaciones importante en el primer periodo, a partir de septiembre se comenzará a aplicar también a las pacientes oncológicas: septiembre a diciembre 2014.

4. Memoria del proyecto: en diciembre realizaremos una evaluación global de los resultados obtenidos en los primeros 6 meses del proyecto, presentando los datos en una sesión clínica al personal implicado.

11. OBSERVACIONES. Sabemos que todas estas medidas suponen un cambio global de la forma de actuar de todo el personal implicado en la asistencia sanitaria de las pacientes: auxiliares de enfermería, personal de enfermería, anestesistas y ginecólogos. También implica un cambio de concepto en las pacientes que van a ser sometidas a las cirugías.

Somos conscientes que cada vez que se instaura algún protocolo nuevo y más en este caso en el que se efectúan cambios de conceptos y actuaciones arraigadas desde hace tiempo en el Servicio, inicialmente puede existir alguna reticencia o temor por parte de alguna de las partes implicadas. Pensamos que justificando con datos objetivos cada una de las actuaciones propuestas, así como exponiendo los resultados satisfactorios y sin incremento de complicaciones obtenidos en otros centros similares al nuestro, podemos superar estas dificultades. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes intervenidas en el Servicio de Ginecología de nuestro centro.

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cuidados postoperatorios

OTRA PALABRA CLAVE 2. Protocolo fast-track

**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 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

059

## 1. TÍTULO

**ESTANDARIZACION DE LOS MOTIVOS DE CANCELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS**

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.

- LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- MINGUEZ MORALES JUAN MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OTROS (AREA QUIRURGICA)
- MOLERO VIRTO YOLANDA. 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. Tal y como se describe en el reciente estudio AIAQS (Serra Sutton V, Solans Domènech M, Espallargues Carreras M. Eficiencia en la utilización de los bloques quirúrgicos. Definición de indicadores. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: AIAQS núm. 2010/04.), uno de los indicadores consensuados por el grupo de expertos sería el porcentaje de cancelaciones de operaciones programadas el día de cirugía (cualquier operación programada en la lista definitiva del quirófano, que no se realiza ese día). Los mismos autores hacen constar que si bien este índice no mide ocupación, si que mide CALIDAD.

En el análisis de las diferentes causas de cancelación de actividad quirúrgica en el Bloque Quirúrgico del H. U. Miguel Servet, lo primero que llama la atención es la falta de homogeneidad en la nomenclatura de las causas de dichas cancelaciones, lo que dificulta en gran medida su correcta catalogación y posterior análisis. Sería necesario, para un mejor control de las mismas, establecer un consenso que permita una correcta codificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la correcta determinación de los motivos de cancelación de la actividad quirúrgica, se podría actuar frente a aquellos caso cuya causa depende de la administración, y por lo tanto podrían ser evitables.

Para ello emplearíamos el documento de consenso elaborado por el Club de Gestión del Bloque Quirúrgico, en el cual se clasifican las posibles causas en tres grupos:

- causa de la administración u hospital (potencialmente evitables)
- causa del propio paciente (más difícil de evitar)
- causas inclasificables

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Nuevo diseño de la hoja de suspensión de actividad quirúrgica, adaptándola a estos criterios

- Reunión con el personal de los distintos Servicios Quirúrgicos para exponerles el Plan de Mejora.
- Reunión con el personal de enfermería del área quirúrgica, para exponerles el Plan de Mejora.
- Reunión con el personal administrativo del área quirúrgica, para exponerles el Plan de Mejora.
- Revisión mensual del seguimiento, tomando como base los informes de las secretarías del quirófano y la actividad capturada de la intranet del Hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -% de todas las cancelaciones producidas en el Bloque Quirúrgico / Cancelaciones con causa perfectamente adaptada a los criterios determinados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Busqueda de información, sobre lo ya realizado en los meses del presente año: aprox 1 mes.

-Reuniones con los diferentes estamentos: 1 mes.

Implantación: 1 mes.

-Recogida de información: mensual

-Evaluación: anual.

-Comunicación de resultados: anual. La información formará parte de la memoria del Bloque Quirúrgico que anualmente se presenta a Dirección/Gerencia.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 059

1. TÍTULO

**ESTANDARIZACION DE LOS MOTIVOS DE CANCELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS**

- 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

458

**PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ESCOLARES DE 5º Y 6º DE EDUCACION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LATORRE IZQUIERDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MILAGRO JIMENEZ MARIA EUGENIA. EIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- VELASCO HUICI IRENE. EIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- ESPARTOSA LARRAYAD MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Educación para la Salud (EPS) como "el proceso educativo dirigido a dotar a las personas y a la comunidad de la capacidad de aumentar su control sobre los factores que tienen influencia sobre su salud".

El departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón tiene como objetivo prioritario la EPS de la población escolar de acuerdo con lo establecido en la Ley de Salud Escolar (Ley 5/1986).

La finalidad de la EPS a través de los recursos educativos disponibles, es acercar aspectos de la vida cotidiana al alumnado y plantear una reflexión y maduración que les permita tomar las decisiones más adecuadas relacionadas con su salud.

La EPS forma parte de las competencias de Enfermería, incluyéndose la atención a escolares dentro del ámbito de la Enfermería Pediátrica.

Consideramos de vital importancia que los niños sean capaces de realizar una primera actuación adecuada ante distintos tipos de lesiones y/o circunstancias que puedan producirse en su presencia.

Por ello se plantea llevar a cabo este proyecto de educación en primeros auxilios en el 3er ciclo de Educación Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Promover un mayor conocimiento de los escolares sobre primeros auxilios y dotarles de aptitudes y habilidades para poder actuar en dichas situaciones.

- Valorar el conocimiento previo sobre el tema y compararlos con los conocimientos adquiridos tras las sesiones.

- Promover la realización de actividades en el ámbito escolar a través de la Enfermería Pediátrica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Consolidar el grupo de trabajo.

- Elaborar las encuestas de valoración de conocimientos previos y posteriores a las sesiones.

- Preparar las sesiones teórico-prácticas que serán impartidas por residentes y especialistas en Enfermería Pediátrica a tres colegios de Zaragoza.

- Ponerse en contacto con los distintos centros que puedan estar interesados en recibir dichas sesiones.

- Impartir las sesiones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Cuestionario de valoración de conocimientos previos y posteriores a la sesión.

- Evaluación de las diferencias de conocimientos entre sexos y entre distintos centros.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Mayo - Junio: consolidación del grupo.

- Julio - Septiembre: preparación de encuestas y sesiones.

- Septiembre: contacto con los centros.

- Octubre - Marzo: sesiones teórico - prácticas.

- Abril - Junio: evaluación de resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Niños

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

458

**PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ESCOLARES DE 5º Y 6º DE EDUCACION PRIMARIA**

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

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

002

## 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. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· GARCIA MARTINEZ MIGUEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. SERVICIOS ESPECIALES HOSPITAL GENERAL  
· GOTOR COLAS SOFIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· FERRANDEZ CORTES JAIME. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según la bibliografía 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, reducción del dolor del parto y lactancia materna.

Siendo por tanto el parto y posparto un momento importantísimo a nivel emocional, se deben realizar las prácticas recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal, surgida en 2007.

Basándonos en esta estrategia se consideró 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 los beneficios reconocidos de la lactancia materna relacionados con el establecimiento del vínculo materno se desea estudiar la relación entre la lactancia materna y depresión posparto.

Así mismo se quiere conocer las medidas llevadas a cabo en nuestro hospital para propiciar la lactancia materna, ya que en el inicio e instauración de la lactancia son fundamentales las rutinas asistenciales adecuadas incluyendo entre estas rutinas, tal y como señala la Estrategia de atención al parto normal, el inicio precoz de lactancia materna en las 2 primeras horas de vida y el contacto piel con piel entre madre-recién nacido por lo menos durante la primera hora tras el parto.

Una vez realizado el estudio se valorará la utilidad de protocolizar el seguimiento de las púerperas incorporando al informe de alta de la matrona hospitalaria las prácticas del parto y lactancia 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 estadístico se realizó en los meses octubre y noviembre de 2011. En estos dos meses hubo un total de 737 partos.

Tras rellenar un cuestionario de prácticas del parto basadas en la estrategia de atención al parto normal se contacto telefónicamente con ellas para realizar el test de Edimburgo (EPDS), realizándose dicho test a 541 púerperas.

De estas 541 púerperas, 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.

Estas 56 púerperas fueron remitidas a consulta de psicopatología, acudiendo 28 de ellas (un 50%). 7 de ellas fueron diagnosticadas como candidatas de DPP siendo remitidas a la USM de su área de referencia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Identificar factores de riesgo de depresión posparto relacionados con el parto, para ello se está terminando de 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 de Depresión puerperal para un derivación precoz a psiquiatría.

-Proporcionar un instrumento de acercamiento entre púerpera-matrona-psiquiatra.

-Coordinación entre las unidades de obstetricia y psiquiatría.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

002

**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**

-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 bibliográfica relación DPP con prácticas del parto y lactancia materna (Ana Laviña)  
-Realización análisis estadístico para establecer posible asociación entre Depresión postparto con prácticas del parto, variables obstétricas y lactancia materna (todo el equipo)  
-Dar a conocer al resto de profesionales los resultados del estudio estadístico en las jornadas de calidad de 2015(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. -Indicador 1: Detectar mediante estudio estadístico factores de riesgo de depresión posparto, incluyendo la lactancia materna (objetivo: 80%)

Indicador 2: Detectar las prácticas llevadas a cabo en el HUMS para el inicio de la lactancia materna en el postparto inmediato (Objetivo: 80)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-septiembre 2014  
Tener detectados mediante estudio estadístico todos los factores de riesgo de depresión postparto, incluida la lactancia materna. Elaboración de tablas de gráficos que muestren los resultados.

Octubre-febrero 2014  
Detectar las prácticas llevadas a cabo en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza para promocionar la lactancia materna, principalmente en su inicio precoz.

Marzo-mayo  
Elaborar la presentación de los resultados para las jornadas de calidad a celebrar en 2015.

11. OBSERVACIONES. Una de las limitaciones de nuestro proyecto es el pequeño tamaño de la muestra de extranjeras (16,5%), existiendo pérdida de casos como consecuencia de la barrera lingüística. 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. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. puérperas del hospital miguel servet
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. puérperas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. atención maternal

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

134

**CREACIÓN DEL COMITÉ PERINATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
  - RITE GRACIA SEGUNDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
  - RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
  - DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
  - GALVE PRADEL ZENAIDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
  - GRACIA ROMERO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dado el gran avance en los métodos de diagnóstico y terapéutica de la patología prenatal se hace hoy en día imprescindible la colaboración entre distintos especialistas con el fin de conseguir en aquellos casos en los que se ha detectado patología materno-fetal un recién nacido (RN) sano o en las mejores condiciones posibles.

De forma habitual ya se viene colaborando de forma permanente entre el Servicio de Obstetricia, la Unidad de Neonatología y el Servicio Cirugía Pediátrica desde el momento en el que se detecta tanto patología fetal como materna.

El motivo de la creación de este comité es convertir esta colaboración en un sistema reglado, coordinado y con control de los resultados tanto maternos como fetales mediante la organización de reuniones bisemanales para la información del seguimiento, evolución prenatal, y resultados postnatales a corto y medio plazo.

De forma eventual se solicita la participación de distintas unidades, tales como cardiología pediátrica, neuropsiquiatría, traumatología pediátrica, anatomía patológica o cualquier otro que se considere necesario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaboración de protocolos y pautas de actuación conjuntas para patologías que tienen su origen durante la gestación y el parto.

Aumentar la coordinación entre los diferentes servicios para una mayor celeridad en el conocimiento de la existencia de patologías fetales o neonatales que requieran actuación urgente, tanto en nuestro centro, como fuera de él (Cirugía fetal intraútero, de la que en estos momentos no disponemos en nuestro centro).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Reunión quincenal de una comisión permanente integrada por representantes de los servicios arriba señalados

2.- Convocatoria extraordinaria de otros médicos especialistas según la patología que presente el feto.

3.- Información a los padres de las conclusiones de las reuniones

4.- Registro, recopilación y almacenamiento de la información recogida y discutida

5.- Información de las actuaciones postparto y de la evolución de los Recién nacidos

6.- Elaboración de protocolos de actuación ante determinadas patologías

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de Actas de las Reuniones en las que constarán los casos presentados en gestantes y la evolución posterior de los RN. Se podrá consultar dichas actas en la Intranet.

Indicadores:

1.- Número de RN con defectos congénitos severos diagnosticados prenatalmente / nº total de RN con defectos congénitos.

2.- Número de fetos con alteraciones del crecimiento diagnosticado /RN con alteraciones del crecimiento.

3.-Número de fetos con infecciones diagnosticadas y tratadas / RN con infecciones de transmisión vertical

4.- Número de fetos con patología susceptible de tratamiento quirúrgico fetal o neonatal inmediato intervenidos/Número de fetos con patología susceptible de tratamiento quirúrgico fetal o neonatal inmediato diagnosticados

El objetivo en los cuatro indicadores es conseguir un 100% de diagnósticos y tratamientos posibles realizados. El seguimiento se realiza en las reuniones bisemanales y mediante la elaboración de una memoria anual de los casos tratados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de trabajo del Comité Perinatal del HUMS en Febrero de 2014.

Reuniones bisemanales de las que se elabora acta que se cuelga en la Intranet.

Realización de memoria anual en Febrero de 2015.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Mujeres en edad fértil

·SEXO. Mujeres

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

134

**CREACIÓN DEL COMITÉ PERINATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

254

**MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION FENOTIPICA Y GENOTIPICA DE CARBAPENEMASAS EN PSEUDOMONAS SPP. Y ENTEROBACTERIAS**

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.

- FERRER CERON ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- GOMARA LOMERO MARTA. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- VELA IGLESIA BERTA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- VICENTE VILLANUEVA MERCEDES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ANTONIL ANTUÑA NATALIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- HERNANDEZ GARCIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- REVILLO PINILLA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los carbapenemes son antibióticos de amplio espectro de uso muy difundido en infecciones nosocomiales por bacterias gram negativas y como tratamiento empírico en unidades de cuidados intensivos y hematología.

En los últimos años se han descrito diferentes tipos de carbapenemasas transferibles de las clases A, B y D de Amber. Entre ellas se encuentran las carbapenemasas tipo KPC presentes en enterobacterias, las metalobetalactamasas presentes en *Pseudomonas spp* (también *Acinetobacter spp.* y enterobacterias) o las carbapenemasas tipo OXA presentes en enterobacterias (también en *Pseudomonas spp* y *Acinetobacter spp.*)

Las infecciones por cepas productoras de carbapenemasas están asociadas a unas elevadas tasas de mortalidad y tienen una amplia capacidad de diseminación. Además, pueden adquirir características genéticas que les hace resistentes a la mayoría de los antibióticos, lo que limita enormemente las opciones de tratamiento.

En Europa, la prevalencia de estos microorganismos resistentes a antibióticos ha experimentado un aumento importante en los últimos diez años, causando brotes y epidemias en varios países.

El reciente brote ocurrido en Madrid ha dado lugar a la puesta en marcha del primer plan regional de prevención y control frente a la infección por enterobacterias productoras de carbapenemasas en esa Comunidad Autónoma y pone de manifiesto la importancia de una rápida detección y control de los casos para evitar su propagación.

En el Hospital Universitario Miguel Servet ya se han dado múltiples casos de infección por *Pseudomonas aeruginosa* extremadamente resistentes y portadoras de metalobetalactamasas. Por el momento no se han detectado casos de enterobacterias productoras de KPC u OXA-48, pero resulta imprescindible la implantación de un método de cribado y posterior confirmación de estas cepas con el fin de asegurar su rápida detección.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En el Servicio de Microbiología se realiza de forma rutinaria la detección fenotípica de metalobetalactamasas en *Pseudomonas spp.* y se han ensayado varios métodos para enterobacterias. Está pendiente de seleccionar el método de cribado más adecuado en enterobacterias e implantar la confirmación por métodos moleculares en ambos casos (*Pseudomonas spp.* y enterobacterias).

El objetivo de este proyecto es la estandarización del cribado e implantación de métodos moleculares para la confirmación de cepas productoras de carbapenemasas en *Pseudomonas spp.* y en enterobacterias.

Una vez implantados, se realizará la confirmación molecular a todos los aislados que presenten test fenotípico (cribado) positivo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará test fenotípico a todos los aislados de *Pseudomonas spp.* con sensibilidad intermedia (I) o resistente (R) a imipenem y/o meropenem y adicionalmente I o R a ceftazidima y/o cefepime y/o piperacilina-tazobactam.

En enterobacterias se realizará test fenotípico a todos los aislados con:

- CMI = 1 mg/l para imipenem o meropenem o CMI = 0.5 mg/l de ertapenem (según rangos de CMI disponibles en nuestro sistema automatizado).
- Halos < 25 mm para ertapenem y/o < 23 mm para imipenem y/o meropenem.

La confirmación molecular se realizará mediante técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) en todos los aislados con test fenotípico positivo. Se emplearán los cebadores descritos por Poirel et al. 2011, para las familias de carbapenemasas VIM, SIM, SMP, GIM, IMP, DIM, AIM, NDM, OXA-48 y KPC.

Dada la constante aparición y descripción de nuevas familias de carbapenemasas, se incorporarán nuevos cebadores si procede para la detección de nuevas familias.

Al igual que para otros gérmenes resistentes (incluida *P. aeruginosa* multirresistente o extremadamente

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

254

**MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION FENOTIPICA Y GENOTIPICA DE CARBAPENEMASAS EN PSEUDOMONAS SPP. Y ENTEROBACTERIAS**

resistente), la detección de enterobacterias productoras de carbapenemasas se informará de inmediato al Servicio de Medicina Preventiva.

## Asignación de tareas:

Realización de los test fenotípicos: TEL (Mercedes Vicente, Natalia Antomil, Pilar Hernández)  
Interpretación de test fenotípico y selección de aislados para confirmación molecular: Isabel Ferrer.  
Puesta a punto y formación en técnicas moleculares: AI López  
Realización de técnicas moleculares: TEL, Residentes: Marta Gomara, Berta Vela.  
Análisis periódico de resultados: Marta Gomara, Berta Vela, I Ferrer, AI López.  
Interpretación y análisis de resultados finales: I Ferrer, AI López, MJ Revillo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador nº 1: puesta en marcha de forma satisfactoria de técnicas moleculares SI/NO

Indicador nº 2: confirmación molecular: nº aislados con confirmación molecular/nº aislados con test fenotípico positivo (>95)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: mayo 2014  
Fecha fin: mayo 2015

## Cronograma:

Revisión bibliográfica: mayo 2014/septiembre 2014/enero 2015  
Puesta a punto de técnicas moleculares: mayo-junio 2014  
Confirmación molecular de aislados con test fenotípico positivo: junio 2014-abril 2015  
Recopilación y revisión de resultados periódica: mensual  
Recopilación y análisis final de resultados: mayo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

## 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. carbapenemasas

## 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

340

**INFORMATIZACIÓN DE LA SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA.****2. RESPONSABLE** ..... MONICA LOPEZ CAMPOS

- Profesión ..... MEDICO/A
- 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. SERVICIO DE PEDIATRIA
- GARCIA ROMERO RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
- BAILO MASTRAL PABLO. INFORMatico/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE INFORMATICA
- GERONA IÑIGUEZ BLANCA. INFORMatico/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE INFORMATICA
- ANDRES PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** -Situación de partida:

1. Tras conseguir realizar una base de datos de la Unidad de Gastroenterología y nutrición pediátrica en la Consulta vemos necesaria la informatización de los informes de la sección de endoscopias.
2. Se dispone de una base de datos en HPdoctor de endoscopias de adultos (Que actualmente está en desuso por la unidad de Endoscopias de adultos por disponer de otro programa informático) y que debemos modificar en su mayoría para adaptarla a las endoscopias pediátricas.
3. No nos permite realización conjunta de pruebas en el informe cuando es una práctica muy habitual en los pacientes pediátricos.

-La importancia de este proyecto de informatización radica en la implantación de una base de datos informática para las endoscopias 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
- disminución de la variabilidad clínica
- crear un documento informático estándar adecuado con "campos" de los sectores a rellenar de la exploración endoscópica.
- realización de informes al paciente con documento informatizado cuando así se solicite o se considere necesario, solicitando permiso de acceso para poder "colgar" nuestros informes en la Intranet de la Historia Clínica General de cada paciente cuando pueda ser de interés para pediatras de área u otras especialidades.

Todo esto supondrá un ahorro de recursos, un informe adaptado a los pacientes pediátricos y la accesibilidad al informe desde la intranet del hospital.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** - Es la segunda vez que se presenta un proyecto de este tipo (informatización) en la unidad de gastroenterología pediátrica. Tras la realización de la base de datos en la práctica habitual en la consulta vemos necesario completar este proyecto con la informatización de las pruebas endoscópicas.

- En la actualidad los informes se hacen basándonos en un formulario realizado para la unidad de endoscopia de adultos, que es incompleto y diferente en diversos aspectos para la patología pediátrica. Y nos gustaría poder codificar las patologías (Actualmente inexistente) para poder tener una base de datos completa de la que no disponemos en este momento.

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1-Realizar una base de datos de:

- Pacientes ambulatorios a los que se realiza una prueba endoscópica.
- Pacientes hospitalizados a los que se realiza una prueba endoscópica.
- Pacientes a los que se realiza una endoscopia urgente.
- Pacientes a los que se realiza una endoscopia urgente.
- Patologías encontradas en la realización de las endoscopias pediátricas.

Que generarán sus correspondientes informes y que se guardaran en la red de intranet del hospital (pudiendo ser accesibles desde cualquier ordenador) y cuyos datos se archivarán en una base de datos para poder explotarlos y realizar labores de investigación y publicación.

**2-Optimización del trabajo del personal del Hospital:**

- las auxiliares: facilidad en el acceso a pruebas realizadas, resultados previos, fechas de envío de pruebas a anatomía patológica etc
- los demás profesionales podrán acceder a los informes en la Intranet
- los médicos podrán acceder al informe de endoscopia pediátrica de una forma rápida y eficaz
- los informes se realizarán de forma metódica, más eficaz y específicos para la edad pediátrica.

**3-Garantizar la continuidad del proyecto ya iniciado en 2013 con nuevas mejoras en años sucesivos, con la posibilidad de en un futuro sincronizar base de datos con otros servicios.**

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

340

**INFORMATIZACIÓN DE LA SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA.**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Mejora de la realización de informes y mejora calidad asistencial al paciente (Ignacio Ros, Ruth Garcia, Mónica López)  
-Aumentar el número de publicaciones (Ignacio Ros, Ruth Garcia, Mónica López)  
- Realización de nuevos protocolos basados en la práctica clínica y análisis de su funcionamiento. (Ignacio Ros, Ruth Garcia, Mónica López)  
-Informatización y optimización de la consulta de gastroenterología (Pablo Bailo, Ignacio Ros, Ruth Garcia, Mónica López)  
•Recoger datos en un formulario.  
•Recoger hallazgos endoscópicos y muestras destinadas a anatomía patológica o microbiología.  
•Codificar diagnósticos, sintomatología y datos clínicos.  
•Constancia de procedimientos realizados, causa de realización, médico que indica la exploración, sedación, tolerancia a la prueba.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Indicador 1: Número de pacientes a los que se realiza exploración endoscópica (En base de datos)  
-Indicador 2: Mejora información médico-paciente (Encuesta a los profesionales del servicio)  
-Indicador 3: Aumentar publicaciones y posters-comunicaciones a congresos (Valorarlo tras la introducción de la informatización)  
-Indicador 4: Realización de informes adaptados a la edad pediátrica 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 2014:  
-Puesta en común y diseños preliminares de los informes, base de datos y formularios  
Octubre 2014:  
-Inicio de la introducción de las mejoras, práctica y docencia de la utilización del programa  
Noviembre 2014:  
-Informatización de la sección de endoscopias.  
-Realización de informes y colgarlos en Intranet  
Marzo 2015:  
-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. Se intentará colaborar con el servicio de Informática para la realización de la base de datos y colgar los informes en Intranet.11. OTRO ENFOQUE. Informatización de informes y creación de base de datos.

**POBLACIÓN DIANA**

- .EDAD. Pacientes pediátricos.
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes a los que se realiza una endoscopia.

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

276

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN EL PROCESO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES DE LOS CATETERISMOS CARDIACOS PEDIATRICOS MEDIANTE LA ELABORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS**

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENEZ MONTAÑES LORENZO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA PEDIATRICA
- AYERZA CASAS ARIADNA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA PEDIATRICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las cardiopatías congénitas constituyen la malformación congénita más frecuente. Su prevalencia es de 8 a 10 de cada 1000 recién nacidos vivos. Muchas de estas cardiopatías se tratan mediante procedimientos percutáneos (cateterismo cardíaco). Gracias a los avances en los últimos años en la cardiología pediátrica existe una amplia variedad de procedimientos percutáneos, desde los procedimientos diagnósticos hasta procedimientos terapéuticos como el cierre de comunicaciones interauriculares, cierre de ductus, atrioseptostomía con balón, valvuloplastia aórtica, valvuloplastia pulmonar, angioplastia +/- implante de stent en arterias o venas.

En la relación médico-paciente, debe sentarse como premisa general que todo paciente y/o representante legal tiene derecho a que se le informe de su enfermedad y de las circunstancias relevantes que ésta implica. La información en términos asequibles en la relación asistencial, es un deber ineludible del profesional y debe constituir una parte indispensable del acto médico. El consentimiento informado debe entenderse como un proceso gradual y continuado que se realiza en el seno de la relación médico-enfermo, mediante el cual el paciente o su representante legal recibe del médico la información precisa, suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y de forma activa en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Actualmente tan solo disponemos de un consentimiento informado general para todos los tipos de cateterismo cardíaco pediátrico que aporta una información muy general y poco explícita del procedimiento. Dada la gran expansión de las distintas técnicas percutáneas creemos necesaria la realización de nuevos documentos de consentimiento informado. La Sociedad Española de Cardiología Pediátrica ha elaborado unos formularios de consentimientos informados específicos para los procesos de Cardiología Pediátrica que pretendemos adecuar a los procedimientos que se realizan en nuestro hospital.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proporcionar una información excelente, unitaria y uniforme al paciente y/o representante legal del procedimiento que se va a llevar a cabo, las alternativas existentes y las posibles complicaciones.

Actualizar y ampliar el documento de consentimiento informado existente adecuando los formularios propuestos por la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica para distintos procedimientos a nuestro ámbito de actuación. Difundir estos nuevos documentos de consentimiento informado entre las secciones implicadas en los cuidados de estos pacientes (Cardiología Pediátrica, UCI pediátrica, UCI neonatal y Hemodinámica)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizarán distintos tipos de consentimiento informado con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal que deberán de constar firmados por ambas partes (médico informador y representante legal) en la historia clínica del paciente.

Se difundirán estos consentimientos entre las secciones implicadas en el cuidado de estos pacientes.

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

- Revisión de las historias clínicas de los niños a los que se les haya realizada algún cateterismo cardíaco desde la implantación de este proyecto y comprobar la existencia del documento de consentimiento informado debidamente rellenado y firmado.
- Comprobar que la difusión ha sido adecuada comprobando que todos los servicios implicados (UCI neonatal, UCI pediátrica, Cardiología Pediátrica y Hemodinámica) disponen de copias de estos consentimientos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 3 meses para realizar primero la elaboración de los nuevos documentos de consentimiento informado de las distintas técnicas de cateterismo cardíaco pediátrico y segundo su difusión entre las secciones y servicios involucrados en el cuidado de estos pacientes.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

276

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN EL PROCESO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES DE LOS CATETERISMOS CARDIACOS PEDIATRICOS MEDIANTE LA ELABORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS**

·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. ....	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

233

**ELABORACION DE TRIPTICO SOBRE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO INDIVIDUAL DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO****2. RESPONSABLE** ..... BEATRIZ MARCHADOR PINILLOS

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- BERGES PEREZ RUTH. MATRONA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO OBSTETRICIA
- REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- GREGORIO GONZALEZ SONIA ELENA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PLANTA ALTO RIESGO OBSTETRICO
- URIARTE PINTO MOISES. FIR. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
- MARTIN ALAEZ AURORA. EIR MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA
- TARANCON ROMERO ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de fármacos constituye una parte importante de la práctica asistencial de las unidades hospitalarias en general, y de las obstétricas en nuestro caso particular. En general, se utilizan un grupo restringido de fármacos, salvo en casos excepcionales. El objetivo del proyecto es la elaboración de un tríptico que recoja las características más importantes de este grupo de fármacos en cuanto a administración, efectos secundarios frecuentes y peculiaridades del fármaco. Con ello se pretende disminuir la variabilidad en las formas de administración segura del fármaco y mejorar su manejo. Todo ello redundará en una mejora de la calidad asistencial de las mujeres que se atienden en las unidades de obstetricia del Hospital Miguel Servet.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Objetivo principal: Mejora de la calidad asistencial a las mujeres ingresadas en el hospital Miguel Servet por causa obstétrica.

- Objetivos secundarios:
  - Disminuir la variabilidad en el manejo seguro de los fármacos de uso habitual en obstetricia.
  - Facilitar el reconocimiento de reacciones adversas y efectos secundarios frecuentes con la administración de estos fármacos.
  - Conocer peculiaridades de algunos de estos fármacos que resultan de interés en la práctica asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Elaboración del tríptico tras acuerdo y revisión por los miembros que forman parte del proyecto.

- Presentación del tríptico a las diferentes Unidades de Obstetricia del Hospital Miguel Servet: Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Unidades de Puerperios y Paritorio.
- Distribución del mismo entre personal que utiliza estos fármacos en su práctica asistencial, de forma individual.
- Realización de encuesta a enfermeras y matronas sobre la utilidad de la misma.
- Reunión para valoración global del proyecto y actualización posterior.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Difusión del tríptico entre enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia.

- Enfermeras que han recibido tríptico / N° total de enfermeras
- Enfermeras en formación que han recibido tríptico / N° total de enfermeras en formación
- Matronas que han recibido tríptico / N° total de matronas
- Residentes de matronas que han recibido tríptico / N° total de Residentes Matrona
- Utilidad del tríptico por parte de enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia.
- Enfermeras que consideran útil el tríptico / N° total de enfermeras
- Enfermeras en formación que consideran útil el tríptico / N° total de enfermeras en formación
- Matronas que consideran útil el tríptico / N° total de matronas
- Residentes de matronas que consideran útil el tríptico / N° total de Residentes Matrona

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Elaboración del tríptico: Mayo - Septiembre 2014

- Distribución del tríptico: Septiembre - Octubre de 2014
- Uso del tríptico: Octubre- Enero de 2014
- Evaluación de los indicadores: Febrero 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. .... 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

233

**ELABORACION DE TRIPTICO SOBRE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO INDIVIDUAL DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO**

- 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

027

## 1. TÍTULO

**ACREDITACION EN ISO 9001:2008 DE SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD (SGC) DE LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

## 2. RESPONSABLE ..... JAVIER MARTA MORENO

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- ARTAL ROY JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- ROMEO LAGUARTA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- TEJADA MEZA HERBERT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- AURE VILLALBA ALBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- MODREGO PARDOS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- ERREA ABAD JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Ictus del Hospital Miguel Servet se inauguró en 2007. Ya desde el 2003 se había ido protocolizando en el Servicio de Neurología el manejo de diferentes patologías y procesos (AIT, cuidados generales al infarto cerebral y a la hemorragia, etc.). Desde entonces, hemos ido implantando protocolos, coordinado procesos con otros servicios (muy especialmente con Urgencias, pero también con Rehabilitación, Neurocirugía, 061, Neuroradiología, Neurointervencionismo, etc.) y coordinándonos con otros sectores (Plan de Ictus de Aragón, Teleictus). Todos estos años ha funcionado un Grupo de Mejora y Calidad, y hemos trabajado diferentes líneas de mejora, revisando procedimientos, consentimientos, protocolos, etc. Hoy podemos considerar que la Unidad esta madura y, de acuerdo con la Unidad de Calidad del HUMS, queremos acreditarla por la ISO 9001.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La acreditación ISO supone un gran esfuerzo de sistematización y documentación de los que hacemos. Nos obliga a hacer una evaluación interna de nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores en la cual estamos descubriendo lagunas y oportunidades de mejora. Todos los profesionales que trabajan en la Unidad conocen ya el proyecto. La dinámica de intentar conseguir esa acreditación es, en si misma, una herramienta potente de mejora, al aportar método y exhaustividad a la mejora y la garantía de la calidad. Dado que el camino ya recorrido es mucho, creemos que podemos conseguirlo en este año.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Unidad de Ictus tiene ya un Grupo de Mejora, constituido por 7 personas (médicos y enfermera/os) y unas líneas estratégicas y objetivos de mejora para este año. Ha incluido como objetivo prioritario la consolidación del sistema de gestión de la calidad y la revisión de los procedimientos, para lo cual, la acreditación ISO 9001 es el marco más adecuado.

De las tres fases básicas (diseño, implantación, acreditación), podemos decir que tenemos realizadas en gran parte las dos primeras, pero nos falta recabar y ordenar la documentación. Así, dividimos las acciones a desarrollar en:

- 1) Ordenar y completar la documentación (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable: Javier Marta y Jose Ramón Ara (Jefe de Servicio)
- 2) Implantar (extender, pues ya existe) el registro de incidencias y de acciones correctoras. Responsable: Javier Marta y María Jesús Chopo
- 3) Revisar y ampliar a todas las áreas de interés (satisfacción, derechos de los usuarios, docencia e investigación..) el cuadro de mando de indicadores, que ya usamos, generando una memoria anual. Javier Marta y Jorge Artal
- 4) Incluir la investigación, formación del personal y los MIR en los objetivos de la Unidad, como consta en su Misión, reflejo de la del Servicio de Neurología y del Hospital. Javier Marta y José Ramón Ara
- 5) Realizar una autoevaluación que detecte las deficiencias. Javier Marta
- 6) mejorar las deficiencias detectadas. Todos
- 7) acreditarlos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cada una de las 7 fases mencionadas se puede evaluar preguntándonos "conseguido: con si/no

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Adjuntamos el calendario propuesto por la Unidad de Calidad, que ya llevamos unos meses siguiendo:

PLANNING ELABORACION E IMPLANTACION ISO.  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

FASE I: Inicio y Documentación

ITEM PRINCIPALES	RESPONSABLE	FECHA PREVISTA	FECHA REALIZAC
1 Manifestación del servicio intención de implantar un SGC y en concreto de ISO correspondiente			Jefe Servicio

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

027

**ACREDITACION EN ISO 9001:2008 DE SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD (SGC) DE LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

2	Compromiso por parte de la dirección	Dirección
3	Construir el grupo de calidad	Jefe Servicio/R.Calidad
4	Sesión formativa al grupo de calidad/o grupo impulsor del SGC	UCA
5	Sesión informativa a los profesionales del servicio	Responsable de Calidad/UCA
6	Planificar actividades a desarrollar	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
7	Diagnóstico previo y describir procesos	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
8	Elaboración del mapa de procesos del servicio	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
9	Lectura y consenso sobre los procedimientos de nivel de Sector.	Intranet
Hospital		Servicio/R.Calidad/G Mejora
10	Recopilación de documentación existente: Instrucciones, protocolos, formatos, etc.	Servicio/R.Calidad/G Mejora
11	Elaboración de procedimiento operativos de los procesos, y adaptación/integración de los existentes	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
12	Elaboración de formatos de los procedimientos operativos y adaptación/integración de los existentes	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
13	Elaboración de procedimiento de compras, con formatos y registros (si procede)	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
14	Inicio de registro de incidencias y elaboración de No Conformidades	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
15	Personal: procedimiento, manual de acogida, registro, plan de formación.	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		
16	Elaboración de PG particular, con política de calidad, organigrama, mapa de procesos y otros elementos diferenciadores de los procedimientos de nivel de sector	Servicio/R.Calidad/G Mejora
(Apoyo UCA)		

## Fase II: Implantación

1. Implantar el sistema
2. Realizar una Auditoria Interna
3. Revisión del sistema

## Fase III: Certificación

4. Solicitar la Certificación a empresa acreditada
5. Visita previa/Solicitud de documentación
6. Auditoria
7. Plan de acciones correctoras
8. Certificación

11. OBSERVACIONES. Simultaneamente, vamos a solicitar la acreditación por el Sistema de Acreditación de Unidades de Ictus de la Sociedad Española de Neurología. Es bastante similar a la ISO, aunque hace mucho mas hincapie en aspectos técnicos, de estructura y asistenciales. Nos interesa mucho pues esta reconocido por la Federacion Europea de Sociedades de Neurología.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ictus, infarto cerebral, primera causa de muerte en Aragón, fibrinólisis, urgencia

## 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

449

**MEJORA EN LA INFORMACION MICROBIOLÓGICA A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA II (AMPLIACION)**

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.
- RUIZ ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - SORIA LOZANO PILAR. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - DIAZ SANZ MARIA JESUS. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - URCIA ROZAS CARLOTA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - ARTUS URIZ BEGOÑA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - MONTANEL ABADIA CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - MENDI METOLA CAROLINA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
  - LOPEZ PEREZ LOURDES. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
  - LEARTE ALVAREZ MARIA ANGELES. PEDIATRA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). PEDIATRIA
  - JUSTE PINA AMELIA. MATRONA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
  - LACASA SERRANO ELENA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
  - LAHOZ MUSTIENES MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
  - EDO RAMOS MARIA CARMEN. MATRONA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
  - UBALDE SAINZ JESUS MANUEL. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
  - GARCIA GUTIERREZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
  - BRUN SOTERAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El año pasado iniciamos 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.

En el año 2013 se solicitó un proyecto de mejora que recogía estos aspectos descritos (nº: 354). Ante los buenos resultados conseguidos, queremos continuar un año más, iniciando también contacto con otros dos centros: San Pablo y Rebojería.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Proyecto nº 354 (2013) Dra Gloria Martin Saco:

1. Difundir el manual de toma de muestras y la cartera de servicios en el C.S. La Jota:  
SI. Presentado en la reunión del día 30 de octubre de 2013.
2. Mejorar la información clínica suministrada por los médicos de familia: SI  
La información clínica de las peticiones, ha aumentado considerablemente.
3. Orientar sobre pruebas microbiológicas adecuadas en cada caso clínico: SI, a través de reuniones en el centro y consultas telefónicas.
4. Disminuir las incidencias en la recogida, transporte y procesamiento de muestras microbiológicas: SI
5. Mejorar la información suministrada al clínico, para el adecuado tratamiento de los procesos infecciosos: SI, a través de reuniones en el centro y consultas telefónicas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Ampliar la difusión del Manual de toma de muestras y la Cartera de Servicios a otros dos centros de salud: San Pablo y Rebojería.  
2. Seguir mejorando la información clínica suministrada por los médicos de familia a Microbiología.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

449

**MEJORA EN LA INFORMACION MICROBIOLÓGICA A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA II (AMPLIACION)**

3. Orientar sobre pruebas microbiológicas adecuadas en cada caso clínico.
4. Disminuir las incidencias en la recogida, transporte y procesamiento de muestras microbiológicas en los tres centros de salud.
5. Mejorar la información suministrada al clínico, para el adecuado tratamiento de los procesos infecciosos.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Seguir con reuniones periódicas, con participación de médicos, pediatras de AP, matronas, personal de enfermería de los C. S. de La Jota, Rebojería y San Pablo y microbiólogos.  
Lugar: en los centros de salud.  
Horario: de 14 a 15 horas. Microbiología y Atención Primaria  
• Charlas informativas sobre recogida de muestras y valoración de la información microbiológica suministrada.  
Microbiología  
• 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. Microbiología y Atención Primaria.  
• Mejorar la información clínica suministrada por los médicos de familia. MAP y pediatras de los tres centros. Médicos de Centros de Salud.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Reuniones realizadas, al menos 3 por centro.  
• Revisiones realizadas de distintos temas, relacionados con el diagnóstico de enfermedades infecciosas. SI/NO  
• Estudio del nº de incidencias antes y después del proyecto: Nº de incidenciasx100/ nº total de muestras.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Abril 2014- Marzo 2015  
• Reuniones en los centros, una cada cuatrimestre.  
• Revisión de incidencias en Abril de 2014 y Marzo de 2015.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

219

**IMPLANTACION DE CONSULTA INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HUMERO**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ANDREU

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- GIRÓN MOMBIELA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- JUDEZ LEGARISTI DIEGO. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- PEÑA DE BUEN NATALIA. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- PEÑA CALVO PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- CASADO MERODIO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Miguel Servet se realiza la historia clínica de nuestros pacientes de forma manual. Esto presenta varios problemas como:

- Dificultad para la comprensión de la escritura de los distintos compañeros.
- Falta de disponibilidad inmediata de la historia ante visitas no programadas.
- Ausencia de una estructura definida de la historia clínica.
- Ausencia de registro de patologías, tratamientos, efectos secundarios, suspensión de tratamientos...
- Necesidad de revisión entera del historial para realización de informes cada vez más solicitados por nuestros pacientes.

Con la informatización de la consulta se pretende solucionar estos problemas además de facilitar así el análisis estadístico de nuestra actividad, tanto del tipo y número de visitas, como resultado de los tratamientos médicos e intervencionistas, abandonos de tratamiento y efectos secundarios. Además el programa dispondrá de una herramienta que permita la realización de forma inmediata de informes actualizados de la patología del paciente así como de hoja de tratamiento.

Todo ello buscando una atención más rápida y segura para el paciente y el médico y una facilitación para la realización de estudios clínicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Primero se realizó una base de datos rudimentaria en acces que se fue evolucionando hasta la actual en File Maker Pro, que en el momento actual está en fase de prueba y modificación final.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En una primera fase se incluirá en la historia informatizada a todos los pacientes nuevos, para posteriormente cuando el personal este familiarizado con el programa incluir todos los pacientes atendidos por la Unidad. Conocer todas las patologías que son atendidas en nuestra Unidad, así como el tiempo de demora en su atención, los resultados del tratamiento, los efectos secundarios, así como conocer de forma real y actualizada lista de espera médica y para procedimientos invasivos. También se espera aumentar el número de publicaciones de la Unidad al disponer de una herramienta útil para el análisis estadístico de todos los pacientes sin necesidad de revisiones de historias de forma individual.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En una primera fase se dispondrá de un acceso online a un blog en el que se podrá utilizar la base de datos a modo de prueba con pacientes ficticios, para aprender el manejo de la misma y realizar las adaptaciones y modificaciones que se consideren oportunas por los facultativos de la Unidad. En una segunda fase, realizadas las modificaciones se procederá a la implantación de la consulta informatizada, comenzando primero con los pacientes nuevos para más adelante ir incluyendo a todos los pacientes de la Unidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

- Aprendizaje del manejo de la base de datos por todos los facultativos de la unidad: grado de cumplimiento 100 %
- Inclusión de los pacientes nuevos en la base de datos desde su implantación:
  1. Consulta 2 primer año grado de cumplimiento 100 %
  2. Consulta 1 primer año grado de cumplimiento 50 %
- Revisión de patología dolorosa de todos los pacientes incluidos de forma trimestral: grado de cumplimiento 100%
- Revisión de efectos secundarios de tratamiento médico e intervencionista de forma trimestral: grado de cumplimiento 100%
- Valoración de la intensidad del dolor en los pacientes: grado de cumplimiento 100 %
- Valoración de la repercusión del dolor en la vida del paciente por escala EQ-% u otra: grado de cumplimiento 100%
- Revisión de la lista de espera médica e intervencionista de forma mensual: grado de cumplimiento 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Aprendizaje del manejo de la base de datos de mayo a noviembre de 2014-04-05. Inclusión de los primeros pacientes noviembre diciembre de 2014. Inclusión de todos los pacientes nuevos en consulta 2 a partir de enero de 2015. Inclusión de todos los pacientes nuevos de consulta 1, antes de abril de 2015

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

219

**IMPLANTACION DE CONSULTA INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HUMS**

Inicio de inclusión de pacientes antiguos junio de 2015.

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:

- |  |         |
|--|---------|
| 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

478

**IMPLANTACIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA SIN INGRESO**

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MARTINEZ DELGADO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CABALLERO BURBANO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
- ROCHE ALBERO ADRIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
- ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION: CRTQ
- HERRANZ ANDRES MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION: CRTQ
- GOMEZ GOMEZ ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION: CRTQ
- ASENSIO AROSTEGUI ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)
- CASTILLO LAITA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMERIA PLANTA 7 CRT

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado anterior es una de los procedimientos más estandarizados dentro de la cirugía de rodilla. En nuestro centro se llevan a cabo más de 150 intervenciones de este tipo cada año.

Hasta la fecha, este procedimiento se realiza de manera convencional, lo que requiere el ingreso hospitalario durante una o dos jornadas cuando menos. La sistematización de este procedimiento dentro del área de Cirugía Sin Ingreso (CSI), permitiría por un lado la liberación de camas hospitalarias para otros procesos y por otro la liberación de tiempo de ocupación de quirófano que podría destinarse a procedimientos como el remplazo articular.

Los motivos por los que este procedimiento no ha sido incorporado todavía al programa de cirugía sin ingreso son varios:

- Carencia del aparataje necesario para permitir compatibilizar el sistema de endoscopia de la Unidad de CSI con el instrumental de artroscopia.

- Falta de formación de las instrumentistas de la UCSI en técnicas artroscópicas

- Ausencia de protocolo de anestesia y analgesia específico para este procedimiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-SISTEMATIZAR LA UTILIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) PARA LA CIRUGÍA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (LCA)
- 2.-IMPLANTAR PROTOCOLO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DEL LCA
- 3.-MINIMIZAR EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRECISAN INGRESO HOSPITALARIO EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS HABER SIDO INTERVENIDOS DE LCA EN LA UCSI
- 4.-ELABORAR CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE LCA
- 5.-OBTENER ALTO GRADO DE SATISFACCION EN PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Constitución y coordinación del grupo de mejora. Responsable : Dr. Martínez Delgado

2.- Adecuación Torre de Endoscopia UCSI para cirugía artroscópica de Rodilla. Responsable: Rosa Asensio Aróstegui

3.-Revisión de Instrumentales y Medios requeridos en UCSI para cirugía LCA. Responsables: Dr. Martínez Delgado y Rosa Asensio Aróstegui

4.- Elaboración de Protocolo de Analgesia Específico. Responsables Dra. Herránz Andrés y Dr. Gómez Gómez

5.- Monitorización del Protocolo de Analgesia mediante su aplicación en pacientes intervenidos de LCA en régimen de ingreso hospitalario. Responsable: Dr. Gómez Gómez

6.- Elaboración de hoja informativa / Ficha de Analgesia. Responsable: Dra. Herránz Andrés

7.- Elaboración de hoja informativa / Pauta Actividad Postoperatoria. Responsable: Dra. Caballero Burbano

8.- Elaboración de Encuesta de Satisfacción. Responsable: Dr. Roche Albero y Dr. Ortega Lahuerta

9.- Entrenamiento específico en técnica para reconstrucción del LCA. Responsable: Dr. Martínez Delgado y Rosa Asensio Aróstegui

10.- Reunión Informativa de todo el personal implicado en el proceso . Responsable: Dr. Martínez Delgado

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

478

**IMPLANTACIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA SIN INGRESO**

11.- Inicio protocolizado del procedimiento. Responsable: Grupo de mejora

12.- Recogida Cuestionario Satisfacción y Consulta de Efermería con cura y cambio de vendaje. Responsable: M. Isabel Castillo Laita

13.-Elaboración de Base de datos. Responsable: Dr. Martínez Delgado

14.- Análisis Resultados / Propuesta de mejoras. Responsable: Grupo de Mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. CADA INDICADOR RESPONDE A UNO DE LOS RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

INDICADOR 1.- % DE PACIENTES INTERVENIDOS DE LCA QUE SON INTERVENIDOS EN LA UCSI - ACTUAL: 0% - ESPERADO: 20%

INDICADOR 2.- % PACIENTES INTERVENIDOS DE LCA EN LOS QUE SE REALIZA EL PROTOCOLO- ACTUAL: 0% - ESPERADO: 80%

INDICADOR 3.- % DE INGRESO EN &lt; 48 H - ACTUAL: NO DISPONIBLE - ESPERADO: 5 %

INDICADOR 4.- CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN ELABORADO (Escala Likert 5 niveles) - ACTUAL: NO DISPONIBLE - ESPERADO: CUESTIONARIO REALIZADO

INDICADOR 5.- % DE PACIENTES SATISFECHOS (Media Likert = 3) ACTUAL: NO DISPONIBLE - ESPERADO: 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO: ENERO 2014

FECHA DE FINALIZACIÓN: 31 DICIEMBRE DE 2014

Constitución grupo de mejora: Enero 2014

Revisión Medios Endoscopia UCSI: Enero 2014

Adecuación Medios Endoscopia UCSI: Febrero 2014

Elaboración Protocolo de Analgesia: Enero 2014

Monitorización Protocolo de Analgesia: Febrero 2014

Elaboración Hoja de Analgesia: Febrero 2014

Elaboración Hoja Actividades Postoperatorias: Febrero 2014

Elaboración Encuesta de Satisfacción: Febrero 2014

Entrenamiento Técnico de Instrumentistas: Enero y Febrero 2014

Intervención Casos PILOTO: Febrero y Marzo 2014

Reunión Informativa Personal Implicado: Marzo 2014

Reunión Grupo Mejora / Evaluación Casos Piloto: Abril 2014

Implantación Protocolizada del Procedimiento: Abril a Diciembre 2014

Reunión Grupo Mejora / Evaluación Resultados: Julio y Octubre 2014

Evaluación Indicadores / Propuesta de Mejoras : Enero 2015

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. POBLACIÓN EN EDAD LABORAL CON TRASTORNO ARTICULAR ALTAMENTE LIMITANTE

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

OTRA PALABRA CLAVE 2. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

478

**IMPLANTACIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA SIN INGRESO**

- 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

473

## 1. TÍTULO

**GESTIONAR LA DEMANDA MICROBIOLÓGICA EN INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS**

## 2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROC ALFARO MARIA LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ARAZO GARCES PIEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- ARNAUDAS CASANOVA LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
- FUENTES OLMO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- HARB SAID JAMAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- TOLEDO PALLARES MIGUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- CHOCARRO ESCANERO PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ARQUED RIVES MARIA JOSE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PEREZ VALENZUELA DESIRE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- SANCHO TORRIJO GLORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las cargas virales miden la cantidad del virus que hay en la sangre, siendo herramientas fundamentales para la toma de decisiones en el ámbito del tratamiento y/o profilaxis. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet (SMHUMS) es servicio de referencia para la realización de técnicas moleculares dirigidas a la detección de cargas virales en infecciones virales crónicas, como el virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C, e infección por citomegalovirus. Los centros para los que somos referencia son: Atención Especializada de los sectores 1, 2, Barbastro, Huesca, Teruel y Alcañiz.

Además, el SMHUMS está acreditado según norma ISO 15189, en el alcance "Cuantificación de la carga vírica mediante extracción, amplificación y detección de ácidos nucleicos en tiempo real por ensayo integrado automatizado", entre otros. La acreditación garantiza el proceso microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua y el aseguramiento de la calidad de los ensayos. De acuerdo con el contenido de la norma, el servicio debe establecer acuerdos para la comunicación con los usuarios, entre ellos el asesoramiento sobre la elección de los análisis y la utilización de los servicios, incluyendo el tipo de muestra requerido, las indicaciones y limitaciones de los procedimientos analíticos y la frecuencia de petición de los análisis.

En este ámbito, el número de determinaciones a realizar, el coste económico y la complejidad técnica de realización e interpretación es recomendable su realización en unidades con personal cualificado. Todas estas razones apoyan que los centros antes mencionados envíen las muestras de sus pacientes a un centro de referencia, que en este caso es el Servicio de Microbiología del HUMS.

Hemos observado que, en algunas ocasiones, la remisión de estas muestras se realiza sin la información clínica necesaria para poder valorar si la solicitud es adecuada, permitiendo así la realización de un informe preciso y relevante, con comentarios y/o recomendaciones que convengan a la situación clínica del paciente.

Las muestras son remitidas desde las unidades de microbiología de los diferentes hospitales quienes, para realizar una adecuada gestión de la demanda, deben aportar cual es la situación clínica del paciente que sustenta la realización de una de estas determinaciones.

Para mejorar la atención al paciente y para gestionar la demanda adecuadamente planteamos el establecimiento de criterios clínicos consensuados entre las unidades de microbiología, los especialistas que atienden a estos pacientes y el servicio de referencia, para solicitar/realizar estas determinaciones.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la atención al enfermo con una infección viral crónica

Establecimiento de acuerdos para la comunicación con los usuarios  
Gestionar la demanda a través del establecimiento de protocolos para realización de cargas virales en pacientes con infecciones por virus: VIH, VHB, VHC, CMV  
Disminución de las pruebas inapropiadas y/o inadecuadas

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación del grupo de trabajo

Revisión de la bibliografía  
Elaboración de algoritmos para el diagnóstico microbiológico en cada situación de infección viral crónica  
Definición de los datos clínicos necesarios a aportar en cada tipo de infección  
Difusión del protocolo a las unidades de microbiología  
Evaluación

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación grupo de trabajo SI/NO

Elaboración algoritmos SI/NO  
Difusión protocolo SI/NO  
Evaluación de solicitudes que se ajustan al protocolo: (número de solicitudes que cumplen requisitos de protocolo/numero total de solicitudes) \*100 ?75

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

Fecha fin: Mayo 2015

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

473

**GESTIONAR LA DEMANDA MICROBIOLÓGICA EN INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS**

## Cronograma

Creación del grupo de trabajo: Mayo 2014

Revisión de la bibliografía: Mayo 2014

Elaboración de algoritmos para el diagnóstico microbiológico en cada situación de infección viral crónica: Septiembre 2014

Definición de los datos clínicos necesarios a aportar en cada tipo de infección: Septiembre-Octubre 2014

Difusión del protocolo a las unidades de microbiología: Octubre-Noviembre 2014

Evaluación de solicitudes adecuadas: Abril 2015

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## OTRA PALABRA CLAVE 1. Asesoramiento

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

452

**MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LAS SECCION DE MICOBACTERIAS (SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET)**

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.
- VASQUEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA. MIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
  - FERNANDEZ SIMON MARIA REBECA. TEL. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
  - AGUDO MORALES CELIA. TEL. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
  - RODRIGUEZ SOTO ANA LIA. TEL. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
  - SAMPER BLASCO SOFIA. INVESTIGADOR/A. H MIGUEL SERVET. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD

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 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.

En el año 2013 se consiguió una importante ampliación del alcance de acreditación en diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias. La experiencia previa en la acreditación ha favorecido la mejora y una cultura de trazabilidad que se ha ido ampliando a otras técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se ha extendido paulatinamente a prácticamente todo el Laboratorio.

En el año 2013 se solicitó un proyecto de mejora para la ampliación y mantenimiento de la acreditación en estas secciones, y dado el elevado número de técnicas ya incluidas en el alcance de acreditación y los requisitos técnicos y de gestión a cumplir, se hace necesario continuar con este proyecto durante 2014-2015 (Ampliación proyecto nº 416-M. Monforte-2013).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1- Se han redactado los PTA detallados a continuación e implantado las actividades descritas en ellos.

- PTA-30 "Tinción de Ziehl-Neelsen"
- PTA-31 "Tinción de auramina"
- PTA-32 "Siembra y cultivo de micobacterias en medio líquido BACTEC MGIT TM 60 (BD)
- PTA-33 "Identificación de Mycobacterium tuberculosis complex por inmunoanálisis cromatográfico"
- PTA-34 "Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterianas aisladas en cultivo. GenoType AS/CM/MTBC"
- PTA-35 "Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis complex mediante técnica FluoroType@MTB Reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real (PCR)"

2- Se ha llevado a cabo la formación y cualificación del personal implicado en la acreditación.

3- Se han cumplimentado de forma regular los registros técnicos y de calidad.

4- Se ha implantado la realización rutinaria de los controles internos y externos.

Resultados conseguidos:

- Tras la auditoria de ENAC de junio 2013, se ha logrado el mantenimiento de la acreditación para la "Tinción de Zielh-Neelsen" y se ha conseguido al 100% la ampliación de la acreditación propuesta: Tinción de auramina, Siembra y cultivo de micobacterias en medio líquido BACTEC MGIT TM 60 (BD), Identificación de Mycobacterium tuberculosis complex por inmunoanálisis cromatográfico, Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterianas aisladas en cultivo. GenoType AS/CM/MTBC y Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis complex mediante técnica FluoroType@MTB Reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real (PCR)
- Indicadores

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:

En los controles de calidad se han obtenido resultados satisfactorios (>90%)

2º Indicador: mantener actualizados los registros técnicos.

Revisión de los registros técnicos:

Se mantienen actualizados 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:

No se han detectado errores en el control Intercomparativo, por lo tanto el 100% de los

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

452

**MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LAS SECCION DE MICOBACTERIAS (SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET)**

resultados han sido satisfactorios

4º Indicador: Formación del personal adscrito > 95%:

Durante este periodo en la sección de micobacterias se ha formado a dos residentes, que han sido cualificados para realizar el trabajo de la sección de micobacterias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantenimiento de los alcances acreditados:

- Tinción de Zielh-Neelsen
- Tinción de auramina
- Siembra y cultivo de micobacterias en medio líquido BACTEC MGIT TM 60 (BD)
- Identificación de Mycobacterium tuberculosis complex por Inmunoanálisis cromatográfico
- Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis complex mediante técnica FluoroType@MTB Reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real (PCR)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.

- Formación y Cualificación del nuevo personal.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo para las actividades acreditadas.

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas.
  - Facultativos: actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal.
- 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: Registro de la cualificación del Personal adscrito >90%.

Se monitorizará revisando las fichas de cualificación tras la incorporación de nuevo personal a cada una de las secciones.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

4º indicador: Realización y evaluación del control de calidad interno (>90%)

Se monitorizará revisando cada tres meses los registros correspondientes al control interno y las posibles incidencias asociadas.

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

Fecha de finalización: junio 2015

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: abril 2014-abril 2015
- Formación y Cualificación del personal implicado: abril 2014-abril 2015
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: abril 2014-abril 2015
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo: abril 2014-abril 2015.
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral a partir de abril 2014
- Recopilación general de resultados y valoración: mayo-junio 2015

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. .... 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

069

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2008 EN LA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SECTOR ZARAGOZA II**

## 2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MONREAL HIJAR

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- SOLANO BERNAD VICTOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
- GALVEZ ALVAREZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION ENFERMERIA HMI
- PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR II
- DENIZON ARRANZ SOPHIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR II
- PEÑA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR II
- MORO LARA JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR II

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 2009, el sector Zaragoza II (HU Miguel Servet y centros de Atención Primaria adscritos) cuenta con un Proceso de Formación Continuada, aprobado entonces en Comisión de Dirección y ya consolidado en base a su trayectoria y a las revisiones que periódicamente se han efectuado. Durante este tiempo ha constituido una herramienta de calidad valiosa en el desarrollo de gestión de las actividades formativas organizadas en/por el sector, así como en la evaluación del propio proceso, habiendo vinculado indicadores de los diferentes subprocesos a contratos de gestión anuales desde 2009 a 2012. La experiencia en el empleo de la gestión por procesos aplicada a nuestro trabajo diario, así como el compromiso con la mejora continua en nuestro ámbito, la formación continuada sanitaria, nos conduce a dar un paso más hacia la calidad total, proponiendo la implantación de un sistema de gestión de la calidad, según la norma ISO 9001:2008 en la UF y DP.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Generales:

Implantación del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2008 durante 2014  
Certificación en 2015

## Específicos:

Entre las ventajas que aporta la aplicación de este sistema de gestión de la calidad son destacables para la organización: la garantía de calidad percibida por el cliente interno (trabajador) y la estandarización de la atención, disminuyendo la variabilidad de la práctica profesional. Así como el someterse a auditorías permite la mejora continua de manera permanente.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La implantación del sistema supone una serie de requisitos en cuanto a

- ? Sistema de gestión de calidad (generales, documentación)
- ? Responsabilidad de la Dirección
- ? Gestión de los recursos
- ? Realización del producto, y
- ? Medición, análisis y mejora

La puesta en marcha se llevará a cabo en las siguientes fases:

## Fase I: Documentación

Constituir el grupo de calidad  
Planificar actividades a desarrollar  
Formación al grupo de calidad  
Diagnóstico previo y descripción de procesos (basado en Proceso de Formación continuada)  
Sensibilización de todo el personal de la unidad  
Redactar Manual de calidad y procedimientos

## Fase II: Implantación

## Fase III: Certificación

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Certificación Si/No

Auditoría interna superada

Indicadores CG 2014

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fase I: abril - octubre de 2014

Fase II: noviembre de 2014 - marzo de 2015

Fase III: mayo de 2015 (fecha por concretar por empresa externa)

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

069

**IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2008 EN LA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SECTOR ZARAGOZA II**

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. PROFESIONALES DEL SECTOR II
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. GESTIÓN FORMACIÓN

OTRA PALABRA CLAVE 2. ISO FORMACIÓN

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

005

**LIBRO DE COCINA ARAGONESA PARA PERSONAS CON DIABETES**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MONTOYA MARTINEZ

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BERZOSA LARA LUIS. PROFESOR TECNICO DE COCINA. IES MIRALBUENO. HOSTELERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La vida que llevamos actualmente, la proliferación de comida rápida ó "comida chatarra" han modificado considerablemente nuestros hábitos alimenticios, provocando de esta manera que por lo general consumamos comidas con mayor contenido de carbohidratos, grasa y sodio.

Los malos hábitos alimenticios y la falta de actividad física ó "sedentarismo" que caracterizan a estos tiempos modernos, sin duda alguna, son los principales responsables del alarmante aumento en las cifras de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes. El sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes se están convirtiendo en verdaderas epidemias. La alimentación adecuada, la práctica regular de actividad física y la medicación se consideran, junto a la educación diabetológica, los pilares fundamentales del tratamiento de la DM.

El objetivo del tratamiento dietético en la diabetes, incluye el logro de un peso adecuado, con el mantenimiento de los niveles de glucosa lo más próximos al rango de normalidad, y la mejoría del perfil lipídico y de la presión arterial; todo ello respetando las preferencias personales y culturales de los pacientes.

La cantidad de hidratos de carbono aportados en la dieta es el principal nutriente que afecta al nivel de glucemia posprandial. El conocimiento y aprendizaje de la cantidad de hidratos de carbono (raciones de hidratos de carbono) y su distribución a lo largo del día puede mejorar el control metabólico.

Por ello, para tener un alto rendimiento en términos de control metabólico, el recuento de los hidratos de carbono se considera básico en los aspectos educativos relacionados con la dieta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaboración de un libro con recetas Aragonesas para personas con diabetes. Presentar una oferta de platos atractivos, con un análisis de los principios inmediatos y calorías, adaptándolos para personas con diabetes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración de recetas de primeros, segundos y postres con los apartados de:

- Ingredientes
- Elaboración
- Propiedades nutricionales
- Adaptación de la receta básica:
  - Disminución de calorías
  - Celíacos
  - Intolerancia a la lactosa
- Modificación de las recetas
- Guiños personales de los autores

-Realización de una página web para recibir opiniones, ideas, sugerencias, comentarios de los lectores y valoración de las recetas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Seguimiento y número de visitas de la página web

Valoración de las recetas en la página web:

- Atractivas
- Novedosas
- Fácil de ejecutar
- Valoración nutricional
- Modificaciones del original interesantes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración del proyecto: Febrero y Marzo 2014.

-Elaboración de las recetas, fotografías, propiedades nutricionales, adaptaciones, modificación de las recetas, elaboración de los guiños personales de los autores: Abril, Mayo, Junio, Septiembre, Octubre y Noviembre 2014.

-Realización de una página web: Octubre y Noviembre 2014-03-09

-Editar el libro: Diciembre 2014 y Enero 2015

-Distribución: Febrero y Marzo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

005

**LIBRO DE COCINA ARAGONESA PARA PERSONAS CON DIABETES**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Diabetes

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

238

## 1. TÍTULO

**ATENCIÓN REHABILITADORA DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO CARDIACO**

## 2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MORATA CRESPO

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENO GONZALEZ MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- BONE PALOMAR PIEDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- LARA MORENO NURIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- CARCAS AINAGA CARMEN. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
- BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
- OLMOS PEREZ FRANCISCO VICENTE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual no existen dudas sobre los beneficios que la rehabilitación aporta a los pacientes sometidos a cirugía cardiaca durante la fase I u hospitalaria. Los efectos son bien conocidos: reducción de la mortalidad, ahorro económico, disminución de los reingresos hospitalarios, reincorporación precoz a la actividad laboral y mejoría de la calidad de vida. El uso de los programas de Rehabilitación Cardiaca y Prevención Secundaria tiene una recomendación Clase I, según la American College of Cardiology Foundation en los pacientes que han sido sometidos a una revascularización miocardiaca.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Miranda RC, Padulla SA, Bortolatto CR. Respiratory physiotherapy and its application in preoperative period of cardiac surgery. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2011 Oct-Dec;26(4):647-52. Brasil
- Hulzebos EH, Smit Y, Helder PP, van Meeteren NL. Preoperative physical therapy for elective cardiac surgery patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23152283>.
- Freitas ER, Soares BG, Cardoso JR, Atallah AN. Incentive spirometry for preventing pulmonary complications after coronary artery bypass graft. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD004466.
- Stein R, Maia CP, Silveria Anderson, Chiappa GR, Myers J, Ribeiro JP. Inspiratory Muscle Strength as a Determinant of Functional Capacity Early After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Arch Phys Med Rehabil 2009;90:1685-91.
- Yáñez Brage I, Pita Fernández S, Juffé Stein A, Martínez González U, Pértega Díaz S, Mauleón García A. Respiratory physiotherapy and incidence of pulmonary complications in off-pump coronary artery bypass graft surgery: an observational follow-up study. BMC Pulm Med. 2009;28:9:36.
- Herdy AH, Marochi PLB, Vila A, Tavares C, Collaco J, Niebauer J, Ribeiro JP. Preand . Postoperative Cardiopulmonary Rehabilitation in Hospitalized Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. A Randomized Controlled Trial. Am J Phys Med Rehabil 2008;87:714-19.
- Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, Schofer B, Stiller K, van de Leur H, Vincent JL. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. Intensive Care Med 2008; 34 (7): 1188-99

Durante el ingreso de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca pueden aparecer múltiples complicaciones: respiratorias como derrame pleural, atelectasias, y parálisis diafragmáticas, anemia, arritmias, alteraciones de la cicatriz, patología osteoarticular, mediastinitis, alteraciones neurológicas, sepsis, o fiebre de origen desconocido entre otras, con el fin de prevenirlas y acortar la estancia hospitalaria es fundamental la movilización precoz y la cinesiterapia respiratoria. En muchos casos se trata de pacientes con edad avanzada, que previamente tenían una capacidad funcional desde ligera a severamente disminuida por su patología cardiaca, y en los cuales una inmovilización prolongada puede provocar una limitación importante en su calidad de vida e independencia. Hasta Noviembre de 2013 la atención a estos pacientes, desde el punto de vista rehabilitador en el Hospital Miguel Servet era muy heterogénea, en determinados casos si se realizaba tratamiento rehabilitador, pero otros muchos no tenían la oportunidad de acceder este apartado terapéutico, sobre el cual no existen dudas de su eficacia en el momento actual.

Los objetivos fundamentales del proyecto serían:

- Realizar valoración y tratamiento rehabilitador de forma precoz, primeras 24-48 horas tras hoja de interconsulta, durante la estancia en UCI de estos pacientes
- Seguimiento durante el ingreso hospitalario, atención a las complicaciones derivadas de la cirugía desde el punto de vista rehabilitador: lesiones neurológicas periféricas o centrales, alteraciones osteomusculares, etc.
- Información sobre factores de riesgo cardiovascular en aquellos pacientes que los presenten y puedan beneficiarse de la modificación de los mismos.
- Selección de candidatos para la fase 2 o extrahospitalaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde Noviembre de 2013 han sido atendidos 145 pacientes, de estos han pasado a realizar fase 2 10 de ellos. La media de visitas durante la estancia hospitalaria fue de 3, todos recibieron tratamiento de cinesiterapia diariamente durante el ingreso hospitalario.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En primer lugar es importante universalizar el tratamiento durante la fase 1 en todos los pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Otro aspecto a tener en cuenta es que todo paciente dado de alta tras la cirugía tendría que conocer las técnicas de cinesiterapia respiratoria, y normas sobre inicio de la actividad física ambulatoria, además del manejo básico de los factores de riesgo cardiovascular, y

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

238

**ATENCIÓN REHABILITADORA DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO CARDIACO**

la pauta a seguir ante un evento cardiaco agudo que pueda suceder de forma ambulatoria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades que pretendemos incluir en el programa serían:

- Sesión informativa previa a la intervención quirúrgica, en ella se abordaran los aspectos más importantes sobre mecánica ventilatoria, uso de inspirometro incentivado, técnicas protección de la esternotomía, etc.
- Atención precoz en UCI, respuesta a las hojas de interconsulta en 24-48 horas postcirugía, siempre y cuando el paciente se encuentre estable hemodinamicamente y colaborador.
- Seguimiento durante el ingreso hospitalario, y tratamiento rehabilitador fundamentado en recobrar la mecánica ventilatoria, iniciar la movilización precoz, y evitar la aparición de complicaciones secundarias a la inmovilización. En el caso de que aparezcan complicaciones que precisen tratamiento rehabilitador serán valoradas de forma individualizada y tratadas de forma adecuada según el caso.
- Dar información básica sobre factores de riesgo cardiovascular, y control de los mismos, así como medidas a tomar ante un evento cardiaco agudo.
- Seleccionar para la fase 2 o ambulatoria a los pacientes que, al menos, reúnan los siguientes criterios: edad inferior a 70 años, haber sido intervenidos de revascularización miocárdica, pertenecer al sector I, II, III de Zaragoza urbana, predisposición para realizar el programa, no enfermedad intercurrente que contraindique el tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes atendidos entre 24-48 horas tras la realización de hoja de interconsulta.

- N° de pacientes que realizan tratamiento durante el ingreso hospitalario

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el año 2014 esperamos atender más de 300 pacientes, en el indicador de n° de pacientes atendidos entre 24-48 horas posthoja de interconsulta esperamos obtener un 90%, y en el n° de pacientes que realizan tratamiento el 95%. El análisis se realizará durante todo el año 2014 de Enero a Diciembre.

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. postoperados de cirugía cardiaca

## 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. ....             | 2 Poco     |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

375

**DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001**

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.

- PEÑA OLLE CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
- AZNAR ASPAS CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
- SANMIGUEL ARBUES ELENA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
- VELAZQUEZ CUENCA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
- SORO DOMINGO MARIA FELICIDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
- VALLESPIN MESEGUER MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
- MARCO ARBUES MARIA MONLORA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Conseguir la certificación ISO 9001, sistema de gestión de calidad normalizado, donde los procesos que realizamos estén descritos y documentados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Realizar mapa de procesos  
-Elaboración de todos los procedimientos e instrucciones técnicas.  
-Implantación de un registro de incidencias  
-Conseguir la certificación ISO 9001

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Acuerdo de la Dirección con el Jefe de Servicio para la implantación del sistema.

-Constitución del grupo impulsor

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Años 2014

Elaboración flugogramas.  
Registro de incidencias  
Elaboración de la documentación.  
Año 2015  
Realización de Auditoria interna  
Revisión por la Dirección.  
Auditoria externa.  
Obtención de la certificación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Año 2014

Elaboración y puesta en marcha de un registro de incidencias para los procesos desarrollados en 2014.  
Desarrollo y elaboración de los procedimientos operativos.  
Elaboración de instrucciones.  
Establecimiento de indicadores  
Año 2015  
Revisión por parte de la dirección.  
Auditoria interna.  
Auditoria externa.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Acreditación ISO 9001

OTRA PALABRA CLAVE 2. SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS

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

190

## 1. TÍTULO

**SEGUIMOS AVANZANDO EN EL USO RACIONAL, SEGURO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS 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.

- DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- ARAZO GARCES PIEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- PASCUAL CATALAN ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
- ESCOLANO PUEYO ANGEL. FIR 3°. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- PEREZ DIEZ CRISTINA. FIR 3°. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- CASTIELLA GARCIA MARINA. FIR 2°. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- NAVARRO PARDO IRENE. FIR 2°. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La falta de adherencia a los tratamientos, especialmente en enfermedades crónicas es uno de los principales factores de fracaso terapéutico y en determinados medicamentos de selección de resistencias virales.

Para incrementar esta adherencia es imprescindible implicar al paciente. Hasta la fecha 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.

La utilización de nuevas tecnologías y el entorno web 2.0 se han mostrado como herramientas muy útiles para contribuir a mejorar el compromiso del paciente con su tratamiento.

Una de las estrategias que han demostrado que más incrementan la adherencia del paciente es la utilización de dispositivos electrónicos de medida de las dosis que el paciente se administra a lo largo del tiempo, pues el sentirte observado mediante un instrumento que no puede manipularse modifica la conducta humana.

Otro de los aspectos clave para conseguir un uso racional de los medicamentos es la seguridad. Uno de los momentos clave en el circuito de utilización de medicamentos es la dispensación, pues bien la utilización de lectores ópticos que identifiquen de forma inequívoca el medicamento dispensado y su concordancia con el prescrito ha demostrado su importante aportación en seguridad.

Finalmente, ahora más que nunca el coste de los tratamientos constituye un elemento indispensable que debe valorarse en el proceso de selección y utilización de los medicamentos. Por ello ya hace 2 años que se creó un grupo de trabajo en VIH con el único objetivo de manteniendo la efectividad, establecer estrategias de ahorro en la terapia antirretroviral (TAR), dado que este grupo de fármacos es uno de los 3 grupos que más trascendencia económica tiene en el hospital y supuso en 2013, 7.500.000 €.

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.

La optimización y racionalización de los tratamientos lleva consigo un ahorro o disminución del gasto paciente medio/año, como hemos constatado al implantar la estrategias referidas anteriormente, pero el siguiente paso sería comprobar que estas medidas mantienen la efectividad del tratamiento, aspecto básico, ya que medidas de contención del gasto no deberían mermar los resultados en salud.

Otras de las patologías de gran impacto económico y para las que también se hace necesario un seguimiento del gasto por paciente son las terapias biológicas en reumatología y la esclerosis múltiple.

Si trabajamos por la mejora de la atención es imprescindible valorar la calidad de la atención percibida por el paciente a través de las encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto actual es la evolución siguiendo el ciclo de mejora continua de un proyecto ya iniciado en 2007 en el que se valoró la calidad percibida por los pacientes que acuden a la unidad de atención farmacéutica a 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 naïve consiguiéndose entrega de información escrita y atención personalizada en el 89% de los pacientes.

Durante 2009 se continuó con el proyecto y se informó al 97% de los pacientes VIH y se valoró 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.

Además se analizaron los tratamientos concomitantes de los pacientes VIH, valorándose las interacciones farmacológicas detectándose que el 86% de los pacientes tomaban medicamentos y/o productos de herboristería y de ellos en un 58% presentaron interacciones. Dada la trascendencia clínica y la escasa percepción de la misma por el paciente en 2010 se elaboró un díptico informativo alertando de las interacciones de los ARV con los productos de herboristería

Ese mismo año se continuó con la información personalizada al 97% de los pacientes naïve y al 32% de los

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

190

**SEGUIMOS AVANZANDO EN EL USO RACIONAL, SEGURO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS**

pacientes que pretratados que precisaron cambios de tratamiento y se realizó una encuesta de satisfacción a 240 pacientes externos (24% infecciosos), detectándose que tanto el lugar de atención como la sala de espera eran valorados muy negativamente, no así la información recibida, la utilidad de la misma, el trato y la satisfacción general que fueron muy positivas.

En el periodo 2011-2013 se continuaron con las actividades de información personalizada incrementándose año a año, siendo los resultados de 2013: 100% pacientes VIH naïve informados, 90% cambios de tratamiento analizando los motivos del mismo y el 74% de los pacientes con antineoplásicos orales).

Se han mantenido las encuestas de satisfacción, observándose en 2013 que el 100% de los pacientes atendidos se encuentran satisfechos con la atención recibida y al 94 % actualmente el lugar les parece bueno o muy bueno por cambio de ubicación en 2011.

Además debido al trabajo realizado para disminuir el gasto en ARV, el coste medio /paciente se situó en 2012 en 8670 € y en 7940 € en 2013, lo que ha permitido un ahorro de >500.00 €.

También se ha recogido la comunidad de procedencia de todos los pacientes y se ha dimensionado la robotización de esta área

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Favorecer la adherencia del paciente VIH tanto naïve como multitratado, del paciente oncológico, del paciente con esclerosis y del paciente con TB en reumatología.

- Incrementar la seguridad en la dispensación de medicamentos
- Mantener la satisfacción del paciente con la unidad de pacientes externos.
- Disminuir el impacto económico de la terapia VIH.
- Control económico de las terapias biológicas en el paciente con enfermedades reumatológicas.
- Disminuir el coste de la primera línea del tratamiento de los pacientes naïve con esclerosis múltiple.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Mantener actualizada y consensuada la información dirigida al paciente sobre los fármacos antirretrovirales seleccionados, tanto para pacientes naïve como pretratados( Herminia Navarro(HN), Piedad Arazo).

- 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).( Herminia Navarro, Natalia de la Llama(NDLL).

- Implantar estrategias para mejorar adherencia a través de información adaptada a las características del paciente en la nube )( HN).
- Mantener una base de datos actualizada sobre los motivos que llevan a una modificación del TAR y su idoneidad (HN, NDLL).
- Desarrollar e implantar una herramienta de ayuda al paciente con esclerosis, a través del teléfono móvil, para mejorar la adherencia y el autocuidado del paciente (HN).
- Valorar el riesgo de no adherencia en los pacientes con terapias biológicas a través de un cuestionario específico y en función del mismo ofrecer ayudas específicas a través de la web 2.0. (HN).
- 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 (HN).
- Valorar adherencia de los pacientes con hormona de crecimiento (Saizen) y esclerosis múltiple (Rebif) a través de dispositivos electrónicos(HN).
- Valorar el gasto/paciente/año ajustado a la cantidad y tiempo dispensado en VIH y terapias biológicas en reumatología (HN y NDLL).
- Valorar el gasto del paciente naïve con esclerosis y su ajuste al límite fijado por el SALUD (HN).
- Valorar el impacto de las medidas establecidas en las estrategias de ahorro tanto en VIH como en reumatología(HN y NDLL).
- Valorar la efectividad de los cambios de tratamientos en VIH por aplicación de estrategias de control del gasto en ARV(HN, Marina Castiella).
- Implantar lectores de códigos de barras en la dispensación de medicamentos conectados con el sistema de prescripción en el momento de la dispensación. (HN, NDLL)
- Implantar registro de la firma electrónica de la persona que retira la medicación. (HN, NDLL)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % Pacientes VIH+ naïve 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%
- % Pacientes oncológicos que reciben información escrita y oral. Objetivo >70%-
- Desarrollo de aplicación esclerosis para móvil.
- % de pacientes en tratamiento con acetato de glatirámico a los que se les ofrece la aplicación ( >30% segundo semestre)
- Realización de una encuesta para evaluar la percepción del paciente.
- % pacientes satisfechos con la atención recibida. Objetivo: > 90%.
- Cálculo gasto/paciente medio/año VIH, TB reuma y esclerosis múltiples naïve.
- Cálculo del % pacientes con optimización de dosis en TB en reumatología
- Lectores código barras dispensación instalados.
- % pacientes con medida de adherencia fármacos seleccionados ( >70% segundo semestre).
- % pacientes con medida de la efectividad de pacientes que modifican tto por optimización económica >70%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Mantener actualizada, consensuada la información sobre fármacos antirretrovirales objeto de la actuación. Enero-dic 2014

2.- Mantener actualizada la información sobre antineoplásicos orales. Enero-dic 2014.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

190

**SEGUIMOS AVANZANDO EN EL USO RACIONAL, SEGURO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS**

- 3.- Entrega información escrita paciente VIH naive , pretratado y oncológico. Enero-dic 2014
- 4.- Valoración motivos del cambio en VIH. Enero-dic 2014.
- 5.- Desarrollo aplicación para móvil para pacientes en tratamiento con acetato de glatirámico. Enero-junio 2014.
- 6.- Ofrecer el aplicativo mencionado en el punto 5 a los pacientes. Julio-diciembre 2014.
- 7.- Ofrecer apoyo a través de la web a los pacientes VIH y de terapias biológicas. Septiembre-diciembre 2014.
- 8.- Valoración adherencia mediante dispositivos electrónicos. Mayo-dic 2014
- 9.- Realización encuesta. Dic 2014
- 10.- Análisis encuesta. Dic 2014
- 11.- Cálculo gasto/paciente medio/año TB, VIH. Enero- dic 2014.
- 12.- Cálculo coste/paciente naive esclerosis 1ª línea de tratamiento. Junio- dic 2014.
- 13.- Efectividad de la optimización del TAR (población a estudiar, pacientes con TAR que modifican a combinaciones más económicas en 2013). Enero-junio 2014.
- 14.- Análisis de los pacientes con optimización de dosis en TB. Enero-diciembre 2014.
- 15.- Instalación del sistema de código de barras y firma electrónica en externos. Enero-diciembre 2014

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad y eficiencia

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. adherencia, efectividad.

## 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**

465

**APROXIMACION A UN SISTEMA NORMALIZADO DE LOS COSTES UNITARIOS POR ESTUDIO EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET****2. RESPONSABLE** ..... MANUEL OMEÑACA TERES

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

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

- PALACIAN RUIZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MARTINEZ CAMEO NIEVES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- GONZALEZ ISABEL. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- SANCHO TORRIJO GLORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- VIDAL GARCIA MATXALEN. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Aunque, desde hace tiempo disponemos de información sobre los gastos globales de los distintos laboratorios clínicos, no conocemos con precisión los costes individuales de cada una de las pruebas analíticas que realizamos, tanto en términos absolutos como en términos relativos. Es evidente que esta información resulta de gran utilidad para la gestión y planificación interna de los laboratorios.

Punto de partida:

- En este momento el SIL del laboratorio dispone de un coste asignado a cada prueba en Unidades Relativas de Valor (URV) copiadas de una valoración antigua realizada por el Servicio Andaluz de la Salud y que es preciso actualizar ante la incorporación de nuevas tecnologías.

- Partiendo de la valoración actualizada de las (URV) del Servicio Andaluz de la Salud (año 2009) y del Servicio Vasco de la Salud (Osakidetza, año 2013), se pretende consensuar en el Servicio de Microbiología del Hospital una valoración actualizada de las pruebas realizadas en URVs. En técnicas puntuales, no contempladas en los catálogos anteriores, se propone hacer un análisis del cálculo de tiempo técnico y facultativo que junto al gasto ponderado de material e infraestructura, nos permita realizar una aproximación real del coste en URVs.

Oportunidad de mejora:

Mejora la información aportada desde el Laboratorio de Microbiología a la Unidad de Control de Gestión del Hospital. Esta información se puede proporcionar desglosada por GFH, Centros, etc...

Mejora la información aportada a la Unidad de Cargos Hospital. Es necesario actualizar las tarifas de las pruebas realizadas en el Servicio de Microbiología con el fin de proporcionar los costes reales y que en este momento no se encuentran actualizadas. Actualizando los costes en URV de todas las pruebas del laboratorio, la traducción a euros es sencilla y pudiéndose actualizar todos los años.

Se abre la posibilidad de difusión entre médicos y clientes, que podría influir en los hábitos de solicitud de pruebas complementarias y probablemente disminuir los costes o hacerlos más eficientes.

Esta información nos proporciona una herramienta básica para la implantación de estrategias de gestión clínica.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** • Disponer de un catalogo de pruebas del Servicio de Microbiología con precios actualizados.

- Exportar los datos generados en el SIL a una tabla Excel con el cálculo real de coste en euros de cada una de las pruebas.
- Proporcionar a la Unidad de Control de Gestión del Hospital la repercusión del gasto actualizado por Grupos Funcionales (GFH).
- Proporcionar a la Unidad de Cargos Hospital los costes reales para facturación a otros centros.
- Posibilidad de realizar estadísticas de gestión por pruebas para ver la evolución del gasto.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1. Extrapolar las dos opciones disponibles de URVs, Servicio Andaluz de la Salud y del Servicio Vasco de la Salud, a una tabla Excel, para su valoración y toma de decisión sobre opción más adecuada para el Hospital Miguel Servet, según describimos a continuación.

2. Establecer el coste aproximado de cada una de las pruebas en euros, para cada una de las opciones, estableciendo un factor de corrección, puesto que la definición de una URV no es similar en las dos opciones. El conocimiento del coste en euros nos da una mejor idea de los errores cometidos en el cálculo para determinadas técnicas. Este cálculo se puede hacer con los datos obtenidos por nuestro SIL del año 2013.

3. Consensuar con todos los miembros del Servicio la opción que mejor se adapta a nuestra cartera de servicios.

4. Localizar pruebas de nuestro catalogo no contempladas en alguna de las dos opciones (pruebas no contempladas).

5. Consensuar el tiempo técnico y facultativo empleado en pruebas no contempladas y establecer su valor en URVs contemplando además el coste de reactivo e infraestructura.

6. Configurar en cada una de las determinaciones del SIL del laboratorio el valor de URV consensuado.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. Elaboración de tabla Excel con:

- a. Datos de las dos opciones contempladas y el cálculo aproximado en euros para cada una de las opciones.
- b. Valoración de pruebas no contempladas
- Evaluación: septiembre 2014
- Indicador: Realizado =SI

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

465

**APROXIMACION A UN SISTEMA NORMALIZADO DE LOS COSTES UNITARIOS POR ESTUDIO EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

2. Consensuar las URVs asignadas a todas las pruebas del catálogo y actualizar el catálogo de pruebas en el SIL

- Evaluación: enero 2015
- Indicador: Realizado =SI

3. Proporcionar a la Unidad de Control de Gestión y a la Unidad de Cargos Hospital los costes reales para facturación a otros centros.

- Evaluación: enero 2015
- Indicador: Realizado =SI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Debido a la importancia del proyecto, la previsión es iniciarlo en el mes de mayo y concluirlo en diciembre de 2014.

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

025

## 1. TÍTULO

**GESTION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GURPEGUI PUENTE MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El delirio tiene una incidencia desconocida en las unidades de cuidados intensivos que oscila entre el 16 y el 83%, en dependencia del tipo de UCI (médica, quirúrgica, traumatológica, etcétera) y, características inherentes tanto a las intervenciones terapéutica y, hábitos en el desarrollo de las mismas, como de las características propias del paciente y de sus patologías asociadas. El delirio puede ser hiperactivo, hipoactivo o mixto, siendo el segundo de muy difícil diagnóstico y afectando sobre todo a los pacientes más vulnerables como son los intubados. Esta patología tan asidua en nuestras unidades repercute seriamente en el pronóstico de los enfermos dado que se asocia a mortalidades superiores a los de los grupos control que oscilan de 2 a 20 veces superiores. A corto plazo, el delirio aumenta la estancia en UCI y la estancia post-UCI, hay mayor número de complicaciones médicas, mayor riesgo de iatrogenia (caídas de cama, sedación excesiva, necesidad de inmovilización mecánica, etcétera). Y se ha demostrado que sólo el 4% de los enfermos que lo sufren recuperan su estado cognitivo basal en el momento del alta de UCI y sólo un 18% vuelve a su estado físico y psíquico basal al alta hospitalaria, pudiendo muchos de ellos y sobre todo los más mayores progresar hacia una demencia antes subclínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos conocer cual es la incidencia real de delirio en nuestra unidad (en tres cortes transversales previos su incidencia se situaba entre el 48-62%), mediante el control y medición del mismo con escalas validadas como la escala CAM-ICU, el test mental abreviado y los criterios de DSM-IV. Con este proyecto de mejora queremos conseguir prevenir su aparición mediante medidas no farmacológicas: humanizando las UCIs, mediante la posibilidad de uso de gafas, audífonos, radios, reloj en los pacientes conscientes o cuando empiecen a estarlo, reducir el nivel de ruido de la uci mediante programas educativos, ser permisivos con las visitas en pacientes especialmente susceptibles, respetar las horas de sueño ajustando los horarios de medicaciones etc ( tanto de noche, como horario de siesta), hacer ejercicios de reorientación de los pacientes y reducir las medicaciones con efectos anticolinérgicos. Y mediante medidas farmacológicas ( haloperidol) administrado en las fases iniciales del delirio, que será detectado precozmente mediante escalas validadas. Con ello esperamos hacer menos traumática la estancia en UCI de enfermos y familiares, reducir la incidencia de delirio y con ello el número de días de intubación, la estancia en UCi, la necesidad de inmovilización mecánica, la necesidad de sedación y reducir también la estancia post-uci y el riesgo de deterioro neurológico de estos enfermos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Establecer monitorización del delirio en todos los enfermos ingresados en la UCI polivalente del hospital Miguel Servet de Zaragoza, criterios DSM-IV en los no intubados y escala de CAM-ICU en los intubados.  
2.- Implantar medidas educativas en enfermería y protocolizar la "NECESIDAD DEL SILENCIO Y EL PELIGRO DEL RUIDO " en nuestras dependencias  
3.- Implantar medidas educativas en enfermería y personal sanitario sobre "LA NECESIDAD DE RESPETAR E IMPLEMENTAR EL DESCANSO NOCTURNO DE LOS ENFERMOS EN UCI".  
4.- Implementar el uso de gafas, audífonos, radios, relojes en pacientes conscientes que estén ingresados en UCI, así como la posesión de fotografía familiares, revistas, libros y cualquier otro útil factible de usarlo en UCI y que reoriente al enfermo.  
5.- Ante pacientes de riesgo potencial o en las primeras fases del delirio hacer la compañía de la familia más asequible para revertir o evitar la aparición de esta patología,  
6.- Reducir revisando la medicación día a día el uso y el mantenimiento de fármacos anticolinérgicos.  
7.- Tratar el delirio en sus fases más tempranas farmacológicamente, para conseguir reducir el uso de neurolépticos tanto en dosis como en número de días y mejorar su efectividad  
8.- Tratar el dolor adecuadamente para que no desemboque en delirio  
9.- Hacer ventanas de sedación diarias en los enfermos intubados y que sea factible por su situación clínica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Incidencia de delirio en enfermos intubados tras implantar las medidas ( incidencia en tres cortes transversales que se han realizado, actual, 62% y sin protocolizar medidas)  
- Incidencia de delirio en enfermos no intubados tras implantar las medidas (incidencia en tres cortes transversales que se han realizado actualmente 48% y sin protocolizar medidas)  
- % de pacientes en nuestras dependencias que no duermen o tienen sueño reparador por las noches (incidencia en tres cortes transversales que se han realizado, actualmente, no duermen el 82%, sin protocolizar ni realizar educación sanitaria)  
- % de pacientes en nuestras dependencias a los que les molesta el ruido y lo han manifestado (incidencia en tres cortes transvesales que se han realizado actualmente 72%, sin protocolizar ni realizar educación sanitaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. LA DURACION SERIA DE 1 AÑO Y LA IDEA ES IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS NO

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

025

**GESTION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO**

FARMACOLÓGICAS Y FARMACOLÓGICAS DURANTE TODO EL PROCESO Y A LO LARGO DEL TIEMPO, PARA CONVERTIRLAS EN RUTINA DE ACTUACIÓN Y REDUCIR CON ELLO LA INCIDENCIA DE DELIRIO Y LOS FACTORES DESENCADENANTES DEL MISMO ( AISLAMIENTO, MALA VISIÓN. SORDERA), DOLOR, FALTA DE SUEÑO, RUIDOS EN UCI MOLESTOS.

PARA ELLO SE HARÍAN CHARLAS EDUCACIONALES E INFORMALES DENTRO DE LA ASISTENCIA DIARIA EN UCI A ENFERMERÍA, SE PRESCRIBIRÍAN ORDENES MÉDICAS COMO DISMINUIR EL RUIDO Y RESPETAR EL SUEÑO Y SE MONITORIZARÍA LA REPERCUSIÓN DE LAS MISMAS EN LA ASISTENCIA...MENSUALMENTE SE VALORARÍA LA INCIDENCIA DE CASOS DE DELIRIO DETECTADOS y SI UNA VEZ DETECTADOS SE HAN SOLVENTADO RÁPIDAMENTE ( Actualmente un enfermo con delirio en nuestraUCi, tarda en ser controlado y encontrarse en su situación previa una media de 5,8 días, según tres cortes transversales realizados

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. delirio en el enfermo crítico

OTRA PALABRA CLAVE 2. sueño en uci, ruido en uci, dolor en uci

## 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

236

**ATENCIÓN URGENTE A PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) Y POSTERIOR CANALIZACIÓN A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS (UEAS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET****2. RESPONSABLE** ..... MARIA DOLORES PAMPLONA NERI

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- VELILLA MARCO JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- PARRILLA HERRANZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- PEREZ CAMACHO LUIS MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- SAEZ COMET LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Desde asociaciones de pacientes con lupus (ALADA) se nos ha informado de los problemas que sufren estos pacientes cuando precisan acudir a Urgencias. Los pacientes con LES que seguimos en la UEAS, llegan a Urgencias con su informe de consulta, explican lo que les hace acudir a este servicio de urgencias y en ocasiones son ingresados en nuestro centro sin ponerlo en conocimiento de la UEAS. Se produce así una descoordinación entre la atención urgente y la atención crónica de estos pacientes. Se proponen unas directrices de actuación para el servicio de Urgencias y de coordinación entre este servicio y la UEAS, donde se realiza el seguimiento habitual de estos pacientes. Estas directrices, van dirigidas a no duplicar esfuerzos y recursos y mejorar la atención urgente a pacientes con LES.

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

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.**
- Descartar patologías urgentes en pacientes con LES.
  - Coordinar la atención urgente a pacientes con LES entre el servicio de Urgencias y la UEAS.
  - Canalización más rápida de los pacientes en brote hacia la consulta de UEAS
  - Diminución del tiempo de espera de pacientes con LES en el Servicio de Urgencias
  - Disminuir la proporción de ingresos de pacientes con LES

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

- Creación de un protocolo de atención en Urgencias a pacientes con LES.

- Creación de una vía de comunicación entre Urgencias y UEAS.
- Sesión clínica en Urgencias para explicar el proceso y el protocolo.
- Consulta rápida en UEAS para pacientes con LES derivados desde Urgencias.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Número de pacientes atendidos en Urgencias valorados posteriormente en UEAS.

Número de pacientes con lupus ingresados desde servicio de Urgencias.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Abril y mayo 2014: creación de protocolo y sesión clínica en Urgencias. Junio 2014: inicio del protocolo de derivación de los pacientes desde Urgencias a UEAS. Abril y mayo 2015: evaluación del protocolo y valoración sobre su continuidad.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO****OTRA PALABRA CLAVE 1. URGENCIAS****OTRA PALABRA CLAVE 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO****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

222

**ABORDAJE PROTOCOLIZADO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN OCULAR DETECTADA EN ATENCIÓN URGENTE**

## 2. RESPONSABLE ..... SUSANA PEREZ OLIVAN

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- GÜERRI MONCLUS NOEMI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- POLO LLORENS VICENTE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- LARROSA POVES JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRANDEZ ARENAS BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- PIZARRO THOMPSON PABLO. MIR. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- PINILLA BOROBIA JUAN. MIR. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El glaucoma agudo representa una de las principales urgencias oftalmológicas. Su diagnóstico precoz y correcto abordaje son fundamentales para evitar un daño irreversible en la capa de fibras nerviosas de la retina. Aunque la presentación clínica no tiene mucha variabilidad, la etiopatogenia del glaucoma agudo sí la tiene, y en función de ella cambia la forma de tratar. Por ello, es intención del servicio de oftalmología del Hospital Universitario Miguel Servet establecer un protocolo para el diagnóstico diferencial de la hipertensión ocular en urgencias y su tratamiento, basado en la evidencia.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Facilitar la determinación de las situaciones urgentes en pacientes con hipertensión ocular. Mejorar la precisión en el diagnóstico etiopatogénico y el tratamiento urgente. Ayudar al residente de guardia a mejorar sus habilidades en el manejo de las hipertensiones oculares. Determinar las líneas iniciales de seguimiento, tratamiento y derivación en función de la categoría de hipertensión ocular diagnosticada. Creación de una base de datos para el registro de las hipertensiones oculares que nos permita valorar su epidemiología en nuestra región, la eficacia del protocolo para el diagnóstico/tratamiento y sus resultados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Protocolo para el diagnóstico diferencial de las hipertensiones oculares.

2. Protocolo para el diagnóstico diferencial entre glaucoma agudo de ángulo cerrado primario y secundario.

3. Protocolo para el tratamiento inicial urgente del glaucoma agudo en sus distintas categorías.

4. Reuniones de consenso entre residentes y sección de glaucoma para determinar las líneas iniciales de seguimiento, tratamiento y derivación en función de la categoría de hipertensión ocular diagnosticada.

5. Creación de base de datos para el registro de las hipertensiones oculares en urgencias, su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se creará un registro de las actividades realizadas dentro de la línea de mejora, fundamentalmente protocolos publicados y reuniones de consenso entre residentes y sección de glaucoma.

En una base de datos, se recogerá la información respecto a las hipertensiones oculares diagnosticadas en urgencias.

## INDICADORES:

Protocolo aprobado y publicado por la UCA.

Nº de pacientes tratados de forma urgente por glaucoma agudo dividido entre el nº de pacientes diagnosticados con hipertensión ocular en urgencias

Nº de pacientes diagnosticados de hipertensión ocular registrados en la base de datos dividido para el nº de pacientes con diagnóstico de hipertensión ocular en el PCH

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: MAYO 2014

FINALIZACIÓN: DICIEMBRE 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

222

**ABORDAJE PROTOCOLIZADO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN OCULAR DETECTADA EN ATENCIÓN URGENTE**

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes vistos en urgencias de oftalmología con glaucoma agudo

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. ....             | 2 Poco     |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

488

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCIÓN AL RECHAZO DE TRASPLANTE DE CÓRNEA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PEREZ ROCHE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IDOIBE CORTA MIRIAM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- SANCHEZ PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El rechazo agudo de un trasplante corneal a pesar de ser una situación poco frecuente requiere la instauración precoz del tratamiento correcto para evitar el fracaso del injerto. En ocasiones los propios pacientes no detectan los primeros síntomas o si los detectan no les dan la importancia que requieren.

El diagnóstico correcto y la instauración de un tratamiento protocolizado ayudará a evitar demoras que pueden suponer un fracaso del injerto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La instrucción al paciente sobre signos y síntomas de alarma por los que debe consultar puede acelerar el comienzo del tratamiento. La instauración de un protocolo común por parte de todos los profesionales que atienden esta patología evitará la variabilidad individual y puede mejorar el pronóstico de este proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisión bibliográfica sobre rechazo trasplante corneal. Dra Pérez Roche

2.- Elaboración de propuesta de protocolo de tratamiento. Dra Pérez Roche

3.- Reunión con los responsables de la sección de córneas para consensuar el protocolo. Dra Pérez Roche, Dra. Idoipe. Dr. Sánchez

4.- Inclusión en la hoja de información que se entrega al paciente de los signos y síntomas de rechazo. Dra Pérez Roche, Dra. Idoipe

5.- Comunicación del protocolo al servicio de oftalmología. Dra. Pérez Roche, Dra. Idoipe

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de pacientes que consultan dentro de las primeras 72 horas tras el inicio de los síntomas/ n° de rechazos agudos. Objetivo 2014: 80%  
Revisión de historias clínicas de urgencias con diagnóstico de rechazo de trasplante.

N° de tratamientos instaurados según el protocolo/ n° de tratamientos instaurados. Objetivo 2014: 70%  
Revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de rechazo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio abril 2014. Final junio 2015

Revisión bibliográfica sobre rechazo trasplante corneal. Abril 2014

Elaboración de propuesta de protocolo de tratamiento. Mayo 2014

Reunión con los responsables de la sección de córneas para consensuar el protocolo. Mayo 2014

Inclusión en la hoja de información al paciente de los signos y síntomas de rechazo. Junio 2014

Comunicación del protocolo al servicio de oftalmología. Junio 2014

Revisión de indicadores. Abril, mayo, junio 2015

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Rechazo trasplante corneal

## 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. ....                       | 2 | Poco     |
| 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

055

**GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008****2. RESPONSABLE** ..... MARIA PEREZ SALILLAS

- Profesión ..... VETERINARIO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- VERA CEAMANOS MIGUEL. HOSTELERO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
- SEGURA AZNAR MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
- MONCLUS ARRIETA CARLOS. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
- GARCIA BLASCO SACRAMENTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** 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 se han establecido indicadores de calidad que nos permiten 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: Control de proveedores, abastecimiento (recepción y almacenamiento), elaboración y distribución de las dietas hospitalarias. Así como, gestión de personal, formación y gestión de equipos, incluyendo la limpieza y desinfección de los mismos.

Motivación y participación de personal, así como mejorar la gestión de los recursos

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** Se han elaborado y descrito todos los procedimientos, instrucciones técnicas y formatos.

Se ha formado al personal de cocina sobre la Norma UNE-EN ISO 9001, fomentando la participación conjunta del Servicio de cocina para poder implantar dicha norma.

Se han establecido indicadores para cada uno de los procesos clave, así como objetivos para el año 2014, empezando a evaluar alguno de ellos desde Enero 2014.

Se ha realizado una auditoria interna (13-03-2014)

**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.

Cumplir los estándares de cada uno de los indicadores y objetivos planteados

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** - Revisión por la dirección

- Auditoria externa
  - Integración del Plan APPCC en la norma ISO 9001. Responsable: Responsable ISO
  - Mejorar el sistema de trazabilidad: Incorporar etiquetas informatizadas con código de barras de lectura para facilitar el proceso de trazabilidad de alimentos, reduciendo la posibilidad de errores y facilitando la rapidez del proceso.
  - Disponer de un sistema de control de temperatura en continuo con alarmas de las cámaras.
  - Gestión de equipos: identificación completa, calibración y verificación de equipos, seguimiento del plan de mantenimiento preventivo. Responsable: MJSA
  - Encuestas de satisfacción a clientes: realizar encuestas para recabar información de los pacientes.
- Responsable: MVC

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** - Control de las compras: proveedores y artículos/víveres.

Periodicidad: semestral

o El 80% de concordancia entre la marca adjudicada en el concurso de víveres con la marca suministrada para productos no perecederos.

o El 80% de pedidos de alimentos perecederos suministrados en los que la cantidad solicitada se corresponde con la suministrada del total de pedidos realizados.

- Elaboración: 90% de resultados satisfactorios de temperatura de condimentación (elaboración). Periodicidad: Semestral

- Tipificación del registro de no conformidades e incidencias: Control mediante un registro informático para

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

055

**GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008**

aplicar medidas correctoras y verificar su eficacia. Periodicidad: Trimestral

- Cualificar al personal de cocina en materia de higiene alimentaria: 80% % de personal que trabaja en cocina que ha recibido formación en materia de higiene alimentaria en periodo inferior a 4 años. Periodicidad: Semestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión por parte de la dirección- Abril 2014
- Auditoria externa: Abril- Mayo 2014
  - Seguimiento y cierre de no conformidades abiertas en auditoria interna: Año 2014
  - Formación del personal en materia de higiene alimentaria: Junio-Julio 2014.
  - Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Año 2014-2015.

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

OTRA PALABRA CLAVE 1. mejora

## 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. ....             | 3 Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

221

**AMPLIACION Y DIFUSION DEL USO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN PROCEDIMIENTOS COMUNES EN OFTALMOLOGIA****2. RESPONSABLE** ..... JUAN PINILLA BOROBIA

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- PEREZ OLIVAN SUSANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- SANCHEZ PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- RODRIGO SANJUAN MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- PEREZ ROCHE MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Día tras día estamos incorporando nuevos procedimientos de carácter más o menos invasivos en la atención especializada oftalmológica. Es deber de los profesionales implicados ser capaces de transmitir a los pacientes la información necesaria para su entendimiento, de tal manera que puedan participar en las decisiones clínicas sobre su salud. Una herramienta muy útil, al margen de la información verbal, es el consentimiento informado (CI) escrito. Esta fórmula, contemplada en el código deontológico, no se utiliza todo lo que se pudiera o debiera en nuestro servicio de oftalmología. Por ello, es nuestra intención instaurar un equipo de trabajo para:

- actualizar los CI ya existentes,
- analizar procedimientos y actuaciones que sean subsidiarias de ser descritas en un CI
- revisar la bibliografía para una correcta descripción de los procedimientos, indicaciones, posibles complicaciones y efectos secundarios, objetivos y expectativas de su realización
- instruir al equipo de profesionales del servicio para que sean entregados a los pacientes y registrados en la historia clínica
- Crear un acceso directo desde los ordenadores del servicio para obtener lo CIs, a parte de tenerlos subidos en la intranet.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En primer lugar, la satisfacción del paciente de no verse desorientado en los distintos pasos para el abordaje de su problema. Con ello ganaremos su complicidad para futuras visitas, se experimentará una mejoría en la relación médico- paciente y el paciente siempre firmará a sabiendas y entendiendo lo que firma. Además, un correcto manejo de los CI puede evitar problemas de índole legal que se amporen en la desinformación del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunirse para determinar cuantos CIs nos proponemos realizar. Repartir equitativamente el trabajo para que cada miembro dirija la redacción y/o revisión de los CIs. Aunque cada CI se asigne individualmente, todos los miembros del equipo y los profesionales del servicio ayudarán a resolver los problemas/dudas que puedan surgir durante la elaboración.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de consentimientos entregados/ procedimientos realizados  
Número de consentimientos aprobados/número de procedimientos considerados inicialmente como susceptibles de tener un CI  
Se establecerá una forma eficaz de revisión de historias para comprobar que los CIs son entregados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: MAYO 2014  
FINALIZACIÓN: DICIEMBRE 2014

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

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes del servicio de oftalmología que vayan a ser sometidos a un procedimiento invasivo

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

487

## 1. TÍTULO

**PROTOKOLO DE MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (ECG) EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

## 2. RESPONSABLE ..... ANA PORTOLES OCAMPO

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERRER CASTEJON ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- FRANCO SOROLLA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- ASSO ABADIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- PES LAGUNA MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- CORTES GRACIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
- MOYANO BENITO GREGORIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los sistemas de monitorización (electrocardiográfica) ECG de las Salas de Observación de Urgencias permiten la grabación continua del ritmo cardiaco de pacientes en los que se sospecha origen cardiogénico/arritmogénico de su sintomatología, o en aquellos en los que podrían generarse eventos arrítmicos, como en el síndrome coronario agudo o la miocarditis aguda.

Los recursos son limitados, no se dispone de monitorización ECG para todos los pacientes ingresados en las Salas de Observación, así que es necesario seleccionar el perfil de paciente que se va a beneficiar de dicho procedimiento. Hasta ahora, esta selección se realiza a criterio clínico del médico que atiende al paciente, y la duración de la monitorización varía, también, en función del médico que continua a cargo del paciente. Esto se traduce en una gran variabilidad de uso entre los distintos profesionales.

Ocurre, además, que una vez dada la orden de monitorización ECG como parte del tratamiento del paciente, éste no ingresa en planta si no se dispone de monitorización en hospitalización, lo que prolonga de forma innecesaria la estancia del paciente en las Salas de Observación. Así, resultará beneficioso el disponer de unos criterios unificados en cuanto a tiempos de monitorización ECG según patología.

Con este protocolo pretendemos homogeneizar el uso de la monitorización ECG. Supondrá una guía de actuación para el médico, con la colaboración de enfermería en cuanto a información al paciente, seguimiento y detección de alarmas, y por tanto, aportará seguridad al paciente atendido en nuestro Servicio de urgencias.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Optimizar el recurso de la monitorización ECG en Urgencias.

2. Seleccionar de forma homogénea el perfil de paciente a quien se va a monitorizar.
3. Mejorar la atención del paciente cardiópata o del paciente en situación semicrítica.
4. Evitar estancias prolongadas en Salas de Observación, para pacientes que ya estén ingresados a cargo de otro servicio, generalmente a cargo de Cardiología.
5. Aportar seguridad al médico en la decisión de iniciar, mantener o finalizar el periodo de monitorización ECG.
6. Aportar seguridad a enfermería en cuanto a modo de operar en pacientes monitorizados.
7. Mejorar la colaboración entre médicos y enfermería de Urgencias al seguir ambas partes las mismas pautas de actuación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Urgencias y Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet, en el que participen tanto médicos como personal de enfermería, para elaborar un protocolo que sirva como guía de actuación en cuanto a monitorización ECG, para cada una de las principales patologías cardiacas.

2. Elaboración de un tutorial del procedimiento y uso de la monitorización ECG dirigido a enfermería del Servicio de Urgencias.
3. Adaptación del formato del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet (Abril-2008), para que esté disponible en la página web del Salud del Sector Zaragoza II.
4. Impresión de este protocolo en papel, para que se pueda consultar con inmediatez en los despachos de trabajo y en las tres salas de Observación del Servicio de Urgencias.
5. Presentación del protocolo en los Servicios de Urgencias y de Cardiología, en forma oral, como sesión clínica para cada Servicio.
6. Análisis de los datos recogidos y grabados por los sistemas de monitorización, y registrados por enfermería, para comprobar si se han aplicado correctamente las pautas ofrecidas.
7. Elaboración de conclusiones y modificación del protocolo para mejorar los criterios de monitorización ECG.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Usaremos dos indicadores de adecuación del protocolo a la práctica clínica, mediante revisión de motivo y tiempos de monitorización:

1. La inadecuación de la monitorización en patología cardiaca: monitorización por patología cardiaca sin criterios de indicación según protocolo, del total de pacientes monitorizados.
2. Monitorización prolongada no justificada: pacientes a los que no se retira la monitorización según protocolo, del total de pacientes monitorizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de un año, para crear, implementar,

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

487

**PROTOKOLO DE MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (ECG) EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

revisar y corregir finalmente el protocolo.

La fechas propuestas son:

- Abril 2014: Constitución del grupo de mejora y elaboración del protocolo de monitorización ECG.
- Mayo 2014: Adaptación del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet
- Junio 2014: Presentación del protocolo en los Servicios de Urgencias y de Cardiología, tanto en formato papel como en exposición oral, en forma de sesión clínica a cada Servicio.
- Los tres siguientes trimestres: Aplicación práctica del protocolo, con recogida de datos, para reevaluación de las pautas consensuadas, al final de este periodo.

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. Servicio de Urgencias en general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. optimizar

OTRA PALABRA CLAVE 2. monitorización

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

200

**ADECUACION DE CONSULTAS DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS DESDE ATENCION PRIMARIA A URGENCIAS HOSPITALARIAS**

2. RESPONSABLE ..... JAVIER POVAR MARCO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BLANCO TORRECILLA CRISTIAN. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
  - ISLA COBETA JORGE. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
  - URIOL GOSS VIVIANA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
  - RICARTE URBANO ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
  - HERRER CASTEJON ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
  - MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente crónico complejo 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 creó 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, durante el año 2013, en el Centro de Salud Almozara, se comenzó a realizar la captación de estos pacientes para así desarrollar un plan de actuación integral (funcional, mental, clínico y social) del paciente y su entorno familiar colaborando conjuntamente con la Unidad de Valoración Sociosanitaria

Siguiendo en esa misma línea, nos planteamos el objetivo de valorar la adecuación de las consultas (derivaciones desde primaria, derivaciones desde 061 y/o petición propia) de estos pacientes a Urgencias de nuestro Hospital de referencia en función de si preciso ingreso hospitalario y/o en sala de observación y/o derivación preferente a consultas externas especializadas así como los costes derivados de éstos (humanos, sociales, económicos y sanitarios) con el objetivo final de realizar un protocolo de derivación y atención que mejore la calidad asistencial en el paciente crónico complejo

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Captar todos los pacientes crónico complejos del CS Almozara
2. Detectar todos los pacientes crónico complejos de CS Almozara que acuden a Urgencias de hospital de referencia (derivación desde centro de salud, derivación por 061, iniciativa propia)
  3. Valorar la adecuación de la consulta a Urgencias
  4. Comprobar tiempo medio de estancia en Urgencias desde su llegada hasta el ALTA
  5. Precisar aquellos pacientes que han requerido pruebas complementarias de manera Urgente así como el coste económico medio por asistencia (analítica, radiodiagnóstico, transporte sanitario...)
  6. Conocer el número de pacientes que acudieron inicialmente y que precisaron nueva consulta a Urgencias por el mismo motivo tras valoración inicial
  7. Determinar frecuencia de eventos adversos derivados de la Atención Hospitalaria
  8. Establecer protocolo de actuación bidireccional (Atención Primaria <=>Urgencias) del paciente crónico complejo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Captar todos los pacientes crónico complejos del CS Almozara  
Diseñar tabla EXCEL para la captación de pacientes crónico complejos según criterios previamente establecidos

2.- Detectar todos los pacientes crónico complejos CS Almozara que acuden Urgencias  
Habilitar mediante acceso informático sistema que integre base de datos de PCC de CS Almozara a sistema informático PCH y de este modo remitir un correo electrónico a una dirección establecida cada vez q uno de estos pacientes de sus datos en admisión de Urgencias de Hospital Miguel Servet

3.- Valorar la adecuación de la consulta a Urgencias  
Definimos como adecuación de consulta aquel paciente que precise ingreso hospitalario y/o en sala de observación y/o remisión preferente a consulta especializada

4.- Comprobar tiempo medio de estancia en Urgencias desde su llegada hasta el ALTA  
Determinar a través de PCH el tiempo transcurrido desde triaje hasta alta hospitalaria (domicilio, traslado a otro centro, ingreso, exitus, fuga)

5.- Precisar aquellos pacientes que han requerido pruebas complementarias de manera Urgente así como el coste económico medio por asistencia (analítica, radiodiagnóstico, ambulancias...)

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

200

**ADECUACION DE CONSULTAS DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS DESDE ATENCION PRIMARIA A URGENCIAS HOSPITALARIAS**

Registrar pruebas complementarias realizadas  
Analizar coste medio por atención

6.- Conocer el número de pacientes que acudieron a Urgencias inicialmente que precisaron nueva consulta a Urgencias por el mismo motivo tras alta inicial  
Realizar un seguimiento durante el período de 2 semanas tras valoración en Primaria y/o Urgencias y comprobar si requirió nueva asistencia por mismo motivo

7.- Determinar frecuencia de eventos adversos derivados de la Atención Hospitalaria  
Registrar eventos adversos ajenos a la derivación inicial (iatrogenia, procesos infecciosos, RAMS...)

8.- Establecer protocolo de derivación Primaria-Urgencias del paciente crónico complejo  
Codificar diagnóstico desde triaje: "Paciente crónico complejo"  
Creación pestaña "PCC" en panel de datos del paciente de programa Urgencias PCH  
Crear un protocolo con criterios claros de derivación y actuación en el PCC bidireccional entre Atención Primaria y Urgencias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Indicador de captación:
- Nº pacientes que cumplen criterio de crónico complejos/total de pacientes crónicos a partir del 1 mayo de 2014 x 100
  - periodo de observación: mayo 2014- mayo de 2015
  - Fuente de datos: programa OMI
  - Responsable de obtención de datos: Clara Pueyo Salavera
- 2- Indicador de consulta a Urgencias:
- Total de paciente PCC que acuden a Urgencias(derivación desde Centro de salud, derivación por 061 y/o iniciativa propia)/ total de PCC captados a partir del 1 mayo de 2014 x 100
  - periodo de observación: mayo 2014- mayo de 2015
  - Fuente de datos: programa OMI
  - Responsable de obtención de datos: Cristian Blanco Torrecilla
- 3- Indicador de adecuación de consulta:
- Total de pacientes PCC que acuden a Urgencias/ total de PCC ingresados a partir del 1 mayo de 2014 x 100  
Total de pacientes PCC que acuden a Urgencias / total de PCC que permanecen en sala de observación de Urgencias a partir del 1 mayo de 2014 x 100  
Total de pacientes PCC que acuden a Urgencias / total de PCC remitidos de manera preferente a consulta especializada a partir del 1 mayo de 2014 x 100
  - periodo de observación: mayo 2014- mayo de 2015
  - Fuente de datos: programa PCH. Intranet. Historia electrónica unificada
  - Responsable de obtención de datos: Jorge Isla Cobeta. Vivian Uriol Goss
- 4- Indicador tiempo estancia Urgencias
- Tiempo total Urgencias PCC que acuden Urgencias/total de PCC que acuden a Urgencias a partir del 1 mayo de 2014 x 100
  - periodo de observación: mayo 2014- mayo de 2015
  - Fuente de datos: programa PCH
  - Responsable de obtención de datos: Javier Povar Marco
- 5- Indicador recursos empleados
- Total PCC captados que acuden a Urgencias con pruebas complementarias realizadas/total de PCC que acuden a Urgencias a partir del 1 mayo de 2014 x 100  
Coste económico total pruebas realizadas en Urgencias a PCC / total de PCC que acuden a Urgencias a partir del 1 de mayo de 2014
  - periodo de observación: mayo 2014- mayo de 2015
  - Fuente de datos: programa PCH. Intranet. Historia electrónica unificada
  - Responsable de obtención de datos: Elena Ricarte Urbano
- 6- Indicador reevaluación en Urgencias:
- Total de PCC que acuden sin criterios de "adecuación" inicial / total de pacientes crónicos complejos que requirieren reevaluación en Urgencias en las dos semanas siguientes de primera visita a partir del 1 mayo de 2014 x 100
  - periodo de observación: mayo 2014- mayo de 2015
  - Fuente de datos: programa PCH y OMI. Intranet. Historia electrónica unificada
  - Responsable de obtención de datos: Ana Herrer Castejón
- 7- Indicador de efectos adversos:
- Total de efectos adversos registrados/total de pacientes crónicos complejos que acudieron a Urgencias a partir del 1 mayo de 2014 x 100
  - periodo de observación: mayo 2014- mayo de 2015
  - Fuente de datos: programa PCH y OMI. Intranet. Historia electrónica unificada
  - Responsable de obtención de datos: Almudena Marcos Iñiguez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

200

## 1. TÍTULO

**ADECUACION DE CONSULTAS DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS DESDE ATENCION PRIMARIA A URGENCIAS HOSPITALARIAS**

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

Fecha de finalización: Mayo 2015

Calendario:

Actividades 2014

M	J	Jl	A	S	O	N	D	E	F	M	A	2015
---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

Captación de pacientes crónico

complejos

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Detección de consultas Urgencias

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Medición adecuación de

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

356

**ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CONJUNTIVITIS DEL RECIÉN NACIDO****2. RESPONSABLE** ..... ESTHER PRIETO CALVO

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

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

- GONZALEZ VIEJO INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- PUEYO ROYO VICTORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRER NOVELLA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La conjuntivitis del recién nacido es una forma de conjuntivitis de presentación hiperaguda que se inicia en los primeros 28 de días de vida, con un pronóstico variable en función del agente etiológico implicado, pudiendo originar importantes secuelas visuales, incluso ceguera, en el caso del gonococo y de los virus herpes.

Con mayor frecuencia la infección del recién nacido (RN) suele adquirirse durante el paso por el canal del parto, existiendo transmisión hasta en el 50% de los RN de madres infectadas cuando no reciben una correcta profilaxis. En Europa se ha reducido la incidencia de conjuntivitis neonatal de un 10% a menos de un 1% desde la implantación de la profilaxis en el momento del parto (en nuestro medio estandarizada con la aplicación tópica de pomada oftálmica de eritromicina 0.5% en la primera hora tras el nacimiento).

Ante un caso probable de conjuntivitis neonatal (alta sospecha clínica) es primordial actuar de forma coordinada para no demorar el diagnóstico de confirmación e instaurar cuanto antes el tratamiento específico.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Detección y tratamiento precoz de los casos de conjuntivitis neonatal con el objeto de prevenir posibles secuelas visuales.

Regularizar, unificar y coordinar la asistencia y actuación de los profesionales médicos implicados (pediatras, neonatólogos, oftalmólogos y microbiólogos) ante un caso de conjuntivitis del RN.

Optimización los recursos en lo referente a la obtención de las muestras (frotis faringoamigdalares y exudado conjuntival) y el diagnóstico microbiológico.

Minimizar el tiempo de demora entre el envío de las muestras y la obtención de resultados del estudio microbiológico en los casos confirmados.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1.

Desde los servicios de Neonatología y Urgencias pediátricas del Hospital Materno-infantil se realizará la notificación de casos PROBABLES, es decir, con alta sospecha clínica, y se pondrá en marcha el dispositivo, que incluirá la notificación del caso y solicitud de valoración por parte del oftalmólogo, quién confirmará el caso.

2. Generar un sistema de notificación de casos probables mediante interconsulta urgente al servicio de oftalmología.

3. En los casos confirmados, toma y recogida de muestras para estudio microbiológico (frotis faringoamigdalares por el pediatra y exudado conjuntival por el oftalmólogo si procede al final de la exploración).

4. Los casos probables no confirmados no precisarán estudio microbiológico y serán atendidos por su pediatra u oftalmólogo según la patología.

5. Consenso con el servicio de microbiología para la elaboración de un volante de petición y remisión de muestras ("Protocolo conjuntivitis neonatal"), así como la prioridad para la lectura del GRAM que deberá tener carácter URGENTE frente a las demás pruebas complementarias.

6. Consenso con los servicios de neonatología y microbiología para la definición de las pautas de tratamiento y medidas locales de higiene ocular e irrigación con suero salino.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. Registro del número de casos PROBABLES (alta sospecha clínica) detectados que reciben confirmación con diagnóstico microbiológico y tratamiento específico.

2. Tiempo transcurrido entre la toma-remisión de las muestras para estudio microbiológico y la obtención de resultados de lectura del GRAM.

3. Porcentaje de éxitos (curación sin secuelas) con la instauración del tratamiento en los casos confirmados

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Fecha de inicio: 01/06/2014

Fecha de finalización: 31/12/2014

Cronograma:

- Definición de los criterios clínicos de caso probable, diagnósticos de exclusión y características clínicas de las formas etiológicas más prevalentes en nuestro medio (01/06/2014-15/06/2014)

- Elaboración de un volante de petición y remisión de muestras para estudio microbiológico dentro de una línea de actuación en conjuntivitis del RN (16/06/2014-15/09/2014)

- Establecer la metodología y procedimiento para la toma, transporte y recepción de las muestras (15/09/2014-30/09/2014)

- Consensuar el protocolo de pruebas complementarias en el estudio microbiológico y sus niveles de prioridad (01/10/2014-31/10/2014)

- Consensuar el algoritmo terapéutico y posología de los tratamientos a instaurar (01/11/2014-30/11/2014)

- Redacción, presentación y difusión del protocolo (1/12/2014-30/12/2014)

1. TÍTULO

**ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CONJUNTIVITIS DEL RECIÉN NACIDO**

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. recién nacidos de menos de 1 mes de vida
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

346

**ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE REFRACCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS****2. RESPONSABLE** ..... VICTORIA PUEYO ROYO

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

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

- GONZALEZ VIEJO INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- PRIETO CALVO ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRER NOVELLA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención especializada de los Centros Médicos de Especialidades (CME) supone un eslabón fundamental en la asistencia médica. Un porcentaje importante de las primeras visitas solicitadas corresponden a pacientes en edad pediátrica, con características epidemiológicas y médicas diferentes a las de los adultos. Los problemas de refracción suponen la principal patología en este grupo. Si bien se trata de una patología leve en la mayoría de los casos, su correcto manejo repercute directamente en la función y desarrollo visual de los niños y en el número de pacientes derivados a unidades especializadas. La patología refractiva en la infancia requiere unos algoritmos claros diferentes a los utilizados en adultos, por lo que no siempre se trata adecuadamente.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Optimizar la asistencia oftalmológica a los niños atendidos en los CME del Sector II.

- Desarrollar una guía de refracción en edad pediátrica consensuada por todos los Especialistas de la Unidad de Oftalmología Pediátrica.

- Disminuir el número de pacientes pediátricos derivados a la Unidad de Oftalmología Pediátrica por problemas básicos de refracción.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión de bibliografía y guías existentes sobre refracción en edad pediátrica.

2. Desarrollo de la guía de refracción en edad pediátrica, mediante algoritmos que incluyan la edad del niño y la patología oftalmológica y sistémica asociada.

Para este punto se reunirán los 4 facultativos de la Unidad y se discutirá hasta llegar a un consenso basado en la evidencia científica.

3. Presentación de la guía a los facultativos del Servicio de Oftalmología, incluidos todos los que atienden en las consultas de los CME.

4. Distribución de la guía entre los facultativos y CME. Se dará especial importancia a garantizar el acceso a la misma a través de los ordenadores disponibles en todas las consultas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de Especialistas que han leído la guía de refracción para niños.

- Número de Especialistas que utilizan regularmente la guía.

- Número y porcentaje de niños con patologías refractivas derivados a la Unidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mayo-Junio/2014: Revisión bibliográfica y desarrollo de la guía.

- Finales de Junio/2014: Presentación de la guía.

- Julio-Noviembre/2014: Difusión y utilización por parte de los especialistas de los CME.

- Diciembre/2014: Revisión de los objetivos planteados y resultados.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Centros Médicos de Especialidades

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

021

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA PREOPERATORIA EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES ASA I**

## 2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD QUESADA GIMENO

- 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 UBIETO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- ORTEGA LUCEA SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- GIL BONA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 preoperatorias (edad, comorbilidad, 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. A los pacientes ASA I no se les solicitaría todas pruebas complementarias del preoperatorio que se solicitan actualmente, únicamente las imprescindibles, con el consecuente ahorro económico y iatrogénico.

Los servicios quirúrgicos que cuentan con mayor número de pacientes ASA I y menor comorbilidad son los de Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial y Cirugía General. Estos Servicios Quirúrgicos están ya informados de la implantación del nuevo preoperatorio

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantación de una guía de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio para pacientes ASA I, y en función de la edad, el sexo, y las comorbilidades del paciente. Aplicar la nueva guía en la consulta de valoración preanestésica, solicitando desde cada Servicio Quirúrgico implicado las pruebas necesarias en cada caso. Reducir el número de radiografía de tórax solicitadas preoperatoriamente. Reducir el número de estudios analíticos de laboratorio solicitados preoperatoriamente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Información e implantación de una guía de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio en función de la edad, el sexo y las comorbilidades del paciente (Javier Martínez Ubieto)

2. Elaboración y ejecución de una encuesta de satisfacción de la nueva guía entre los componentes del servicio de anestesia (hospital general). (Ana Pascual Bellosta)

3. Aplicación de la nueva guía en la consulta de valoración preanestésica del hospital general. (Sonia Ortega Lucea)

4. Valoración la reducción de pruebas complementarias (Radiografía de tórax y estudios de coagulación principalmente) conseguida con la aplicación de la nueva guía (Luis Muñoz Rodríguez)

5. Valorar la posible existencia de problemas derivados de la reducción en la solicitud de pruebas complementarias preoperatorias: retraso en el comienzo o programación de las intervenciones, insatisfacción por parte del equipo quirúrgico. (Jesús Gil Bona)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de anestelistas de acuerdo con la aplicación de la nueva guía / Total de anestelistas  
Número de pacientes sometidos a la nueva guía de solicitud de pruebas complementarias / Total de pacientes valorados en la consulta preoperatoria  
Número de Radiografía de tórax solicitadas con la aplicación de la nueva guía / Número de Radiografías de tórax solicitadas sin su aplicación  
Número de estudios de analítica solicitados con la aplicación de la nueva guía / N° estudios coagulación solicitados sin su aplicación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Información e implantación de la guía. ( Marzo 2014)

Elaboración y Ejecución de encuesta de satisfacción ( Noviembre 2014)

Aplicación de la nueva guía en la consulta de Anestesia ( durante el año 2014)

Valoración de la reducción de pruebas (Noviembre 2014)

Valoración de los problemas ocasionados. ( Noviembre 2014)

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

POBLACIÓN DIANA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

021

**OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA PREOPERATORIA EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES ASA I**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes pendientes de intervención quirúrgica

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. preoperatorio, ASA I

OTRA PALABRA CLAVE 2. pruebas complementarias

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

118

**PROTOCOLO PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA , REANIMACION Y TERAPEUTICA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SERRANO MARTINEZ ARACELI. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS PREANESTESIA
  - VALLES TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
  - NAVARRO ALONSO SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS PREANESTESIA
  - CARBONELL BERNAL ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
  - COMBARROS VILLANUEVA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS PREANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el H.U.M.S. se atienden un elevado número de pacientes en el quirófano, todos ellos deben pasar previamente por la consulta de preanestesia. Como requisito imprescindible está la recogida del consentimiento informado (CI) debiendo figurar en dicho documento la identificación del centro, del procedimiento, del paciente (familiar o representante legal), fecha y firma del médico y del paciente o representante legal que acepta el CI. Según el artículo 12.5 de la Ley 6/2002 de 15 de abril (de Aragón) dice al respecto de este documento: "debiéndose obtener con tiempo suficiente de manera previa al procedimiento y habiéndose otorgado la información pertinente, ya que el CI no se obtiene mediante la simple firma de un documento"; "en todos los casos en que el paciente haya expresado por escrito su CI, tendrá derecho a que se le de una copia del documento firmado". La obtención del CI es un derecho del paciente y un deber del médico, de ahí su importancia tanto para el paciente para comprender el procedimiento que se le va a realizar y poder aclarar dudas, como de su correcta cumplimentación para dejar constancia de este documento médico legal de gran importancia en la práctica clínica diaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir que los CI obtenidos estén además de correctamente cumplimentados, estén obtenidos de manera rigurosa en cuanto a la información que se oferta al paciente, obteniendo un documento medico-legal plenamente valido.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha dividido el trabajo entre distintas secciones del servicio de anestesiología del H.U.M.S., de manera que progresivamente se irán ampliando hasta completar todos y cada uno de los distintos ámbitos de trabajo. El objetivo es la excelencia en la obtención del documento de CI de los procedimientos que se realizan en el servicio de anestesiología , reanimación y terapéutica del dolor del H.U.M.S.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Comprobacion de los siguientes ítems:

- Fecha.
- Firma del paciente o representante legal.
- Firma del médico que informa.
- Nombre del médico que informa.
- Obtención del documento con más de 24 h de antelación al procedimiento en situaciones programadas.
- Asegurar que la información ofertada y obtenida es efectiva, comprobando que realmente ha podido informarse acerca del procedimiento (pudiendo leer dicho documento para poder formular preguntas al respecto).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La implantación se realizará de manera progresiva hasta controlar todos los procedimientos de las distintas secciones del H.U.M.S. con reuniones periódicas (trimestralmente) de los componentes del grupo de mejora para recabar los datos que se obtendrán directamente desde las consultas de preanestesia, lugar donde se debe realizar la obtención del documento de CI. Ya se ha comenzado la recogida de datos según los indicadores señalados. La duración dependerá del tiempo que resulte para poder implicar todas las secciones del servicio de anestesiología y reanimación.

11. OBSERVACIONES. Debido al elevado número de secciones del servicio de anestesiología y reanimación del H.U.M.S. en fases posteriores se debería poder admitir más de 7 colaboradores para poder proseguir el proyecto hasta su finalización.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

118

**PROTOCOLO PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA , REANIMACION Y TERAPEUTICA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

197

## 1. TÍTULO

**AVANZANDO EN LA MEJORA CONTINUA ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA, TRAS 4 AÑOS CERTIFICADOS 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.

- ABAD SAZATORNIL MARIA REYES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- LOPEZ MIRETE ANTONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- PERRINO GARCIA MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

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 afecta en el ambiente de trabajo.

El Servicio de Farmacia está certificado según la Norma ISO 2008:9001 desde el año 2011. Desde entonces se han realizado múltiples acciones y mejoras para aumentar la satisfacción de los clientes internos y externos con respecto al Servicio de Farmacia, así como para aumentar la satisfacción del personal del servicio y del clima laboral dentro del propio servicio.

Sin embargo, todo el esfuerzo realizado, no está siendo adecuadamente difundido a todo el personal del servicio, no consiguiendo mejorar el clima laboral ni la implicación necesaria de todo el personal en el sistema de calidad. Es necesario, realizar una reevaluación de todas las acciones realizadas en este periodo, difundirlas y trabajar en las deficiencias y problemas no solucionados hasta el momento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2011 se consiguió la certificación de la Norma ISO 9001:2008, manteniéndose hasta la actualidad. En este periodo, se han recogido más de 2000 incidencias, que conllevaron a la apertura de 55 "No Conformidades", e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia en consenso con la Dirección de Enfermería y las unidades de enfermería. Además, debido al resultado de los indicadores, se pudo observar la sobrecarga de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual

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

197

**AVANZANDO EN LA MEJORA CONTINUA ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA, TRAS 4 AÑOS CERTIFICADOS SEGUN LA NORMA ISO 9001:2008**

llevo a la implantación de un programa de capacitación. En todo este proceso tuvo la oportunidad de participar todo el personal del Servicio de Farmacia, realizándose varias sesiones de trabajo, con el objetivo de proponer mejoras e identificar problemas.

Por otro lado, estructuralmente, debido a las múltiples quejas de los clientes externos, se consiguió cambiar de sitio las consultas de atención farmacéutica a pacientes externos, y se realizaron cambios en el almacén de gran volumen para optimizar los espacios. Sin embargo, las principales mejoras estructurales necesarias que se debían a realizar en la zona de dispensación y laboratorio no fueron llevadas a cabo, afectando de manera considerable a los trabajadores.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir aumentar la satisfacción de la calidad de vida profesional de los trabajadores del Servicio de Farmacia, a través del conocimiento de las acciones tomadas hasta el momento, recordando todos los cambios que se han llevado a cabo y las acciones que se están tomando actualmente para conseguir corregir los problemas actuales del Servicio.

La colaboración de todo el personal es esencial para mantener cualquier sistema de calidad y conseguir la excelencia.

Se espera conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad, así como el cumplimiento de los protocolos por parte de las unidades.

Acciones que conlleven mejoras en la satisfacción de la calidad de vida profesional de los trabajadores, se debería traducir en una tasa inferior de incidencias de dispensación (actualmente elevada).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Análisis de todas las acciones de mejora de la calidad tomadas durante los últimos 4 años. Responsable: JM Real.

2.- Difusión a todo el personal del análisis de todas las acciones de mejora y del estado actual. Responsables: MR Abad, C Vinues, JM Real.

3.- Identificación de los principales problemas existentes actualmente e implantación de medidas correctivas y preventivas. Responsable: MR Abad, C Vinues.

4.- Registro de incidencias y de las soluciones o medidas implantadas. Responsables: MR Abad, C Vinues, JM Real.

5.- Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras. Responsables: MR Abad, C Vinues, JM Real.

6.- Desarrollar un programa formativo específico para el personal de enfermería. Responsable: MR Abad, C. Vinues, JM Real.

7.- Mejorar la capacitación del personal de enfermería mediante el reconocimiento de la categoría profesional de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Responsables: MR Abad, C Vinues, JM Real.

8.- Definir y difundir el procedimiento operativo de atención farmacéutica en pacientes de centros sociosanitarios. Responsables: JM Real, Responsables del área.

9.- Definir y difundir el procedimiento de formación pregrado realizada en el Servicio de Farmacia. Responsables: MR Abad, JM Real.

10.- Análisis de incidencias de proveedores. Responsables: A. López, R Huarte.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Realización de informe de evolución del sistema de calidad en los últimos 4 años. Objetivo: Sí.

2.- Sesiones de difusión: realización de 3 sesiones (una para facultativos, una para personal de enfermería del área de dispensación, una para personal de enfermería del área de laboratorio). Objetivo: Sí.

- Sesiones de trabajo para identificar problemas existentes y proponer soluciones: de 3 sesiones (una para facultativos, una para personal de enfermería del área de dispensación, una para personal de enfermería del área de laboratorio). Objetivo: Sí.

3.- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Objetivo: Realizar informe quincenal para responsables del Servicio.

4.- Realización de la encuesta de calidad de vida profesional. Objetivo: Sí.

5.- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Objetivo: >80%.

6.- Realizar plan de reconocimiento de la categoría profesional de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Objetivo: Sí.

7.- Personal de nueva incorporación capacitado. Objetivo: >85%.

8.- Elaboración de procedimiento operativo de atención farmacéutica en centro sociosanitarios. Objetivo: Sí.

9.- Elaboración de procedimiento de formación pregrado. Objetivo: Sí.

10.- Registro de incidencias de proveedores. Objetivo: Monitorizar.

11.- Análisis de incidencias de proveedores. Objetivo: Sesión trimestral para implantar medidas correctivas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Realización de informe de evolución del sistema de calidad en los últimos 4 años. Mayo 2014.

2.- Sesiones de difusión: realización de 3 sesiones (una para facultativos, una para personal de enfermería del área de dispensación, una para personal de enfermería del área de laboratorio). Junio 2014.

- Sesiones de trabajo para identificar problemas existentes y proponer soluciones: 3 sesiones (una para facultativos, una para personal de enfermería del área de dispensación, una para personal de enfermería del área de laboratorio). Septiembre 2014.

3.- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Objetivo: Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año.

4.- Realización de la encuesta de calidad de vida profesional. Abril 2014.

5.- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año.

6.- Reconocimiento de la categoría profesional de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Diciembre 2014.

7.- Personal de nueva incorporación capacitado. Todo el año.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

197

**AVANZANDO EN LA MEJORA CONTINUA ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA, TRAS 4 AÑOS CERTIFICADOS SEGUN LA NORMA ISO 9001:2008**

- 8.- Realización de procedimiento operativo de atención farmacéutica en centros sociosanitarios. Junio 2014.  
9.- Realización de procedimiento de formación pregrado. Junio 2014.  
10.- Registro de incidencias de proveedores. Todo el año.  
11.- Análisis de incidencias de proveedores. Reunión trimestral.

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**

199

**GESTION DE LA DEMANDA DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO MEDIANTE INFORMACION A TIEMPO REAL DEL COSTE DE LAS DETERMINACIONES ANALITICAS**

2. RESPONSABLE ..... LUIS RELLO VARAS
- Profesión ..... QUIMICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VENTURA VENTURA PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
  - GONZALEZ TARANCON RICARDO. BIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
  - FOUNAUD PLACER BELEN. QIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Como otros sectores de la economía de la salud, los laboratorios clínicos están bajo una presión creciente para eliminar ineficiencias y reducir costes, mientras se mantienen o incrementan los estándares de calidad. Sin embargo, hay un constante incremento en la solicitud de pruebas de laboratorio, que según los estudios se estima entre un 6 y un 10% anual.

Además, algunas publicaciones han sugerido que hasta el 70% de las decisiones clínicas se basan en datos de laboratorio, pero muchas de las pruebas que se solicitan no son estrictamente necesarias, o son redundantes, considerando que entre un 25 y un 40% de los análisis solicitados pueden ser cuestionables y la repetición innecesaria de pruebas podría situarse entre el 16 y el 30%.

Existen numerosos factores que han contribuido al aumento de la demanda del laboratorio clínico. Entre los atribuidos a los médicos peticionarios se podría destacar la adherencia rígida a protocolos exhaustivos motivados por una medicina defensiva y el seguimiento del curso clínico con una frecuencia de repeticiones superior a la necesaria, mientras que entre los atribuidos al laboratorio cabría señalar la existencia de equipos analíticos que facilitan el acceso rápido a muchas magnitudes, el desarrollo de nuevas pruebas (alguna de ellas introducida sin estar suficientemente evaluada) y la no eliminación de pruebas obsoletas.

A lo largo de los años se han propuesto distintas estrategias para promover un uso racional del laboratorio, siendo dos de ellas la limitación en la solicitud de determinadas pruebas e informar a los médicos de las cargas de trabajo o costes generados.

En este sentido, el desarrollo de los métodos de análisis y la detección de biomarcadores de gran cantidad de enfermedades está produciendo un notable incremento de las denominadas tecnologías "big-ticket", esto es, aquéllas con una escasa demanda pero con un coste individual muy alto. Un ejemplo en el Laboratorio de Bioquímica sería la realización de pruebas inmunológicas (autoanticuerpos, anticuerpos onconeuronales, etc.), siendo la mayoría de ellas enviadas a laboratorios externos. Para limitar en cierta medida estas solicitudes y no disparar el gasto sanitario relacionado con las pruebas diagnósticas, lo que se aconseja es que la tramitación de este tipo de análisis pase un filtro de "expertos" que revisen la historia del paciente. Sin embargo, la mayoría de estas solicitudes provienen de médicos especialistas y es difícil poder rebatir, desde el laboratorio, la idoneidad de dicha solicitud.

Sin embargo, existen también numerosos estudios que indican que cuando el médico solicitante es consciente del coste de cada una de las determinaciones se propicia que plantee con un mayor rigor la calidad de sus peticiones.

En la mayoría de las ocasiones, esta información del gasto es remitida de forma retrospectiva, de forma que los efectos del control de la demanda se suelen ir desvaneciendo conforme va pasando el tiempo desde que se recibe dicho informe económico. Por el contrario, la información a tiempo real del precio, cuando se genera la petición de análisis, sí que podría ser útil, por ejemplo, en la petición de paneles extensos con gran cantidad de pruebas caras, ya que en muchas ocasiones el solicitante tiene un desconocimiento completo del coste de las mismas y éste pueden variar desde céntimos de euro (bioquímica básica) a cientos de euros (algunos de los anticuerpos mencionados).

Por lo tanto, la línea de mejora que se plantea en este proyecto es introducir en el Sistema de Información del Laboratorio (S.I.L.) el coste de cada una de las determinaciones de bioquímica y las remitidas a los laboratorios externos, de forma que al hacer la solicitud y antes de grabar la petición se informe al médico solicitante del coste de cada uno de estos test, con la posibilidad de poder eliminarlos si lo considera oportuno.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Informar a tiempo real, al hacer la solicitud, del coste de cada test de laboratorio solicitado.

Estudiar la incidencia que esta información tiene en el volumen de determinaciones "big-ticket" solicitadas.

Efectuar una encuesta entre los médicos solicitantes que participen en el programa piloto de la utilidad percibida de la información del coste.

Evaluar, si existe, la cuantía del ahorro obtenido .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Introducir en el S.I.L. el coste de cada una de las pruebas del Laboratorio de Bioquímica y las remitidas a Centros Externos.

Habilitar en la petición online de análisis de laboratorio la información del coste de las determinaciones (una vez solicitados los test y antes de grabar la petición). Se plantearía un programa piloto con uno o dos Servicios Médicos, en principio, aquéllos que hagan uso de un mayor número de determinaciones "big-ticket".

Realizar una encuesta de satisfacción a los médicos solicitantes sobre utilidad percibida de la "información de costes".

## 1. TÍTULO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

199

**GESTION DE LA DEMANDA DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO MEDIANTE INFORMACION A TIEMPO REAL DEL COSTE DE LAS DETERMINACIONES ANALITICAS**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % reducción en el número de determinaciones "big-ticket" por paciente. Debido a la existencia de paneles muy extensos de anticuerpos, se evaluará si la información del coste se traduce en la solicitud de un menor número de anticuerpos por petición.  
% reducción en el número de determinaciones de bioquímica en función del coste de las mismas.  
% médicos participantes favorables a la medida implementada. Se monitorizará mediante una encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-septiembre 2014: introducción en el S.I.L. de los costes de cada una de las determinaciones (Luis Rello Varas, Ricardo González Tarancón y Belén Founaud Placer).  
Octubre de 2014: explicación e implantación de la información del coste de la solicitud de análisis en uno o dos Servicios Médicos del HUMS (Pedro Ventura Ventura y Luis Rello Varas).  
Enero 2015: realización de encuesta de satisfacción a los médicos solicitantes sobre utilidad percibida de la "información de costes" (Elena García González y Ricardo González Tarancón).  
Febrero-2015: evaluación de los indicadores y de la encuesta de satisfacción (Elena García González , Ricardo González Tarancón y Belén Founaud Placer).  
Marzo 2015: informe final del proyecto y resultados alcanzados (Pedro Ventura Ventura y Luis Rello Varas).

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

357

**EDICIÓN DE UN MANUAL DE CONSULTA SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE USO HABITUAL EN PERIPARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

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 RUTH. MATRONA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
  - MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
  - PEÑA DE BUEN NATALIA. MIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
  - SANTIAGO SANCHO MARTA. EIR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
  - GALLEGO CARNICER JAVIER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA
  - ADIEGO CALVO IGNACIO. MIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
  - PASCUAL MARTINEZ OIHANA. FIR. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el servicio de Tocología el número de fármacos usados tanto en la urgencia como en las plantas de hospitalización no son excesivos aunque su manejo exige un conocimiento exhaustivo de la dosis adecuada y, especialmente, de la compatibilidad según las circunstancias de embarazo y lactancia. La alta renovación que sufren las áreas de Obstetricia en cuanto al personal ha llevado a la elaboración de múltiples protocolos de actuación médica, pero hay escasos programas de manejo de fármacos. Otros proyectos previos para mejorar esta situación han conseguido elaborar carteles con información básica; en esta ocasión se pretende realizar una guía completa orientada tanto a enfermeras como a médicos y que sirva para consulta y estudio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Reducir el número de incidentes y accidentes relacionados con la compatibilidad de fármacos y pacientes alérgicos.
2. Reducir el número de incidentes y accidentes relacionados con la compatibilidad de fármacos y pacientes gestantes (teratogénesis).
3. Reducir el número de incidentes y accidentes relacionados con la compatibilidad de fármacos y lactancia materna (excreción a través de leche materna).
4. Coordinar un equipo multidisciplinar que elabore un trabajo de consenso que sea útil en el trabajo diario.
5. Actualizar todos los conocimientos existentes sobre efectos secundarios de fármacos en gestación y lactancia.
6. Establecer un sistema de evaluación del proceso que asegure el cumplimiento de los objetivos.

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, Servicio de Farmacia y Matronas del H.U.M.S. que atienden a pacientes obstétricas ingresadas.  
(Dr. Remartínez)
- 2.- Recopilación de toda la información sobre fármacos de uso habitual en el área de Tocología haciendo especial incidencia en las novedades sobre su idoneidad en periodos de gestación y lactancia.  
(Todo el grupo)
- 3.- Edición de un manual que contenga toda la información recopilada y decidir el número de ejemplares de la tirada inicial.  
(Todo el grupo)
- 4.- Distribución del manual entre los profesionales de las plantas 5ª, 6ª y 7ª.  
(Matronas)
- 5.- Distribución del manual en Dilatación y Partitorios.  
(Matronas)
- 6.- Distribución del manual en área quirúrgica y urgencias  
(Servicios de Anestesia y Reanimación y de Ginecología y Obstetricia)
- 7.- Elaboración de una encuesta que analice mediante indicadores los resultados obtenidos con el proyecto.  
(Todo el grupo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores formarán parte de una encuesta que se cumplimentará entre el personal médico y de enfermería y será analizada por el grupo de trabajo una vez finalizado el estudio.

Objetivo 1: conocer la utilidad global del manual entre el personal que lo ha utilizado.

Indicador: valoración mediante grado: utilidad escasa=1 punto, utilidad intermedia=2 puntos y muy útil=3 puntos.

Objetivo 2: conocer la calidad de su contenido.

Indicador 2: calidad escasa=1 punto, calidad intermedia=2 puntos y alta calidad=3 puntos.

Objetivo 3: evaluar la tirada inicial y su distribución.

Indicador 3: número de ejemplares escasos y mal distribuidos:1 punto, ejemplares excesivos o mal distribuidos:2 puntos y número de ejemplares adecuados y bien distribuidos en el hospital: 3 puntos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Recopilación de la información y redacción del texto: mayo - septiembre

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

357

**EDICIÓN DE UN MANUAL DE CONSULTA SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE USO HABITUAL EN PERIPARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

2014

- Maquetación y edición del manual: septiembre - octubre de 2014
- Distribución y difusión del manual: octubre 2014- enero de 2015
- Evaluación de los indicadores: febrero 2015

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. edad fértil
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Gestantes y puérperas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tratamiento farmacológico

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

146

**IMPULSO Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO, LA FORMACION, DIVULGACION E IMPLICACION DEL SERVICIO EN LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE COCINA DEL H.U. MIGUEL SERVET**

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION REVILLA LOPEZ
- Profesión ..... MIR
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CONDE GARCIA REBECA. MIR. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sector II, tiene una trayectoria de servicios certificados con la ISO 9001, por lo que desde la Dirección se planteó la conveniencia de implantar este sistema en el servicio de Cocina de forma complementaria al sistema de seguridad alimentaria (Plan APPCC) solidamente establecido y afianzado. La Unidad de Calidad Asistencial colabora con los diferentes grupos de mejora de los Servicios para impulsar, formar y apoyar, en su implantación y desarrollo, el sistema de gestión de calidad ISO en el Sector Zaragoza II. Para conseguirlo, se constituyó un grupo impulsor liderado por la Unidad de Calidad, el Responsable de Calidad de Cocina y el Responsable ISO.

Tras el estímulo inicial del proyecto, con objeto de sistematizar la formación y adaptarla a las peculiaridades del servicio (son más de doscientos profesionales con diferentes niveles de formación) se elaboró un plan de sesiones formativas dirigidas en primer lugar al grupo de mejora para facilitar la implantación del sistema y favorecer el propósito de la mejora continua, seguidas de sesiones de motivación y difusión al resto de personal del servicio, con el objetivo de conseguir su implicación y colaboración, para que fueran los propios profesionales implicados en cada proceso quienes redactaran los correspondientes procedimientos.

A lo largo de todo el proceso (redacción de procedimientos, confección de formatos e instrucciones técnicas) se han mantenido reuniones semanales con el grupo de mejora, para continuar proporcionando formación, impulso y apoyo en el establecimiento del sistema de gestión de calidad.

En dichas reuniones además de revisar la elaboración de documentación se ha dirigido y comprobado la evolución de la implantación del sistema (listado de incidencias, no conformidades...) así como la preparación de objetivos y definición de indicadores, para finalmente participar en la preparación de la auditoria interna del servicio que se realizó el 13-3-2014 con excelentes resultados.

En la actualidad, continua el trabajo conjunto en la supervisión del tratamiento de las desviaciones originadas en la auditoria interna, en la preparación de la revisión por la dirección, en la próxima auditoria externa que permita obtener la certificación ISO y en la integración del plan APPCC en el sistema de gestión de calidad ISO 9001.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ? Se ha logrado una alta implicación y motivación del grupo de mejora de la calidad, y de los profesionales de cocina.

? Se ha formado al personal de cocina sobre la Norma UNE-EN ISO 9001, fomentando la participación conjunta del Servicio para poder implantar dicha norma.

? Se han elaborado y descrito todos los procedimientos, instrucciones técnicas y formatos.

? Se han establecido indicadores para cada uno de los procesos clave, así como objetivos para el año 2014, empezando a evaluar alguno de ellos desde Enero 2014.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? La existencia de grupos de trabajo conjuntos servirá para armonizar fases y actividades y actuar de forma unificada en la colaboración con otros servicios para la el impulso, motivación, formación y apoyo en la implantación y desarrollo del sistema de gestión de calidad ISO. Así mismo resultará eficaz para agilizar el proceso de certificación

? Certificación del Servicio de Cocina del HUMS

? Con la formación recibida por el personal (responsables de calidad, responsables ISO) se pretende además que próximamente puedan incorporarse al grupo de auditores internos del sector.

? Integración del sistema de gestión de calidad ISO 9001 con el sistema de seguridad alimentaria (Plan APPCC)

? Acercamiento a la Norma ISO 22000

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ? Constitución de un grupo de trabajo liderado por la Unidad de Calidad y que incluya profesionales representativos de todos los estamentos del servicio.

? Establecimiento de un cronograma de actividades.

? Supervisión, seguimiento e introducción de posibles cambios y mejoras.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Continuación de las actividades a realizar por el Grupo de trabajo:

o Cronograma de actividades

o Cumplimiento del cronograma de actividades: Si/No

? Realización de Auditoria Interna: Si/No

? Realización de Revisión por la Dirección: Si/No

? Obtención de la Certificación ISO9001: Si/No

? Implantación de las medidas correctivas correspondientes (derivadas de las auditorias y del registro de

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

**IMPULSO Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO, LA FORMACION, DIVULGACION E IMPLICACION DEL SERVICIO EN LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE COCINA DEL H.U. MIGUEL SERVET**

incidencias): % de medidas correctivas implantadas respecto a las no conformidades abiertas. Estándar >80%.  
Periodicidad: Trimestral.

? Incorporación de, al menos una persona del servicio como auditor interno. Si/No  
? Realización de encuesta satisfacción del personal del servicio con el programa. Si/No

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ? Certificación del Servicio de Cocina del HUMS: Abril-Mayo 2014.  
? Colaboración con otros servicios (Documentación, Neurología, Neurofisiología): Abril-Mayo 2015.  
? Formación de auditores internos: Marzo-Abril 2014  
? Incorporación de auditores internos: Febrero-Marzo 2015  
? Realización de encuesta satisfacción del personal del servicio con el programa: Diciembre 2014.

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

**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. ....            | 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

420

## 1. TÍTULO

**MICROBIOLOGIA INFORMA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE REVILLO PINILLA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN SACO GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- GARCIA INDA MARIA FRANCISCA. PERIODISTA. H MIGUEL SERVET. RELACIONES INSTITUCIONALES
- VELA MARQUINA MARIA LUISA. COORDINADORA CALIDAD LABORATORIOS. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD
- ALVAREZ REVILLO MAR. DISEÑADOR/A GRAFICO. COLABORADOR/A EXTERNO. COLABORADORA EXTERNA
- REVILLO PINILLA PAZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Microbiología está acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el proceso microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, y el aseguramiento de la calidad de los ensayos. De acuerdo con el contenido de la norma el servicio debe establecer acuerdos para la comunicación con los usuarios, entre ellos la promoción de la utilización eficaz de los servicios del laboratorio Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet da servicio a un número muy elevado de centros de salud, centros médicos de especialidades de los sectores 2 y 1 y a servicios hospitalarios del Hospital Miguel Servet. A su vez es referencia para algunos servicios incluidos en su cartera para los sectores de Barbastro, Huesca, Teruel, Alcañiz, y para los centros hospitalarios Hospital Provincial y Hospital Royo Villanova. Por tanto, el número de posibles interlocutores es elevadísimo. A su vez, no hay que olvidar que en el proceso microbiológico participan, además de los facultativos, otros estamentos como, por ejemplo, el personal de enfermería, el cual participa activamente en la toma de muestras, aspecto capital ya que una mala muestra es el inicio de un mal proceso. Pretendemos estructurar un sistema de comunicación que permita difundir a todas las unidades asistenciales aquellos ítems con relevancia de cada momento y que permita a su vez ser difundido y/o comentado fácilmente entre los integrantes de cada unidad funcional. Planteamos la edición trimestral de un boletín informativo; el cual se distribuiría de forma regular a través de correo electrónico y estaría disponible en la intranet del SALUD, con contenido centrado en temas microbiológicos, que sean de interés compartido entre microbiólogos, facultativos solicitantes y otras personas que participan en el proceso microbiológico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseñar un sistema de comunicación que pueda llegar con facilidad a los grupos de interés  
Facilitar la comunicación efectiva sobre temas e ideas que afectan al grupo de interés  
Mejorar la formación sobre cuestiones concretas que afectan al proceso microbiológico  
Reducir el tiempo necesario para trasladar información relevante a los grupos de interés

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un "comité editorial" para:

- Asignar tareas entre los miembros del grupo
- Búsqueda y revisión de otros boletines con objetivos semejantes
- Diseñar el boletín y su contenido
- Crear listas de distribución

Elaboración del boletín, a distribuir trimestralmente  
Elaborar encuesta de satisfacción y de utilidad del boletín

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Creación del comité editorial; SI /NO  
Indicador 2: Número de boletines emitidos > 2  
Indicador 3: Elaboración de la encuesta de satisfacción y utilidad SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Mayo 2014  
Fecha fin: Mayo 2015

Cronograma actividades previstas:  
Búsqueda y revisión de otros boletines con objetivos semejantes: Mayo 2014  
Creación comité editorial: Mayo-Junio 2014  
Elaboración 1º boletín: y distribución: septiembre-octubre 2014  
Elaboración 2º boletín y distribución: diciembre 2014-enero 2015  
Elaboración 3º boletín y distribución: marzo-abril 2015  
Elaboración encuesta de satisfacción: mayo 2015

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

420

**MICROBIOLOGIA INFORMA**

- 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. Comunicación

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. ....             | 4 Mucho    |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

360

**CONTROL Y GARANTÍA DE CALIDAD EN EXPLORACIONES DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA****2. RESPONSABLE** ..... LUIS RINCON GAYAN

- Profesión ..... TER
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- LANAU MARTIN ARTURO JOSE JAVIER. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- GALVEZ CERVANTES FRANCISCO JAVIER. TER. H RUBER INTERNACIONAL. RADIODIAGNOSTICO
- GARCIA MUR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
- CRUZ CIRIA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Tanto el control de calidad continuado, como un adecuado proceso de gestión de calidad, son esenciales para obtener elevados índices de calidad y permanecer en una continua búsqueda de la excelencia asistencial.

Se propone un proyecto de control y garantía de calidad en exploraciones de Resonancia Magnética de Mama.

La mejora de calidad en las exploraciones incluye aspectos como: el confort del paciente durante la exploración, reducción del tiempo de exploración, mejora en la calidad de imagen y mejora en la calidad diagnóstica del estudio.

Se realizará una revisión sistemática de casos, analizando tanto los parámetros técnicos de adquisición de imagen, utilizados hasta el momento, como un análisis sobre la calidad de imagen obtenida en los diferentes tejidos y la calidad diagnóstica ofrecida en dichos estudios.

Se realizará una primera evaluación estableciendo las oportunidades de mejora sobre: posicionamiento del paciente, material utilizado y técnicas de adquisición de imagen en las diferentes secuencias de Resonancia Magnética.

Los criterios de priorización serán en base al método de Hanlon.

La situación de partida es una adecuada calidad de los estudios, sin embargo, todavía no se ha desarrollado ningún programa de control y garantía de calidad sobre el tema, en el Hospital Universitario "Miguel Servet"; ello supone una oportunidad de optimización y mejora de calidad.

Las fuentes de información serán: bases de datos de referencia (Medline, Pubmed y Cochrane Library), así como un estudio multicéntrico de referencia, realizado por Francisco Javier Galvez Cervantes, miembro del equipo y presidente de la SEGRA (Sociedad española de graduados en Radiología).

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Resultados esperados:

- 1º Mejora en la calidad diagnóstica de los estudios de Resonancia Magnética de Mama
- 2º Reducción de los tiempos de adquisición
- 3º Optimización y estandarización de los estudios en el Hospital Universitario "Miguel Servet"
- 4º Mejora en el confort del paciente durante la exploración

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

- 1º Revisión sistemática de casos y valoración de sus parámetros técnicos: Luis Rincón Gayán
- 2º Determinación de prioridades en base al método de Hanlon: Todo el equipo
- 3º Adecuación en el posicionamiento del paciente: Arturo Jose Javier Lanau Martín
- 4º Procedimientos técnicos de optimización de imagen, en secuencias de Resonancia Magnética: Arturo Jose Javier Lanau Martín, Francisco Javier Galvez Cervantes
- 5º Valoración de la calidad diagnóstica de los estudios: Carmen García Mur, Silvia Cruz Ciria
- 6º Programa de formación y estandarización de las mejoras obtenidas: Todo el equipo
- 7º Asesoramiento técnico especializado en estudios de Resonancia Magnética: SEGRA (Sociedad española de graduados en Radiología)

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Se realizará una evaluación en estudios previos, analizando

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

360

## 1. TÍTULO

**CONTROL Y GARANTÍA DE CALIDAD EN EXPLORACIONES DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA**

variables cualitativas y cuantitativas ordinales, tomadas mediante tablas adecuadas a las variables a tomar, y archivadas en un cuaderno de seguimiento, sobre aspectos de calidad de imagen y calidad diagnóstica de los estudios. Se analizarán las variables mediante el programa SPSS versión 19.

Utilizando los mismos criterios y variables se analizarán los estudios a los que se han aplicado los procedimientos de mejora, y se analizarán los datos obtenidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 15 de Mayo de 2014  
Fecha de finalización: 31 de Diciembre de 2014

Cronograma:

De 15 de Mayo a 30 de Mayo: Estudio de casos previos y análisis de los datos obtenidos  
De 1 de junio a 7 de Junio: Determinación de prioridades de mejora  
De 8 de Junio a 1 de Noviembre: Aplicación de los procedimientos de mejora  
De 2 de Noviembre a 9 de Noviembre: Análisis de los datos y evaluación de las mejoras de calidad  
De 10 de Noviembre a 15 de Diciembre: Plan formativo e implementación de los procedimientos en la práctica general.  
De 16 de Diciembre a 31 de Diciembre: Desarrollo de la memoria del proyecto.

11. OBSERVACIONES. En este proyecto colabora la SEGRA (Sociedad española de Graduados en Radiología) 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- 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. ....            | 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    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

418

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO PARA LA RACIONALIZACIÓN DE PETICIONES DE SEROLOGÍA EN POBLACIÓN GESTANTE**

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES ROC ALFARO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- GARCIA GALLO MATILDE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- SALCEDO PUERTA PATRICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- GOMEZ AURIA MARIA ANGELES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
- VALERO RANDO ROSANA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las serologías de enfermedades infecciosas de transmisión vertical forma parte de todos los protocolos de control de la gestante, no sólo en relación con la paciente ya que en algunos colectivos la gestación es prácticamente la única ocasión de contacto con el sistema sanitario, sino que además permite adoptar las medidas oportunas para la actuación con respecto al RN: tratamientos, vacunaciones y controles, en función de los resultados maternos.

Las determinaciones a realizar para estas pacientes están estandarizadas tanto por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O), como por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), y sus recomendaciones son las que han marcado nuestras líneas de actuación.

Dado la diferente procedencia de facultativos peticionarios de serología gestacional que recibimos en nuestro servicio, la variabilidad de estas pruebas es importante en parámetros y tiempos. Son muchas las ocasiones en que las peticiones se realizan con escasísimo margen de tiempo, tanto en primaria como especializada, con la consiguiente sobrecarga de muestras y determinaciones inadecuadas, además de las molestias y extracciones innecesarias realizadas a las pacientes.

Queremos acordar entre los servicios de Ginecología y Obstetricia y Microbiología la conveniencia de la petición de serología de gestación por parte de los obstetras con el fin de someter al menor número de venopunciones a la gestante, por hacer coincidir en la misma extracción la realización de otros parámetros hematológicos y bioquímicos, asimismo delimitar el número de controles a realizar, a uno por trimestre, con los parámetros serológicos propuestos en los diversos protocolos. Para ello será imprescindible que en la solicitud conste la edad gestacional de la paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. . Racionalizar las peticiones de serología, que sean solicitadas por el facultativo que va a realizar el seguimiento obstétrico, ya que será este quien deba a su vez dictar las pautas o conductas a seguir en función de los resultados.

. Estandarizar los tiempos de petición en función de los protocolos establecidos, lo que disminuirá las peticiones innecesarias o no indicadas.

. A consecuencia de lo anterior disminuir las molestias que suponen a las pacientes, la multiplicación de actuaciones sanitarias.

. Disminuir también la sobrecarga sobre el sistema sanitario tanto en actuaciones facultativas, como de personal de enfermería y técnicos de laboratorio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. . Reuniones entre los responsables de ambos servicios para acordar las pautas de actuación. El Servicio de Ginecología y Obstetricia, será quien acuerde con sus especialistas de zona las líneas a seguir y contactará con asistencia primaria para delimitar las peticiones al ámbito de asistencia especializada.

. La sección de serología, revisará todas las peticiones realizadas y en función de la edad gestacional, la historia serológica previa de la paciente y ateniéndose a los protocolos, decidirá los parámetros más apropiados a realizar.

. Periódicamente se realizarán reuniones para analizar el desarrollo de estas actuaciones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Creación del grupo de trabajo .....SI/NO

2. Número de reuniones entre los servicios para acordar las pautas de actuación .....3

3. Difusión del acuerdo a Atención Primaria y Atención Especializada en Ginecología y Obstetricia.....SI/NO

4. Porcentaje de número de solicitudes serológicas que se ajustan a protocolo, en función del número se solicitudes recibidas, a partir de la fecha del acuerdo.....&gt;75

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente 12 meses.

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

418

### PROTOCOLO PARA LA RACIONALIZACIÓN DE PETICIONES DE SEROLOGÍA EN POBLACIÓN GESTANTE

#### POBLACIÓN DIANA

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

#### INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

#### OTRA PALABRA CLAVE 1. protocolo serologia gestante

#### VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

461

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION PARA INTERVENCION DE PROTESIS DE RODILLA PRIMARIA Y CONTROL DE INDICADORES**

## 2. RESPONSABLE ..... ADRIAN ROCHE ALBERO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ DELGADO FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- BENEDI ALCAINE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CABALLERO BURBANO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ALDABAS SORIANO SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- HUALDE ENGUITA ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- TORRE IGLESIAS MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- LUNA TORRE CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La intervención de prótesis de rodilla es uno de los procesos más habituales de un servicio de traumatología. Supone un importante gasto para el sistema sanitario. Pese a los últimos avances, la estancia hospitalaria media es de 7 días y no se realizan controles estandarizados cuantificables y comparables de la satisfacción del paciente y el resultado funcional de la prótesis a corto y medio plazo. La utilización más racional y eficiente de los recursos y técnicas nos puede permitir mejorar estos aspectos, ayudando a la sostenibilidad del sistema.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han realizado, y siguen en la actualidad, proyectos dirigidos a reducir la comorbilidad perioperatoria, y optimizar al máximo el uso de hemoderivados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende mejorar la atención al paciente y el gasto hospitalario en el proceso. Se estima rebajar la estancia hospitalaria al menos un día de media y mejorar los índices de satisfacción de los usuarios. Así mismo se iniciará un control periódico de los pacientes mediante cuestionarios que nos permitirán evaluar el proceso, detectar problemas y buscar líneas de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se utilizarán los últimos avances en metodología y técnica (con los recursos actuales, sin nuevas inversiones) para movilizar la extremidad en las primeras 24 horas tras la intervención. Antes de la intervención se informará al paciente de los ejercicios que debe realizar en el postoperatorio inmediato para evitar demoras y agilizar la rehabilitación. Se informará así mismo de los objetivos de cada día de hospitalización y las necesidades médicas y sociales que el paciente precisará las primeras semanas tras la intervención, facilitando el apoyo y planificación familiar y evitando incidencias no médicas que retrasan el alta hospitalaria en ocasiones. Se entregarán a los pacientes cuestionarios estandarizados de funcionalidad de rodilla antes de la intervención y a los 5 días y 1,3 y 6 meses. Se entregarán a los pacientes cuestionarios de satisfacción del proceso. Se valorará la efectividad de la prótesis de rodilla para disminuir el dolor, la rigidez y la limitación funcional. Se valorará su seguridad en términos de complicaciones. Se determinarán las características de los pacientes en los que la prótesis resulta más efectiva en disminución del dolor, rigidez, limitación funcional y aumento de calidad de vida.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se monitorizarán escalas de funcionalidad y satisfacción (escala analógica visual, WOMAC, Oxford Knee Score, Knee society Score, Cuestionario SF-36). Se entregará a los pacientes encuestas de satisfacción del proceso (de la atención recibida, del interés de los profesionales y de los cuidados sanitarios). Se evaluará el impacto de la intervención en la calidad de vida del paciente.

Se medirán: estancia hospitalaria, reintervenciones, reingresos, comorbilidades, complicaciones, incidencias y datos epidemiológicos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-abril: diseño del proyecto de mejora de calidad. Elaboración de las encuestas y folletos informativos de ejercicios y medidas postoperatorias tempranas para los pacientes.

Sensibilización al resto de profesionales que intervienen en la hospitalización.

De abril a noviembre: ejecución integral de las medidas pre, intra y postoperatorias que se han mostrado eficaces en estudios independientes (control preoperatorio, utilización de medidas de control de sangrado intraoperatorio, movilización precoz, educación del paciente). Monitorización de las encuestas e inclusión en base de datos. De noviembre a febrero: estudio de datos, elaboración de resultados y conclusiones.

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. Pacientes que ingresan para intervención de prótesis de rodilla primaria

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

461

**OPTIMIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION PARA INTERVENCION DE PROTESIS DE RODILLA PRIMARIA Y CONTROL DE INDICADORES**

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Prótesis rodilla primaria

OTRA PALABRA CLAVE 2. Gonartrosis

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 Mucho    |
| 2. Reducir 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

029

**CREAR BASE DE DATOS INFORMATIZADA DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HUMS DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... CESAR RODRIGO 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.
- RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - BORQUE IBAÑEZ AMPARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - ALEGRE VILLARIZ ALFONSO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incontinencia urinaria de esfuerzo femenina representa un problema muy frecuente en la práctica diaria de nuestra especialidad, cifrando en aproximadamente un 35 % la incidencia de este problema en la población mayor de 65 años. De este porcentaje, una parte importante van a requerir tratamiento quirúrgico.

El Servicio de Ginecología del HUMS siempre ha estado concienciado y comprometido con el tratamiento de esta patología. Inicialmente con la realización del procedimiento descrito por Burch, y posteriormente a finales de los años 90 con la introducción de la técnica TVT, convirtiéndose en un Centro pionero en la utilización de las distintas técnicas descritas para esta patología. Actualmente con la utilización de las técnicas transobturadoras damos solución quirúrgica a esta patología. En los últimos años, una media de 50 pacientes al año han requerido este tratamiento quirúrgico en nuestro Servicio.

La importancia y utilidad del proyecto de crear una base de datos sobre esta técnica quirúrgica radica en la importancia de conocer de forma exacta los resultados de lo que estamos realizando. Sabemos que tenemos buenos resultados, según se recoge en las historias clínicas, pero necesitamos cuantificar y objetivar dichos resultados, para así poder compararnos con centros que actualmente por publicación de resultados son referentes para estas técnicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos implementar una base de datos en formato excel, para el posterior tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

Estos datos nos permitirán conocer el desarrollo de esta técnica, su incidencia, sus complicaciones de forma exacta, así como conocer datos demográficos y antecedentes de las pacientes, pudiendo establecer factores pronósticos y predictivos de resultados satisfactorios. Por último, gracias a la inclusión de una escala de calidad de vida, validada en nuestro medio para esta patología, podremos conocer el grado de satisfacción de las pacientes operadas, y el grado de mejora en calidad de vida, relacionada con la técnica quirúrgica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como medidas previstas: tenemos protocolizado que el facultativo que atiende a la paciente en quirófano rellena la ficha de recogida de datos elaborada para tal fin. En esta hoja también se recogen las complicaciones precoces que pueda presentar la paciente antes de su alta hospitalaria.

Este formulario se dirige a continuación a la Consulta de Suelo Pélvico del Servicio de Ginecología. En dicha consulta, la paciente es citada para revisión clínica al mes, a los 6 meses y a los 12 meses tras la intervención. En cada una de estas visitas se recupera el formulario y se hacen constar las posibles complicaciones acaecidas en ese tiempo, así como una nueva valoración de la calidad de vida mediante encuesta validada, con el fin de poder comparar previo y posterior a la intervención.

De forma periódica, esos formularios son introducidos en la base informática diseñada, y que consta en el ordenador de la consulta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Porcentaje de pacientes operadas mediante técnica vaginal para IUE incluidas en la base informática (pacientes que consten en la base informatizada), sobre el total de pacientes intervenidas por el dicho motivo (listado que obtendremos del registro quirúrgico realizado en Quirófano de pacientes intervenidas)

• Numero de encuestas de calidad de vida correctamente cumplimentadas respecto al numero de pacientes recogidas en la base (ya que nos puede dar medida de la correcta cumplimentación en la recogida de datos)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comenzamos de forma prospectiva a recoger datos desde el 01 de enero de 2014. La duración inicial es de un año, tras el cual valoraremos los resultados de cumplimentación obtenidos. Así mismo queremos que este proyecto sea el inicio de la informatización de los diferentes procesos que se realicen en nuestro Servicio referentes a la Cirugía vaginal. De la misma forma queremos aprovechar las hojas de recogida diseñadas, así como la base de datos informática para ampliar el rango de recogida, y de forma paulatina ir incluyendo la actividad quirúrgica realizada en los años previos, ya que el seguimiento de estas pacientes a medio y largo plazo es fundamental de cara a confirmar los buenos resultados iniciales de estas técnicas quirúrgicas, resultados que hoy en día están publicando en revistas de impacto los principales grupos

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

029

**CREAR BASE DE DATOS INFORMATIZADA DE LAS PRINCIPALES TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HIMS DE ZARAGOZA**

de estudio de estas patologías.

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. Pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo que requiere tratamiento quirurgico

## 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    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

289

## 1. TÍTULO

**ESTANDARIZACION DE LOS EVENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS FETALES INTRAPARTO Y SIMPLIFICACION DE LA INTERPRETACION DE LOS TRAZADOS SUGESTIVOS DE ACIDOSIS FETAL PARA UNA MEJORA DE LOS RESULTADOS PERINATALES**

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- TABUENCA VICENS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CASTAN LARRAZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- RUIZ SADA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la década de los sesenta, la monitorización fetal ha pasado por diversas fases que nos han permitido disponer, en la actualidad, de una técnica diagnóstica ampliamente utilizada pero con gran cantidad de falsos positivos que ocasionan intervenciones obstétricas ante la sospecha no objetiva de un posible compromiso fetal intraparto mediante la detección de acidosis fetal. Se define acidosis fetal como la perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto-maternos de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal. La aparición de acidosis metabólica es la manifestación más típica de hipoxia y/o isquemia tisular. En el momento del nacimiento se puede diagnosticar la acidosis mediante la medición de pH (<7.10) en una muestra de arteria umbilical. Se considera acidosis grave a aquellos neonatos con un pH inferior a 7.0

Las expectativas iniciales que generó la monitorización continua sobre el conocimiento exacto del estado fetal y la posibilidad de predecir los resultados, no se vieron cumplidas por la dificultad en la interpretación del registro de la FCF (frecuencia cardiaca fetal), excepto en los casos extremos, en los que se pudo llegar a un consenso sobre los patrones de normalidad y de severa anomalía, siendo un 80% de registros en los que podían aparecer trazados no tranquilizadores respecto al estado real de bienestar fetal. Además, a lo largo de un mismo trazado podían aparecer este tipo de registros de forma secuencial; esto es debido a que el parto normal es un proceso fisiológico con episodios hipóxicos repetidos que pueden conducir a un estado de acidosis. Podemos añadir la enorme variabilidad interobservador que existe en el manejo clínico intraparto de los registros cardiotocográficos fetales. Este desacuerdo intentó ser subsanado por el National Institute for Child Health and Human Development (NICHD) que en 2008 publicó una revisión acerca de la nomenclatura de la frecuencia cardiaca fetal para intentar estandarizar las definiciones de los eventos que pueden aparecer en un registro cardiotocográfico intraparto. La definición de un registro normal, con línea de base normal, buena variabilidad, presencia de aceleraciones y ausencia de deceleraciones tiene un elevado valor predictivo positivo de bienestar fetal. Por lo tanto no requiere de ningún tipo de intervención por parte del obstetra. En el otro lado de la balanza, la presencia de un registro con deceleraciones recurrentes tardías o variables o bradicardia, asociados a mínima o ausente variabilidad es altamente predictivo de riesgo de asfixia fetal y la intervención debe ser inmediata por parte del facultativo responsable. El problema se centra en el 80% de trazados que quedan a medio camino de estas dos situaciones expuestas. Por este motivo, creemos que existe una necesidad urgente de estandarizar el manejo, utilizando la mejor evidencia disponible y desarrollando una serie de algoritmos simplificados en función de únicamente tres parámetros (variabilidad, presencia de deceleraciones y línea de base). Posteriormente se llevará a cabo la realización de una serie de recomendaciones con varias categorías en función del riesgo de acidosis, el riesgo de evolución a la misma y las acciones que tenemos que llevar a cabo en cada uno de los casos.

Otro hecho importante que ha motivado la realización de esta publicación ha sido la necesaria homogeneización en la actividad clínica, de la interpretación y estandarización de la terminología aplicable a las gráficas de FCF. La variabilidad clínica es una de las causas más importantes de los errores diagnósticos, por lo que todo esfuerzo para evitarlo se traducirá en una correcta interpretación de los signos clínicos fetales con la aplicación de medidas correctoras, contrastadas en nuestra práctica diaria y basadas en la mejor evidencia clínica disponible. El objetivo principal es el de estandarizar en base a los conceptos admitidos a nivel mundial las definiciones de los eventos de la FCF que pueden acaecer en los registros cardiotocográficos intraparto así como el establecer una simplificación interpretativa basada en la combinación de estos eventos que de una manera sencilla y práctica faciliten una detección precoz y segura de estados fetales sugerentes de hipoxia. Actualmente esta tarea es muy compleja y con gran cantidad de falsos positivos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Julian T. Parer et al. A framework for standardized management of intrapartum fetal heart rate patterns. Am J Obstet Gynecol 2007; 197: 26.e1-26.e6.
- Julian T. Parer et al. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Report on Fetal Heart Rate Monitoring. Am J Obstet Gynecol 2009; 114: 136-8.
- Gyamfi Bannerman C, Grobman WA, Antoniewicz L, et al. Assessment of the concordance among 2-tier, 3-tier and 5-tier fetal heart rate classification systems. Am J Obstet Gynecol 2011; 205: 288.e1-4.
- Ross MG, Jessie M, Amaya K, et al. Correlation of arterial fetal base deficit and lactate changes with severity of variable heart rate decelerations in the near-term ovine fetus. Am J Obstet Gynecol 2013; 208: 285.e1-6.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologist Clinical Effectiveness Support Unit. The use of electronic

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

289

## 1. TÍTULO

**ESTANDARIZACION DE LOS EVENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS FETALES INTRAPARTO Y SIMPLIFICACION DE LA INTERPRETACION DE LOS TRAZADOS SUGESTIVOS DE ACIDOSIS FETAL PARA UNA MEJORA DE LOS RESULTADOS PERINATALES**

fetal monitoring: evidence-based clinical guideline no 8. RCOG Press: 2001.  
American College of Obstetricians and Gynecologist. Practice Bulletin no 70: Intrapartum fetal heart rate monitoring. Washington (DC): The college; 2005.  
Parr JT, King T, Flanders S, Fox M, Kilpatrick. Fetal acidemia and electronic fetal heart rate patterns: Is there evidence of an association? J Matern Fetal Neonatal Med 2006; 19: 289-94

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Revisión de la evidencia científica para su aplicación en la estandarización de definiciones en los eventos cardiotocográficos intraparto y su simplificación en la interpretación relacionada con la hipoxia fetal.

Actualización del protocolo de control de bienestar fetal intraparto, adecuándolo a conceptos y valoraciones contemporáneas.

Simplificar la interpretación de registros para ayudar y facilitar la toma de decisiones obstétricas al personal con responsabilidad obstétrica disminuyendo la variabilidad interobservador.

Formación continuada profesional mediante sesiones clínicas: difusión del protocolo y casos prácticos, así como impartición de cursos monográficos de bienestar fetal.

Evitar intervencionismo obstétrico innecesario y mejorar resultados perinatales mediante la detección precoz de la acidosis fetal, reduciendo el componente metabólico así como los ingresos en neonatal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de la evidencia científica: Dra. Ezquerro y Dra. Tabuenca

Actualización y aplicación del protocolo de bienestar fetal intraparto: Dra. Hernández y Dra. Rodríguez  
Impartición de formación continuada a los facultativos implicados en el proceso del parto: Dra. Hernández y Dra., Rodríguez

Recogida y análisis de resultados perinatales: pH de calota fetal, Apgar al minuto y a los 5 minutos, pH de cordón umbilical, acidosis neonatal e ingreso en neonatal. Dra. Castán.

Interpretación de registros cardiotocográficos de manera estandarizada y simplificada: Dra. Ruiz y Dra. Agustín

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Sensibilidad y especificidad en la interpretación de registros cardiotocográficos para la detección de la acidosis fetal tras la adecuación, estandarización y simplificación de la valoración de eventos intraparto. Estándar actual 65% y 20% respectivamente. Objetivo de mejora: 85% de sensibilidad y 45% de especificidad.

Reducir la incidencia de acidosis metabólica neonatal (estándar: 3%): Objetivo del <2

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2014- Diciembre 2014

Revisión de la evidencia científica. Mayo 2014.

Actualización del protocolo de bienestar fetal intraparto. Junio 2014.

Formación continuada en bienestar fetal. Septiembre-Diciembre 2014

Recogida y análisis de resultados perinatales. Julio- Noviembre 2014.

Interpretación de los resultados obtenidos. Diciembre 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Adecuación y mejora del bienestar fetal intraparto

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora del control del bienestar fetal intraparto

OTRA PALABRA CLAVE 2. Adecuación de la interpretación cardiotocográfica

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

365

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO EN OCCÍPITO POSTERIOR. ROTACIÓN MANUAL.**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - RODRIGUEZ LAZARO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - TABUENCA VICENS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - REDRADO GIMENEZ OLGA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.

Entre un 15 y un 20% de los fetos a término que se encuentran en presentación cefálica están en posición occípito posterior (OP) antes del parto.

La mayoría de estos fetos rotan durante el parto con lo cual la incidencia de presentación OP durante el parto vaginal (durante el periodo expulsivo) es de aproximadamente el 5%.

La persistencia de la posición OP es importante porque puede asociarse a complicaciones maternas y neonatales.

Las principales complicaciones de los partos en occípito posterior son:

- Alargamiento de la primera y segunda fase del parto, con aumento de la necesidad de ruptura artificial de membranas y uso de oxitocina.
- Aumento de la tasa de parto instrumental y cesárea.
- Aumento del riesgo de lesión del esfínter anal materno.
- Aumento de complicaciones neonatales: Apgar a los 5 minutos inferior a 7, academia, líquido amniótico teñido, traumatismo al nacimiento( fractura de cráneo, cefalohematoma, parálisis de nervio facial...).

Nosotros proponemos la corrección de la citada malposición de la cabeza fetal mediante una maniobra llamada rotación manual. Dicha maniobra se debe realizar si se quiere acelerar la finalización de un parto en OP o si éste no progresa de una forma adecuada.

Ventajas de la rotación manual en partos en OP:

- Esta maniobra es sencilla tras una adecuada formación y entrenamiento.
- No tiene riesgos maternos ni fetales.
- Es percibida como poco agresiva o poco invasiva por parte de la paciente.
- Mejora la tasa de parto vaginal y de parto eutócico en partos en OP.
- Disminuye las complicaciones maternas y fetales relacionadas con la citada malposición de cabeza fetal.

- Le Ray C, Serres P, Schmitz T, et al. Manual rotation in occiput posterior or transverse positions: risk factors and consequences on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2007; 110:873.

- Reichman O, Gdanský E, Latinsky B, et al. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 136:25.

- Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, et al. Manual rotation of the fetal occiput: predictors of success and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:e7.

- Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Caughey AB. Manual rotation to reduce caesarean delivery in persistent occiput posterior or transverse position. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24:65.

- Sen, K., Sakamoto, H., Nakabayashi, Y., Takeda, Y., Nakayama, S., Adachi, T. and Nakabayashi, M. Management of the occiput posterior presentation: A single institute experience. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2013; 39: 160-165.

- Argani CH, Satin AJ. Management of the fetus in occiput posterior position. In: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), upToDate, Waltham, MA, 2011.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Crear un grupo de trabajo:
- o Hacernos conscientes de la importancia de la situación a mejorar.
  - o Revisar la evidencia publicada hasta el momento.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

365

**PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO EN OCCÍPITO POSTERIOR. ROTACIÓN MANUAL.**

- o Elaborar un protocolo de actuación en el manejo de los partos en OP.
- o Difundir el protocolo entre el personal.
- 2) Unificar criterios de actuación en los partos en OP:
  - o Aplicar de forma sistemática el protocolo.
- 3) Mejorar la asistencia a la gestante intraparto:
  - o Disminuir la tasa de cesáreas y partos instrumentados en los partos en OP.
  - o Disminuir la morbilidad materna y fetal relacionada con dicha malposición.
- 4) Garantizar la satisfacción de las usuarias por:
  - o Estandarización de la actuación intraparto en OP.
  - o Realización de una maniobra percibida como poco intervencionista y "agresiva" por parte de la paciente.
  - o Disminución del intervencionismo obstétrico.
  - o Mejora de la morbimortalidad materno fetal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de bibliografía referente al tema. (Dra. Hernández Aragón)

- Constitución de un grupo de trabajo. (Dra. Rodríguez Lázaro)

- Elaboración de un protocolo de actuación en los partos en occipito posterior. (Dra. Rodríguez Solanilla)

- Presentación del protocolo en sesión clínica. (Dr. Castán Mateo)

- Evaluación de la difusión del protocolo entre el personal implicado en el proceso del parto (matronas, ginecólogos y residentes). (Dra. Tabuenca Vicens)

- Evaluación de su correcto manejo y utilidad clínica. (Dra. Redrado Giménez)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Primera evaluación del proyecto: Julio 2014:

- Valoración de la difusión del protocolo entre el personal.

- Evaluación de su implantación: Diciembre 2014:

- Aplicación sistemática del protocolo en partos en occipito posterior.

- Reflejo en el partograma de la aplicación del protocolo.

- Evaluación de la tasa de éxito tras la aplicación del protocolo.

Esto se evaluará mediante la revisión de 50 historias clínicas de parto, escogidas al azar, del último semestre del año 2014.

**INDICADORES:**

- Reflejo de la aplicación del protocolo en el partograma. (80%)

- Tasa de éxito de la rotación manual. (>60)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2014: Revisión de bibliografía.

- Mayo 2014: Constitución de un grupo de trabajo.

- Mayo 2014: Elaboración de un protocolo de actuación en los partos en occipito posterior.

- Junio 2014: Presentación del protocolo en sesión clínica.

- Julio 2014: Evaluación de la difusión del protocolo entre el personal implicado en el proceso del parto (matronas, ginecólogos y residentes).

- Diciembre 2014: Evaluación de su correcto manejo y utilidad clínica.

11. OBSERVACIONES. Demora de dos horas en envío por problema en red doméstica. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

**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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

365

**PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO EN OCCÍPITO POSTERIOR. ROTACIÓN MANUAL.**

- 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

327

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA.**

## 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 ROMERO RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
- LOPEZ CAMPOS MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DIGESTIVO
- GALLEGO MONTAÑES SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DIGESTIVO
- BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DIGESTIVO
- MIR SUBIAS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DIGESTIVO
- LAURA ROY. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad celiaca es una patología crónica que afecta a un 1% de la población. El único tratamiento valido es la realización de una dieta estricta sin gluten. Las consecuencias de la ingesta de gluten en los pacientes celiacos incluye la aparición de síntomas como diarrea, astenia, dolor abdominal, irritabilidad o distensión abdominal, así como el aumento de riesgo de osteoporosis, abortos, infertilidad, linfoma intestinal o anemia, El diagnóstico de la enfermedad se realiza en muchísimos casos en la edad pediátrica, realizandose en estos momentos 80-90 nuevos diagnósticos anualmente. Estos niños celiacos son controlados en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición clínica, analítica y antropométricamente bianualmente hasta el momento del alta por edad (14-18 años). En estas revisiones se insiste en la realización correcta de la dieta, se resuelven dudas o problemas con la misma y se recuerda las consecuencias de la ingesta de gluten en las personas celiacas. La gran mayoría de los pacientes pediátricos controlados llevan una dieta correcta, con marcadores de enfermedad celiaca negativos y permanecen asintomáticos. La transferencia en la enfermedad celiaca es la derivación planeada del adolescente y adultos jóvenes con enfermedad celiaca desde los centros pediátricos al sistema de salud de adultos. La transferencia de las responsabilidades de salud desde los padres a los propios pacientes implica algo más que el 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.

En el momento del alta se recomienda su seguimiento posterior ya sea por su médico de cabecera o por quien este considere.

Recientemente se ha realizado un estudio en este hospital, en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica y el Servicio de Digestivo de adultos, en el que se ha contactado con los pacientes celiacos diagnosticados en la infancia hace al menos 25 años (57 pacientes). En este estudio se ha constatado que únicamente un 20% de estos celiacos realiza correctamente la dieta, pero un 65% consideraba que realizaba una dieta totalmente estricta sin gluten, ya que están consumiendo productos que pueden contener gluten pensando que no lo llevaban. Igualmente sólo el 40% de los pacientes realizaban controles médicos de su enfermedad

Este proyecto pretende evitar o minimizar esta problemática con una transferencia estructurada de los pacientes con enfermedad celiaca controlados en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica al sistema de Salud de adultos, ya sea a su médico de cabecera o especialista de Digestivo del centro de salud de especialidades u Hospitalario, en función de las características clínicas, familiares y personales de cada paciente.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. IMPLEMENTAR LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON CELIACA DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA

ESTABLECER LA CORRECTA DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES AL MÉDICO DE FAMILIA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ADULTOS HOSPITALARIO O DE CENTRO DE SALUD O DE ESPECIALIDADES EN FUNCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FAMILIARES Y PERSONALES.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ADECUADA DETECCIÓN DE LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SER DADOS DE ALTA DE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA

1. Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal, familiar y de tratamientos. (Dr. Ros Arnal)

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 enfermedad celiaca
3. Difusión del protocolo correspondiente

REVISIÓN CONJUNTA DE LOS CASOS ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA Y SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS (Dr. Ros Arnal y Dr. García López)

1. Decisión conjunta de lugar de control (ambulatorio, centro de especialidades, hospital) entre pediatra

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

327

**MEJORA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA.**

gastroenterólogo y médico de adultos gastroenterólogo

2. Explicación de lugar y orden de sucesivas al paciente en el lugar de derivación seleccionado en la consulta.

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 CELIACA.

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 REVISIÓN CONJUNTA DE LOS CASOS Y DECISIÓN DE LUGAR DE CONTROL POSTERIOR.

1. Evaluador: Dr. Ros Arnal

2. Evaluación: cada 6 meses.

3. Indicadores:

a) Porcentaje de pacientes con enfermedad dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente. Objetivo: > 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Protocolo tratamiento de transferencia desde la unidad de gastroenterología pediátrica al servicio de digestivo de adultos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: Mayo 2014 a Agosto 2014.

Consulta conjunta en Unidad de Gastroenterología Pediátrica: Septiembre 2014. Noviembre 2014.

Evaluación: Diciembre 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con enfermedad celiaca.

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

401

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS EN EL SERVICIO DE DIETÉTICA INFANTIL.**

## 2. RESPONSABLE ..... LUISA ROS TEJEL

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORENO TELLER JOSEFINA. TCAE. H MIGUEL SERVET. DIETETICA
- ESTARAN LASOBRAS MARIA ISABEL. TCAE. H MIGUEL SERVET. DIETETICA
- CESTER GARCIA ALICIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. DIETETICA
- ALEJANDRE PALOMARES YOLANDA. TCAE. H MIGUEL SERVET. DIETETICA
- SEBASTIAN PERALES GLORIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. DIETETICA
- PEZONADA UTRILLA ELVIRA. TCAE. H MIGUEL SERVET. DIETETICA
- GRACIA CASADO GEMMA LUCIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hospitalización del recién nacido y la separación de la madre supone un proceso traumático tanto físico como psíquico que influye en la eficacia de la lactancia materna. Por todo ello, el fomento de la lactancia materna y la atención integral madre-niño y del núcleo familiar es uno de los principales objetivos de los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Materno-Infantil Miguel Servet. El servicio de Neonatología y el Servicio de Dietética del Hospital Infantil se vuelcan en poner al alcance de las madres todos los medios necesarios para que se pueda llevar a cabo la extracción de leche materna en el domicilio y garantizar así los beneficios probados de este tipo de lactancia en la madre y en el niño. Sin embargo, se han observado dificultades en la gestión del material por parte de las familias lo que supone un elevado coste para el Servicio de Dietética Infantil.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Fomentar de la Lactancia materna de las madres con niños ingresados y mejorar la implicación del núcleo familiar en este proceso.

- Mejorar la atención integral a las familias, minimizando el sufrimiento que supone la separación del recién nacido tras el proceso del parto.
- Mejorar la satisfacción de las familias en la asistencia sanitaria.
- Mejorar el proceso de Información sobre extracción, conservación y transporte de leche materna para el Recién nacido hospitalizado elaborado por el servicio de Neonatología y la Unidad de Dietética Infantil.
- Evitar un mal almacenaje de la Leche Materna por parte de las madres en el domicilio.
- Reducción del consumo de material por el Servicio de Dietética Infantil, principalmente biberones, lo que mejorará la gestión de material y producirá un ahorro considerable para el Hospital Infantil.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Difusión de la "Guía de información, extracción, conservación y transporte de leche materna para el RN hospitalizado".

2. Aumentar la satisfacción de las madres con niños ingresados en cuanto a la atención recibida por parte del personal sanitario en el Hospital Infantil.

3. Implantación de un Sistema de Innovación creado en la unidad de Dietética para tratamiento del material de cristal (monodosis). Consiste en el reciclado del material de cristal de uso habitual del Servicio de Dietética del Hospital Infantil, limpieza y esterilización para su posterior uso por las madres de niños hospitalizados para el proceso de extracción de lactancia materna en domicilio.

4. Control y reducción del gasto sanitario en cuanto a biberones en el Hospital Infantil Miguel Servet.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° madres con niños ingresados en neonatología que utilizan el servicio de almacenamiento de lactancia materna de la unidad de Dietética Infantil/N° de niños ingresados en neonatología N° de madres que transportan leche materna en envase no apropiado para el servicio de dietética/N° total de madres que remiten leche al servicio de dietética infantil

N° de biberones gastados en 2014/ N° de biberones gastados en 2013.

N° de pacientes con encuesta de satisfacción positiva/ n° pacientes-usuarios del servicio de dietética infantil.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De enero a diciembre de 2014

Enero-febrero. Elaboración del proyecto de innovación.

Marzo. Difusión de la Guía de información y mejorar el circuito de información a padres por el servicio de dietética.

Abril-noviembre. Puesta en marcha del nuevo sistema de almacenaje de lactancia materna.

Junio. Control del gasto de material por el servicio de dietética.

Noviembre. Nuevo corte de gestión de material y encuesta de satisfacción a pacientes.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Madres de niños hospitalizados en neonatología
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

401

**MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS EN EL SERVICIO DE DIETÉTICA INFANTIL.**

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. lactancia materna,

OTRA PALABRA CLAVE 2. aprovechamiento

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

347

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON DISFONÍA EN LA CONSULTA DE FONIATRÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

2. RESPONSABLE ..... PILAR RUEDA GORMEDINO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REIGADA Y PEREZ SANTA CRUZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Corresponde a Foniatría del Hospital Universitario Miguel Servet atender a los pacientes con trastornos de la voz de los Sectores Zaragoza I y II por lo que la demanda es muy elevada.

Por otra parte, son diversas las opciones de manejo de este problema: abstención terapéutica, escuela de pacientes con disfonía y terapia vocal logopédica. Esta última presenta una gran demora.

Se propone como iniciativa de mejora la puesta en marcha de un protocolo de evaluación del paciente y elección del tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Especificar los criterios de decisión terapéutica en los pacientes con disfonía.

Reducir la demora para terapia vocal logopédica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión bibliográfica de actualización sobre evaluación y tratamiento de la disfonía.

Diseño del protocolo de evaluación y tratamiento del paciente disfónico.

Implementación del protocolo durante 6 meses

Evaluación de resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes disfónicos que han seguido el protocolo (para ver si se ha cumplido)

Demora para terapia vocal logopedica (para valorar si se ha reducido)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en el mes de Mayo de 2014

Revisión bibliográfica: mayo y junio de 2014

Diseño del protocolo: julio de 2014

Implementación del protocolo durante 6 meses: de septiembre de 2014 a febrero 2015

Evaluación de resultados: marzo 2015

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. 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. ....            | 1 Nada  |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco  |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 1 Nada  |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

472

**MEJORA EN EL PROCESO DE OBTENCIÓN DE MUESTRAS EN ÚLCERAS DE PACIENTES DE CIRUGÍA VASCULAR, PARA UN CORRECTO PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

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.  
· PASTOR MENA GERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA VASCULAR  
· VASQUEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· MARTINEZ RINCON ERICA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA VASCULAR  
· GUIJARRO ARROYO LUCIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA VASCULAR  
· GARCIA BUESA SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA VASCULAR  
· SANCHEZ ESCOBEDO SONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA VASCULAR  
· ZORZANO VALERO ANUNCIATA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cultivo de úlceras proporciona con frecuencia resultados que no permiten realizar un diagnóstico correcto sobre cuál es el agente productor de la infección, debido fundamentalmente a la calidad de la recogida de la muestra. Por otra parte, el disponer de datos clínicos, permite realizar un procesamiento más adecuado de la muestra, incluyendo o no la detección de gérmenes multirresistentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad del paciente, al facilitar un mejor diagnóstico y orientación terapéutica.  
Disminución de la carga de trabajo microbiológica por disminución del cultivo de bacterias no representativas tras la realización de una limpieza correcta en el momento de la recogida de la muestra.  
Disminución de costes de la no calidad.  
Conocer el porcentaje de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina en estas localizaciones anatómicas.  
Conocer el porcentaje de Pseudomonas aeruginosa multirresistente o extremadamente resistente en estas localizaciones anatómicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un grupo de trabajo.  
Reunión con los facultativos para transmitir el alcance de la formación al personal de enfermería.  
Charlas formativas al personal de enfermería.  
Valoración del índice Q en las muestras microbiológicas.  
Valoración del número de muestras contaminadas en función del índice Q.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reunión con los facultativos: SI/NO  
Charlas a enfermería = 2  
Cálculo del índice Q:  
(Número de muestras con cálculo del índice Q/ número total de muestras) \*100 =50%  
Disminución del número de muestras contaminadas sobre el total de muestras recibidas tras la implementación de la acción de mejora: = 20

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Mayo de 2014  
Fecha finalización: Mayo de 2015  
Cronograma: reunión con los facultativos: Mayo  
Charlas a enfermería: Mayo, Octubre y Enero de 2015

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

POBLACIÓN DIANA  
· EDAD. Todas las edades  
· SEXO. Ambos sexos  
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes de Cirugia Vascular

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

237

**PROGRAMA DE ALTAS DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (UEAS) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

2. RESPONSABLE ..... LUIS SAEZ COMET  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PAMPLONA NERI MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA  
· VELILLA MARCO JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA  
· PEREZ CONESA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes controlados periódicamente en la UEAS presentan un seguimiento a largo plazo que en muchos casos se podría llevar a cabo en Atención Primaria de Salud. En los últimos años hemos observado un incremento marcado de el número de revisiones anuales, con la progresiva saturación de las consultas. Hemos objetivado que hay pacientes clínicamente estables durante muchos años, que serían candidatos a seguimiento en Atención Primaria, y sin embargo, siguen revisiones anuales o semestrales en nuestra Unidad sin presentar grandes complicaciones, o al menos no relacionadas con su enfermedad autoinmune. Creemos que esto se debe a la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en una Unidad altamente especializada en estas enfermedades autoinmunes sistémicas y a la falta de experiencia en el diagnóstico y seguimiento de estas patologías en Atención Primaria, dada la relativa rareza de estas enfermedades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de altas anuales de la UEAS.  
Disminuir el cociente revisiones/primeros días de la UEAS.  
Optimizar los recursos de la UEAS para atender a aquellos pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas con más complicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificar a los pacientes de la UEAS susceptibles de seguimiento en Atención Primaria.  
Establecer los criterios de derivación a Atención Primaria en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.  
Entregar a los pacientes un informe de alta con recomendaciones específicas para su seguimiento en Atención Primaria.  
Valorar el número de pacientes dados de alta anualmente y el número de pacientes que vuelven a ser enviados a nuestra Unidad.  
Acondicionamiento de la base de datos de la UEAS para identificar pacientes candidatos.  
Inclusión del informe de "recomendaciones al alta" en base de datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de altas anuales/mensuales  
Cociente revisiones/primeros días mensuales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014:  
Identificación pacientes candidatos.  
Criterios de derivación.  
Creación del informe de alta.  
Modificación de base de datos.

Mayo'2014-Abril'2015  
Inicio del programa de altas.  
Evaluación continua de los resultados (mensualmente).

Abril'2015:  
Evaluación resultados generales  
Publicación resultados.

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Enfermedades autoinmunes sistémicas.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

237

PROGRAMA DE ALTAS DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (UEAS) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

## 1. TÍTULO

**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.  
· NAVARRO EGEA MARTA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· ROBLES CLERENCIA GEMA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La citometría de flujo (CMF) es la técnica más sensible y específica para la detección de infiltración neuromeningea por procesos oncohematológicos. 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 detectó que un alto porcentaje de las muestras recibidas en la unidad de citometría no tenían celularidad viable en el momento del análisis, lo que obligaba 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 podía 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. Por todo ello, se constituyó un grupo de mejora de la calidad y se solicitó la inclusión del proyecto: "IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTÍPICOS" en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD. Este programa fue seleccionado en la convocatoria de 2013.

Dados los resultados obtenidos hasta el momento, y la posibilidad de mejora, solicitamos el mantenimiento de nuestro grupo de mejora así como la inclusión en el proyecto del H. San Jorge de Huesca; de la unidad de Broncoscopias del H. Miguel Servet y del Servicio de Radiología del mismo centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el periodo de vigencia del programa de Mejora de la calidad la Unidad de Citometría ha recibido:

80 muestras de PAAF. El 100 % de las mismas se recibieron correctamente estabilizadas. Todas ellas fueron útiles para el diagnóstico. 3 de las muestras no tenían celularidad viable por necrosis de la adenopatía, ya sospechado en el estudio radiológico.

88 muestras de LCR. De ellas 86 estaban correctamente estabilizadas. De las dos no estabilizadas, una de ellas pertenecía a un paciente del H. San Jorge de Huesca, inicialmente no adscrito al programa de mejora. Tras la detección del problema se comentó el caso con los facultativos del H. San Jorge y se les enviaron tubos de extracción con estabilizante e instrucciones de recogida de las muestras. Tras esta acción, el 100 % de las muestras de dicho centro se han recibido correctamente.

Se ha enviado nota a todos los profesionales implicados en la extracción de los Servicios de Hematología, Anatomía patológica y Neumología.

Periódicamente se contacta telefónicamente con los encargados de las extracciones de muestra.

Se ha formado al personal técnico implicado en la recepción de muestras: condiciones y tiempo de conservación de las muestras.

Se reponen periódicamente tubos con reactivo de estabilización a través de la supervisión de enfermería de los Servicios de Hematología, Anatomía patológica, Unidad de broncoscopias del Servicio de Hematología del H. Miguel Servet. En los Hospitales San Jorge de Huesca y H. Royo Villanova se reponen tubos con estabilizador a petición de los colaboradores de dichos centros (Dr. Moneva Jordán, H. Royo Villanova. Dr. Marco Amigot, H. San Jorge).

En cuanto a la implantación de un documento de solicitud de estudio, aún no se ha llevado a cabo dada la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS**

heterogeneidad de los Servicios implicados. Hasta el momento se mantiene como como volante de petición el volante P10 y la Hoja de Interconsulta.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo al solicitar la ampliación del programa al año 2014 sigue siendo la optimización de recursos:

1º Eliminar el deterioro de muestras de LCR y PAAF debidas a la citólisis 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.

3º Valoración de la posibilidad técnica de implantar un petitorio electrónico (condicionado a la implementación de la historia electrónica en el SALUD).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión del protocolo en el que se detalle la técnica de obtención, estabilización, transporte y almacenamiento de las muestras de hasta su procesamiento. Adaptación de protocolo específico para la unidad de broncoscopias (se ha iniciado la recepción de muestras de PAAF guiadas por ecobroncoscopia para inmunofenotipaje por citometría de flujo)  
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. Ampliación a los centros y unidades que se han incorporado al proyecto. Fundamentalmente las unidades de Broncoscopia y radiología del HUMS y los Servicios de Hematología del H. San Jorge de Huesca.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Formación del personal facultativo (neurología, anatomía patológica, broncoscopias, radiología y hematología del Hospital Miguel Servet. Servicios de hematología y Anatomía patológica del Hospital Royo Villanova. Servicio de Hematología del H. San Jorge de Huesca):

(Nº facultativos formados/Nº facultativos de los Servicios implicados)\*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 80 %

Correcta cumplimentación del volante de solicitud: (Nº peticiones correctamente cumplimentadas / Nº total de peticiones recibidas)\*100

A conseguir un 100 %. En caso de la recepción de un volante no correctamente cumplimentado se contactará telefónicamente con el responsable de la extracción de la muestra para recabar la información pertinente acerca de la prueba solicitada, tipo de muestra y sospecha diagnóstica.

Correcta estabilización de la muestra: debería lograrse en el 100 %. Dado el color del estabilizante celular

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión del protocolo : en ejecución.

Valoración de documento de petición de estudio: sujeto a implementación de historia electrónica común para el SALUD y a posibilidad técnica (Servicios de Informática).

Envío de cartas al personal técnico y facultativo del Hospital Miguel Servet, Royo Villanova, H. San Jorge de Huesca: primera quincena tras la aceptación de la continuación del proyecto.

Formación del personal facultativo adscrito: primer mes tras la aceptación de la continuidad del proyecto.

Puesta en marcha del protocolo en los centros adscritos: el protocolo está en ejecución conforme al proyecto de 2013. Se ha puesto en marcha en la unidad de Broncoscopias del HUMS y H. San Jorge de Huesca dados los buenos resultados obtenidos hasta el momento y pese a que inicialmente no se contemplaba la incorporación de estas unidades en el proyecto 2013.

Valoración de resultados: marzo de 2015.

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

OTRA PALABRA CLAVE 1. Continuación proyecto 2013

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO  
CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

042

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE REGISTRO PERIANESTESICO**

2. RESPONSABLE ..... ARMANDO SANCHEZ ANDRES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· HERRANZ ANDRES MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· SANJUAN VILLARREAL ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· ORO FRAILE JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION  
· RAMOS MORENO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad, el proceso anestésico queda reflejado en documentos independientes para cada subproceso, con gran tendencia al traspapeleo o extravío de alguna parte del registro del proceso. Estas hojas están actualizadas por última vez antes del año 2000, suponiendo una dificultad el registro de los distintos componentes del proceso perioperatorio por el continuo cambio que supone el avance de nuestra especialidad. El registro dispone de un espacio muy limitado para los periodos preoperatorio (estudio preanestésico, intraoperatorio y postoperatorio), dificultando su ejecución.

Cada sección o unidad funcional de nuestro servicio posee características propias derivadas de los procesos que atendemos. Por tanto, para realizar un documento único común para los distintos Hospitales (General, CRTQ, Maternal e Infantil), es obligatorio el consenso entre las distintas secciones.

Registrar estos periodos es fundamental para la seguridad del paciente, ya que permite la optimización del mismo antes de su tratamiento o prueba diagnóstica, permite conocer al anestesiólogo que lo va a anestesiarse correctamente su estado preanestésico, se deja constancia del desarrollo de su anestesia y de las dificultades y problemas encontrados durante su realización, y sirve como documento para registrar y ordenar los cuidados a realizar durante su periodo postanestésico en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).

Así pues es necesario unificar todo el proceso de nuestra atención anestésica y actualizar el registro de esta atención en el documento médico-legal con el que trabajamos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Unificar el registro del proceso anestésico en un único documento en todas las secciones del servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

-Agilizar la revisión de los registros previos y la localización del actual.

-Facilitar y optimizar el manejo perioperatorio del paciente por parte de los servicios solicitantes de nuestra atención.

-Mejorar el registro de la evaluación preanestésica en el formato de papel.

-Actualizar el registro del periodo intraoperatorio conforme a los avances experimentados en nuestra especialidad durante este acto anestésico.

-Preparar este documento médico-legal para los inminentes y futuros cambios que desarrolla nuestra especialidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El equipo formado por los distintos representantes de las secciones y unidades de nuestro servicio, valorará anualmente las siguientes actividades:

-Analizar el estado actual del manejo y registro de la atención preanestésica y de los recursos materiales, técnicos y humanos disponibles en la actualidad y las posibles limitaciones que pueden encontrarse.

-Agilizar la revisión de los registros previos y la localización del actual mediante el uso de papel coloreado.

-Valorar la satisfacción y evaluar la opinión actual de este registro a los Facultativos del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

-Desarrollar un nuevo documento de registro de la atención anestésica perioperatoria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Encuesta inicial y anual de control a los Facultativos del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor para evaluar la opinión y satisfacción con este registro.

-Porcentaje de historias de pacientes con el preoperatorio o el intraoperatorio extraviado (en la actualidad ronda el 4 %): número de historias extraviadas/número total de historias (%). Muestra de 50 historias revisadas/sección anualmente.

-Porcentaje de penetración del uso del nuevo registro perianestésico.

-Cumplimentación del registro (de los tres subprocesos: pre-, intra- y postoperatorio):

Fechas (%)

Identificación del médico responsable del subproceso (%)

Un indicador centinela de cumplimentación

Muestra de 50 historias revisadas/sección anualmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración total del proyecto se estima de en 10 meses.

Los procesos de elaboración y consenso se han realizado ya.

Queda pendiente la edición (abril 2014), Aprobación (abril 2014), Impresión (mayo 2014), Implantación (junio-septiembre 2014), Evaluación (diciembre 2014) y Mejora (diciembre 2014)

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

042

**OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE REGISTRO PERIANESTESICO**

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo paciente que requiera técnicas anestésicas para su proceso diagnóstico o tratamiento, incluyendo la Cirugía Sin Ingreso

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Registro Perianestésico

OTRA PALABRA CLAVE 2. Estudio Preadestésico

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

279

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA DE INFORMACION ACERCA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PARA PACIENTES Y FAMILIARES**

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. CONSULTORA/ASESORA. LADE. MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION.
  - PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - HERNANDEZ CIPRES SHEILA. LADE. MASTER EN MARKETING, PUBLICIDAD Y DISEÑO. AR. LADE. MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION.
  - LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - CALVO CEBOLLERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las cardiopatías limitan por sí mismas la capacidad funcional y empeoran la discapacidad generada por otras patologías. El manejo efectivo de estas enfermedades es complejo y requiere de la participación significativa de los propios pacientes y sus familiares.

Por ello, la información sobre las mismas es crucial ya que son los propios pacientes los que han de saber monitorizar su estado de salud y tomar decisiones. Además, es necesario que puedan evaluar y manejar el impacto de la enfermedad sobre su estado físico, psicológico y social y puedan interactuar con los profesionales para adherirse correctamente a los tratamientos y recomendaciones que se le prescriban.

Debido a la presión asistencial, en muchas hospitalizaciones no es posible tener tiempo para explicar en profundidad la patología cardíaca que padecen y consecuentemente las implicaciones actuales y futuras que entrañan dichas enfermedades. Además, en ocasiones, la terminología médica es compleja e impide a la persona no acostumbrada a la misma entender en profundidad en qué consiste su cardiopatía.

En muchas ocasiones, los pacientes y sus familiares recurren a obtener la información de fuentes poco fiables o no especializadas como puede ser el caso de internet, asimilando su patología a la información recogida sin poder identificar la veracidad de los datos así como sin ser información individualizada de su caso.

Es por todo ello, que se ha creado la necesidad de elaborar una red de información accesible, fiable y con lenguaje cercano a los pacientes. La elaboración de folletos explicativos de cada patología es un apoyo más para el conocimiento de la enfermedad que sufren así como para subsanar frecuentes dudas y ayudar en la implicación de los pacientes y de sus familiares en el proceso de cuidado de su patología.

En esta línea, se elaboró hace ya varios años un folleto explicativo de en qué consiste el cateterismo cardíaco diagnóstico y terapéutico. Al consultar a los pacientes y familiares a los que se les facilitó el mismo en qué les había resultado de utilidad, se obtuvieron buenos resultados en la calidad de la información.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Mejorar el conocimiento sobre la identificación de la enfermedad cardíaca que padece el paciente (cardiopatía isquémica, valvulopatías, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca), así como la presencia de factores de riesgo cardiovascular concomitantes.
  2. Mejorar el conocimiento sobre los distintos grados de severidad de la patología de las personas afectas.
  3. Ayudar a la identificación de síntomas de alarma de un evento agudo o una descompensación del problema cardíaco crónico que presentan y como actuar estos casos de síntomas.
  4. Mejorar el conocimiento sobre la alimentación, la actividad física y en general el estilo de vida más indicados en los distintos grados de enfermedad.
  5. Mejorar el conocimiento sobre el grado de control farmacológico de cada patología y de los factores cardiovasculares para lograr una buena adherencia al tratamiento pese a la polifarmacología de estos procesos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participen profesionales pertenecientes a todas las Unidades del Servicio de Cardiología, así como profesionales de otros ámbitos que ayuden en las labores de elaboración, maquetación y accesibilidad de la información.
  2. Elaboración de folletos informativos de cada patología explicando en qué consiste la enfermedad, los factores que contribuyen a su desarrollo, los síntomas de alarma y la importancia de la adhesión al tratamiento farmacológico y a los cambios en el estilo de vida (hábitos de alimentación y ejercicio).
  3. Los folletos serán entregados al paciente al diagnóstico de la enfermedad y/o al alta hospitalaria junto al informe de alta de hospitalización.
  4. De entrada, se propone realizar un total de 7 trípticos informativos (Estenosis mitral, Insuficiencia mitral, Estenosis aórtica, Insuficiencia aórtica, Fibrilación auricular, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardíaca)
  5. Datos que se recogerán en los folletos: explicación sencilla y con apoyo gráfico de en qué consiste cada patología, preguntas frecuentes con sus respuestas pertinentes, tratamiento farmacológico usual y medidas preventivas y actuación ante síntomas de alarma.
  6. Realización de encuestas tras las primeras semanas de puesta en marcha de la distribución a los pacientes para valorar la información y posibles errores que haya que subsanar.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

279

**PROGRAMA DE INFORMACION ACERCA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PARA PACIENTES Y FAMILIARES**

7. Análisis de los datos recogidos y grabados en base de datos mediante tratamiento estadístico del global de los resultados de todas las encuestas.

8. Elaboración de conclusiones que recojan el conocimiento que aportan los folletos y plantear acciones de mejora en base a los resultados de la encuesta para intentar corregir las deficiencias halladas.

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

1. Revisión de los folletos explicativos de las patologías de la Sociedad Europea de Cardiología, la Sociedad Americana de Cardiología y la Sociedad Española de Cardiología para poder adaptar la información a nuestro medio.

2. Valoración de los indicadores claves del SNS Enero 2014:

- 7350 C. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público.

- 7370. Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista con su problema de Salud.

3. Valoración de la calidad de la información suministrada mediante una encuesta a los pacientes que hayan recibido estos folletos.

4. En la encuesta se incluirán preguntas para conocer los distintos perfiles sociodemográficos de la población para poder adaptar con posterioridad la información elaborada inicialmente en los trípticos y conseguir una mayor comprensión de la misma.

5. Tras la publicación de los folletos de información, comprobar que la difusión ha sido adecuada, de modo que cada una de las Unidades del Servicio 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 información en forma de trípticos para los pacientes del Servicio de Cardiología, con la presentación de resultados al finalizar el mismo.

La fechas propuestas son las que siguen:

- 2º trimestre 2014: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades. Diseño del proyecto.

- 3º trimestre 2014: Elaboración de los trípticos de cada patología.

- 4º trimestre 2014: Encuestas de valoración a los usuarios.

- 1er trimestre de 2015: Modificación del tríptico según resultados de la encuesta y nueva puesta en circulación del folleto modificado.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Jóvenes, adultos y ancianos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en el servicio de Cardiología del HUMS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Información

OTRA PALABRA CLAVE 2. Cardiopatías

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

305

**PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN QUERATITIS BACTERIANAS**

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SANCHEZ PEREZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUTIERREZ RUIZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- FERRER FERRER MARTA LUCIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- CALVO PEREZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
- ABADIA ALVAREZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente gran variabilidad en el tratamiento de las queratitis bacterianas, así como gran variabilidad en los criterios seguidos para la toma de muestra microbiológica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la variabilidad en el tratamiento de las queratitis bacterianas Sentar indicaciones para la toma de muestras microbiológicas en las queratitis bacterianas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión bibliográfica

Desarrollo del protocolo diagnóstico-terapéutico en queratitis bacterianas

Determinar las muestras tomadas con indicación en el protocolo en relación al total de pacientes con queratitis bacteriana

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de diagnóstico: número de pacientes con indicación de toma de muestra microbiológica indicada en protocolo/ total de pacientes con toma de muestra microbiológica

Indicador terapéutico: número de pacientes con tratamiento de acuerdo con el protocolo/ número total de pacientes tratados

Revisión retrospectiva de historias clínicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio el 1/6/14 y finalización el 1/3/15

Calendario de actividades:

- Desarrollo del protocolo: Junio-Agosto 2014
- Revisión de historias clínicas: Septiembre-Diciembre 2014
- Valoración de resultados: Enero 2015-Marzo 2015

11. OBSERVACIONES. He enviado el proyecto con anterioridad, pero he rellenado mal algunas partes del formulario, ruego acepten este segundo desechando el primero. Gracias11. 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. Queratitis bacteriana

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

070

**PROGRAMA PARA LA ATENCION RAPIDA DEL PACIENTE CON DOLOR ONCOLOGICO**

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASADO MERODIO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
- LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
- GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
- PEÑA CALVO PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
- MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
- UNGRIA MURILLO JULIA. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- PEREZ LAZARO CAMILA JOSEFA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lista de espera actual en la Unidad del Dolor del HMS es de unos nueve meses. Nuestra propuesta es conseguir realizar la primera visita del paciente con dolor oncológico en menos de una semana desde la solicitud de la colaboración, realizar la primera revisión en menos de un mes y dejar la posibilidad de consulta a demanda en caso de dolor no controlado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir un alto índice de cumplimiento >95% con objeto de garantizar la asistencia del paciente con dolor oncológico, la optimización del tratamiento y seguimiento tanto del dolor como de los efectos secundarios derivados del tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se revisarán todas las interconsultas solicitadas por otras especialidades de manera diaria, seleccionando los pacientes con dolor oncológico y citándolos en los siguientes cinco días laborales. En un principio se incluirán de manera extraordinaria en la consulta ("doblados") y en caso de que supongan un gran aumento de volumen de trabajo se dejarán huecos libres en la agenda de forma diaria para estos pacientes según la demanda calculada. En el primer mes de después de la primera visita se realizará al menos una revisión, quedando abierta la opción de acudir a la consulta a demanda en dolor no controlado o efectos secundarios graves.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El principal indicador será la realización de la primera consulta en menos de 5 días laborales desde la recepción de la interconsulta.- índice de cumplimiento > 95 %  
Otros indicadores: Primera revisión en menos de un mes  
Revisiones a demanda del paciente en caso de dolor no controlado o ante la presencia de efectos secundarios graves- índice de cumplimiento >95%  
Valoración de la intensidad del dolor- índice de cumplimiento 100%  
Valoración de la aparición de efectos secundarios- índice de cumplimiento 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha prevista de inicio sería el mes de mayo de 2014, siendo a partir de entonces la duración del proyecto indefinida.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- 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. ....                     | 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

255

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE MEDICION AMBULATORIA DE PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA COMO FORMA DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO**

## 2. RESPONSABLE ..... JUAN SANCHEZ-RUBIO LEZCANO

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CEBOLLADA DEL HOYO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presión arterial (PA) es una constante biológica que presenta importantes variaciones a lo largo del día, estando influida por un ritmo circadiano. La relación entre la variabilidad de la PA y la afectación de órganos diana o el incremento del riesgo de eventos cardiovasculares ha sido un tema muy estudiado desde hace años, de modo que actualmente se dispone de una amplia evidencia sobre el papel de la variabilidad como factor asociado de forma independiente con la afectación de órganos diana o la aparición de episodios cardiovasculares.

La MAPA es un procedimiento diagnóstico no invasivo recomendado en todas las guías de las distintas sociedades de hipertensión y con unas indicaciones claras: sospecha de HTA bata blanca, sospecha de HTA enmascarada, sospecha de HTA nocturna, identificación de paciente con patrón no dipper, variabilidad de medición de PA en distintas ocasiones...

Mediante la realización de esta prueba se pretende un mejor diagnóstico del paciente hipertenso o con sospecha de hipertensión lo cual conlleva a un tratamiento más acertado con lo que se disminuye en ocasiones el número de tratamientos recetados o se modifica la posología de la toma de los mismos además de disminuir las consecuencias a medio-largo plazo de una hioertensión no corectamente tratada (patología cerebrovascular, cardiopatía hipertensiva, nefropatía..)

Referencia bibliográfica:

1.- Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Identificación de pacientes hipertensos no diagnosticados
- 2.- Identificación de pacientes con hipertensión de bata blanca
- 3.- Identificación de pacientes con HTA enmascarada
- 4.- Identificación de pacientes no dipper

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de MAPA en pacientes con diagnóstico de sospecha anteriormente citados (HTA de bata blanca, HTA enmascarada...).

Detectar los pacientes con HTA nocturna y otros casos en los que puede ser necesaria la realización de cronoterapia. El dispositivo de MAPA es colocado y retirado por el responsable del proyecto Pablo Sánchez-Rubio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de MAPAS realizados

2.- Número de pacientes a los que se modifica el diagnóstico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en abril de 2014 con reevaluación anual.

Realización de MAPAS en los pacientes que se considere indicado, por lo que no se puede hacer una programación estricta con antelación

11. OBSERVACIONES. Para este proyecto se cuenta con la colaboración desinteresada de dos profesionales de fuera del sector:

Dr. Jesús Cebollada: miembro de la Unidad de HT y Riesgo Vascular del HCU Lozano Blesa, se ha prestado a colaborar para interpretación de MAPAS en caso de ser necesario.

Dr. Juan Sánchez-Rubio: cardiólogo adscrito a la Unidad de Hemodinámica del HU Miguel Servet, se ha prestado a colaborar en caso de pacientes con perfil de cardiopatía isquémica en caso de ser necesario.

Aunque estos dos profesionales son de otro sector sólo van a ser incluidos pacientes del Sector de Barbastro, por lo que considero que es un proyecto de un único sector sanitario. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

REALIZACION DE MEDICION AMBULATORIA DE PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
COMO FORMA DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO

- 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

006

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE LAS TABLAS DE PESOS FETALES Y NEONATALES EN LA POBLACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

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 Y GINECOLOGIA
  - RITE GRACIA SEGUNDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
  - LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
  - CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - PEREZ PEREZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - GARRIDO FERNANDEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - AGUSTIN OLIVA ANDREA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida: los fetos con bajo peso suponen un 10% de todos los recién nacidos del hospital, dentro de este grupo se encuentran el 99% de los fetos con crecimiento intrauterino retardado (CIR) 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.

Actualmente se utilizan en el Hospital Miguel Servet para el diagnóstico de los fetos pequeños para su edad gestacional (PEG) las tablas de pesos de Santamaría (avaladas por la SEGO), realizadas con pesos de neonatos. Creemos que tendríamos que ajustar estas tablas a pesos de datos propios de nuestra población y de pesos neonatales por encima de las 37 semanas y de pesos calculados por ecografía por debajo de las 37 semanas. Esto supondría una mejora notable en el diagnóstico de fetos PEG. Creemos igual de importante el ajuste de estos percentiles a factores fetales, maternos y paternos que afectan al peso fetal como son: sexo fetal, paridad, edad materna y peso materno al comienzo del embarazo, talla materna y talla paterna.

Otra oportunidad de mejora sería consensuar y unificar con el Servicio de Pediatría estas tablas de tablas fetales para que tanto Obstetras y Pediatras manejen los mismos datos. De esta forma se podrían realizar estudios a largo plazo de estos recién nacidos PEG que tendrían su percentil de peso más ajustado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Gracias a la informatización de la sección de ecografías de Obstetricia, que es la que nos va a permitir obtener los datos para la realización del proyecto, y que realizamos hace ya tres 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, mejoría del número publicaciones en la sección ya que se han presentado numerosas posters y comunicaciones a congresos y se han publicado diversos artículos y están en curso al menos 2 tesis.
- unificación de tablas de referencias utilizadas por los facultativos del sector (accesibles desde la intranet del hospital)
- mejorar el diagnóstico y el seguimiento y por lo tanto el tratamiento preciso para los fetos con bajo peso, ya que podemos conocer el percentil exacto y su situación doppler gracias al proyecto de mejora del año 2013.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que se esperan conseguir son las tablas de pesos fetales de nuestra población y obtener los percentiles de pesos (percentiles 3,10,25,50,75 y 90) y ajustar estos percentiles a los factores que se ha visto que afectan al peso fetal y que hemos comentado previamente.

De esta forma podremos ajustar de una forma más adecuada el percentil del peso fetal y tomar las decisiones clínicas que requieran los fetos con un PEG, que puede afectar seriamente a su evolución y pronóstico perinatal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Obtención de los datos que nos permitan obtener los pesos fetales tanto al nacimiento como en las ecografías prenatales y recogida de factores de riesgo fetales y parentales que puedan influir en el peso fetal (Drs. Savirón, Pérez y Garrido).  
-Estudio estadístico y realización de tablas de pesos fetales y neonatales, obteniendo los percentiles y estudiando cómo influye cada factor fetal, materno y paterno estudiados (Dr. Lapresta).  
-Unificación de las tablas de pesos fetales en los Servicios de Obstetricia y Pediatría del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (Drs. Rite, Lerma y Campillos).  
-Evaluación de resultados y seguimiento (Dra. Agustín).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Indicador 1: Realización de tablas de pesos fetales (ajustadas al sexo fetal) y obtención de los percentiles de peso.  
-Indicador 2: Estudio de los factores de riesgo a estudio que puedan influir en el peso fetal.  
-Indicador 3: Validación de las tablas de peso.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

006

**REALIZACION DE LAS TABLAS DE PESOS FETALES Y NEONATALES EN LA POBLACION DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014:

-Recogida de datos

Mayo-Septiembre 2014:

-Realización de tablas de pesos fetales con sus percentiles y estudio de los factores de riesgo

Octubre 2014-Diciembre 2014:

-Validación de las tablas

11. OBSERVACIONES. -Se quieren obtener al menos 6.000 datos en un estudio longitudinal de al menos 2.000 fetos (1.000 varones y 1.000 mujeres) para poder realizar este proyecto de mejora.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pesos fetales y neonatales

OTRA PALABRA CLAVE 2. Ajuste de percentil de peso según factores influyentes

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

003

## 1. TÍTULO

**CUMPLIMENTACION TERAPEUTICA DEL PACIENTE CON DOLOR QUE ACUDE A CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA-REHABILITACION DE COLUMNA**

## 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.

- RODRIGUEZ VELA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- PEÑA GIMENO DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se define el cumplimiento terapéutico como el grado en el que la conducta de las personas en lo que se refiere a la toma de medicación, seguimiento de dietas, o cambios en el estilo de vida, está de acuerdo con la prescripción terapéutica.

La adherencia terapéutica sólo puede obtenerse cuando el paciente ha aceptado la existencia de la enfermedad y las particularidades de los tratamientos propuestos (1).

Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico que se le ha indicado. Este incumplimiento es aún mayor cuando lo que se le ha prescrito es la modificación de hábitos y estilo de vida, comprobándose que menos del 30% cumplen las restricciones alimenticias.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico incluye abandono del tratamiento, omisión de dosis, errores de dosificación, confusión de horarios y automedicación. Se considera cumplidor aquel cuyo porcentaje de cumplimiento se sitúa en el 80-110%. El incumplimiento es frecuente en enfermedades crónicas, en el paciente asintomático, en ancianos y en pacientes que tienen prescritos varios fármacos de forma crónica(2).

Dentro de los factores que influyen en el cumplimiento se encuentran: relación profesional sanitario-paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad y la terapéutica (3).

Los pacientes que acuden a la consulta de Unidad de Columna-RHBCOL son pacientes que presentan habitualmente dolor lumbar crónico recurrente, con desacondicionamiento físico, polimedcados y con fracasos terapéuticos previos. Al tratarse de síntomas crónicos y de terapias largas la adherencia disminuye. Destacamos el conjunto de factores y aspectos psicosociales relacionados con las creencias del paciente asociados a la percepción de discapacidad de la enfermedad, la motivación del paciente, los litigios legales y laborales, la falta de información de su proceso y el miedo a tratamiento con opioides mayores presente en el paciente y en Medicina de Atención Primaria (4). Por todo ello consideramos necesario detectar los tipos de incumplimiento y establecer unas estrategias de prevención del mismo.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •

- Cumplimentación del tratamiento analgésico
- Compartir información y promover la comunicación de posibles efectos adversos de la medicación pautada
- Desdramatizar, informar y aclarar el buen pronóstico de la historia natural del dolor lumbar
- Definir el cumplimiento: incumplidores menos del 80% de la dosis, incumplimiento parcial entre el 50 y el 80%, incumplimiento absoluto menos del 50

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- Utilizaremos un método indirecto subjetivo: Test de Morinsky-Green
- Se intentará definir los factores asociados a una mala cumplimentación según la clasificación de la OMS: del sistema de salud, de la enfermedad, del paciente, del tratamiento y socioeconómica
- Estrategias de prevención de incumplimiento:
  - mejorar la relación médico-paciente
    - informar al paciente sobre la enfermedad y la necesidad o no de tratamiento farmacológico
    - simplificar la posología y el número de fármacos a utilizar
    - informar de los objetivos a alcanzar y de la necesidad de una determinada pauta posológica, un cambio de estilo de vida y/o actividad física
    - informar sobre posibles efectos secundarios
    - en pacientes ancianos o con deterioro cognitivo: implicar al cuidador
- Tríptico informativo sobre la prevención de dolor lumbar

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •

- Número de pacientes que acuden a la consulta de UC-RHBCOL
- Número de pacientes a los que se les prescribe tratamiento analgésico
- Número de incumplidores parciales y absolutos
- Clasificar y cuantificar los factores de riesgo de la incumplimentación

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del estudio: Abril 2014

Evaluación del estudio y análisis de los resultados: Diciembre 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

003

**CUMPLIMENTACION TERAPEUTICA DEL PACIENTE CON DOLOR QUE ACUDE A CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA-REHABILITACION DE COLUMNA**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

456

**ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

2. RESPONSABLE ..... PABLO TRINCADO AZNAR
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H MIGUEL SERVET
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA ARANDA ALFONSO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
  - OLIETE BLANCO MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
  - LARDIES SANCHEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - ALVAREZ BALLANO DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - MONTOYA OLIVER MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - TELLA MADORRAN CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - ALCALDE LOPEZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
  - USIETO LOPEZ LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hiperglucemia representa un marcador de gravedad en los pacientes ingresados en el hospital y supone un factor de mal pronóstico, incluyendo el incremento de la mortalidad y del riesgo de infecciones, el aumento de la estancia hospitalaria y de la probabilidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos. De ahí la importancia de un correcto manejo de la hiperglucemia desde el ingreso en Urgencias para conseguir mejorar el pronóstico del paciente hospitalizado, sobre todo teniendo en cuenta que la diabetes mellitus es una patología con una prevalencia muy significativa que se está incrementando de forma progresiva en los últimos años.

El manejo de la hiperglucemia incluye al paciente con diabetes previa al ingreso, a aquel con diabetes no diagnosticada previamente y a la hiperglucemia secundaria a la propia hospitalización debido a factores como el estrés, la propia enfermedad, la nutrición enteral y parenteral, la cirugía o el tratamiento con corticoides.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante la implantación del protocolo de actuación ante la hiperglucemia se pretende conseguir un mejor control de la glucemia en los pacientes hospitalizados desde su ingreso y de cara al alta hospitalaria, tanto por parte de los distintos equipos médicos como a nivel de enfermería, mediante el empleo de criterios unificados. Un óptimo control de los niveles de glucemia en estos pacientes implicaría beneficios tales como la disminución de la morbimortalidad hospitalaria, el descenso en las tasas de infección, la disminución de la estancia hospitalaria y de los costes derivados de la hospitalización y una mejora del pronóstico de estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El protocolo que se pretende elaborar constará de los siguientes apartados:

- Manejo de la hiperglucemia en Urgencias y en Sala de Observación
- Tratamiento de la cetoacidosis diabética y del síndrome hiperosmolar no cetósico..
- Manejo de la hiperglucemia en la planta de hospitalización.
- Tratamiento de la hiperglucemia en algunas situaciones especiales:
  - o Tratamiento con corticoides
  - o Nutrición parenteral y enteral
  - o Cirugía
- Manejo de la hipoglucemia en el hospital.
- Planificación del tratamiento al alta hospitalaria.

Inicialmente se llevará a cabo la elaboración del protocolo de manera multidisciplinar con la participación de distintos miembros de los Servicios de Endocrinología, Medicina Interna y Urgencias.

Una vez elaborado de forma consensuada se pretende la difusión del protocolo a nivel de todo el hospital, de forma dirigida fundamentalmente al personal sanitario médico y de enfermería, a través de charlas a supervisoras de las distintas Unidades de Hospitalización y a través de la Unidad de Formación Docente del hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la monitorización del proyecto los indicadores principales que se pretendan utilizar son:

- Encuestas de cumplimentación del protocolo del manejo de la hiperglucemia por parte del equipo médico y de enfermería.
- Encuestas de satisfacción de los profesionales sanitarios una vez implantado el protocolo.
- Revisión de las historias clínicas de los pacientes para valorar los resultados clínicos de la implantación del protocolo.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

456

**ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende el iniciar el proyecto en mayo de 2014 con una duración aproximada de un año. Inicialmente se elaborará el protocolo propiamente dicho mediante la participación multidisciplinar de los miembros de los servicios de Endocrinología, Medicina Interna y Urgencias en un plazo de 2-3 meses, posteriormente se procederá a la difusión del protocolo a los profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y finalmente se realizarán las encuestas de cumplimentación y satisfacción así como la revisión de los resultados clínicos de la implantación del protocolo.

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. Profesionales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROTOCOLO, HIPERGLUCEMIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. HOSPITAL

## 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

468

**TERAPIA HORMONAL INTERMITENTE EN EL CANCER DE PROSTATA****2. RESPONSABLE** ..... MIGUEL ANGEL TRIVEZ BONED

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

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

- GIL FABRA JESUS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- BORQUE FERNANDO ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- RIOJA ZUAZU JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. UROLOGIA
- HERNANDEZ MARTINEZ YUMAIRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- TEJERO SANCHEZ ARLANZA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El tratamiento del cáncer de próstata metastático, localmente avanzado o que ha recidivado tras tratamiento es el bloqueo hormonal continuo.

Por razones que aún no están claras, el bloqueo androgénico continuo, que estimula la apoptosis de las células prostáticas, no logra eliminar toda la población de células malignas. Por tanto, tras un período variable (promedio de 24 meses), el tumor recidiva inevitablemente, lo que se caracteriza por un estado de crecimiento independiente de los andrógenos.

Se ha propuesto que la interrupción de la deprivación androgénica, una vez conseguida la remisión de la enfermedad y antes de la progresión de las células independientes de los andrógenos, supondría que el crecimiento tumoral posterior se debería a la proliferación de células dependientes de los andrógenos. Así pues, las células tumorales serían sensibles una vez más a la privación androgénica. Por tanto, la deprivación androgénica intermitente (PAI) retrasaría la aparición del clon independiente de los andrógenos.

La terapéutica de bloqueo androgénico produce importantes efectos secundarios (sofocos, astenia, alteraciones psicológicas, pérdida de masa ósea y muscular) y aumenta el riesgo de eventos óseos y cardiovasculares. La terapia intermitente evita los efectos secundarios y disminuye los riesgos.

El bloqueo androgénico con análogos de la LHRH es una parte importante del gasto en fármacos urológicos. La terapia intermitente supone un ahorro significativo.

La eficacia oncológica de la terapia intermitente no es inferior a la terapia continua. Diversos estudios demuestran la conveniencia del uso de terapia intermitente con agonistas de LHRH frente a la continua en el tratamiento del cáncer de próstata para evitar o retrasar la hormonorresistencia, disminuir los efectos secundarios y optimizar el coste.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** En el año 2009 Iniciamos en nuestro servicio el uso de la terapia hormonal intermitente en pacientes con cáncer de próstata. No disponemos actualmente de una sistemática de recogida de datos sobre el impacto que esta modalidad de tratamiento supone en nuestro medio asistencial.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Disminuir el número de pacientes con bloqueo hormonal continuo

Disminuir los efectos secundarios de los pacientes

Disminuir el gasto económico en análogos de LHRH

Cuantificar el impacto económico de la terapéutica intermitente

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Método: Tras al menos 9 meses de deprivación androgénica y cuando se obtiene respuesta terapéutica, medida por PSA inferior a 4 ng/ml, se suspende el bloqueo hormonal hasta que ocurra nueva progresión. Se repiten las fases de tratamiento o intermitencia mientras se controle la enfermedad.

Actividades para mejorar: Definición de los criterios de inclusión en bloqueo hormonal intermitente. Desarrollo de base de datos para la recogida de los casos. Cálculo del coste medio por paciente y mes del bloqueo hormonal. Aumentar la Inclusión de pacientes en bloqueo hormonal intermitente.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Número de pacientes incluidos en tratamiento hormonal intermitente

Tiempo medio de intermitencia por paciente medido en meses.

Número de reclamaciones.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Desarrollo desde la fecha hasta julio de 2015.

Mayo 2014: definición de los criterios de inclusión, desarrollo de la base de datos y cálculo del coste del tratamiento hormonal /mes.

Desarrollo del programa del 1 de junio de 2014 a 30 de junio de 2015.

Recogida de datos y análisis: julio 2015.

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

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

468

**TERAPIA HORMONAL INTERMITENTE EN EL CANCER DE PROSTATA**

## 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

060

**DETECCION PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA**

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.  
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA  
· BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR  
· IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION  
· BRAU SANZ BELEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS  
· NAVARRO ALONSO SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS  
· FERRER CERON ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA  
· LACOSTA TORRIJOS LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) es un importante patógeno causante de infecciones nosocomiales, que en el caso de pacientes quirúrgicos puede dar lugar a infecciones de la herida quirúrgica (10-28%), bacteriemia asociada a catéter (10-21%) y neumonía (15-40%) sobre todo en pacientes sometidos a ventilación mecánica.

SAMR es un patógeno oportunista que forma parte de la microflora humana. Se estima que un 4,1% de la población general está colonizada por SARM, y su localización más frecuente son las fosas nasales.

Los pacientes de cirugía cardíaca son considerados pacientes de riesgo, en los cuales se recomienda el cribado para detección y control de SARM, y de esta forma reducir el riesgo de infecciones postoperatorias y disminuir la morbilidad asociada y los costes que ello supone.

La particularidad de los pacientes quirúrgicos es que el ingreso hospitalario en el caso de cirugía electiva suele llevarse a cabo el día previo a la intervención, lo que supone que la mayor parte de las veces los resultados de las pruebas microbiológicas para la detección de SARM se obtienen una vez ya realizada la intervención quirúrgica. Este hecho implica que la profilaxis antibiótica administrada no es efectiva para llevar a cabo una descolonización efectiva y así disminuir la infección postoperatoria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Realizar el cribado preoperatorio para SAMR con la suficiente antelación en los pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca electiva.

- Administrar la antibioterapia adecuada que permita la descolonización por SARM en los pacientes por pruebas microbiológicas positivas.

- Otros objetivos derivados: mejorar la seguridad del paciente, disminución de las infecciones postoperatorias, disminución de morbilidad, reducción de costes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Para obtener los resultados de las pruebas microbiológicas con la antelación suficiente se propone la realización de los frotis nasal y faríngeo para el cribado de SAMR en la consulta de anestesia, a la cual el paciente acude aproximadamente un mes antes de someterse a la intervención quirúrgica.

- En el momento del ingreso hospitalario los resultados de las pruebas microbiológicas ya estarán disponibles, lo que permitirá adoptar las medidas profilácticas adecuadas en los pacientes portadores de SARM.

- Para la prevención de la infección quirúrgica, se administrará como profilaxis antibiótica preoperatoria Teicoplanina 600 mg i.v.

- Para llevar a cabo el proyecto se analizarán las características de los servicios hospitalarios implicados, los recursos técnicos y humanos, y las posibles limitaciones que puedan dificultar su implantación. Los servicios hospitalarios directamente implicados son el Servicio de Anestesiología con el equipo de enfermería de Consultas Externas, el Servicio de Cirugía Cardiovascular, el Servicio de Microbiología y el Servicio de Medicina Preventiva.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardíaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribaje de SARM.

- Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardíaca electiva con resultados positivos a los que se les aplica una profilaxis antibiótica adecuada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 6 a 12 meses. Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles modificaciones.

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 cardíaca electiva

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

060

**DETECCION PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Staphylococcus aureus Resistente a Meticilina

OTRA PALABRA CLAVE 2. Profilaxis Antibiótica

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

303

**IDENTIFICACION DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA HEREDOFAMILIAR DESDE LA CONSULTA DE PROCESO DE MAMA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

## 2. RESPONSABLE ..... ISABEL VICENTE GOMEZ

- . 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 LUIS FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- . BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- . BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- . RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de mama heredofamiliar representa un 1% de los cánceres diagnosticados, pero con unas peculiaridades que hace que los profesionales que tratan a estas pacientes deben de tomar unas precauciones especiales. Están ligados a mutaciones de línea germinal y se transmite de forma autosómica dominante y con alta penetrancia para cáncer de mama y ovario. Las pruebas genéticas se recomienda a individuos con antecedentes familiares con alta probabilidad de padecer o ser portadores de genes BRCA1 y BRCA2. Además suelen ser pacientes jóvenes y con un pronóstico sensiblemente peor que las pacientes no portadoras de mutaciones. A estas pacientes la cirugía reductora de riesgo ( mastectomía bilateral con reconstrucción y anexectomía bilateral) o el seguimiento con mamografía , ecografía transvaginal y marcadores tumorales puede ser de gran utilidad para reducir la mortalidad en este grupo de pacientes.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. identificar a pacientes sugestivas de ser portadoras de mutaciones BRCA1 y BRCA2, derivarlas a la consulta de Consejo genético para estudio tanto de la pacientes como de los familiares.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. . Identificación de pacientes sugestivas de ser portadoras de BRCA1 y BRCA2.

- . Envío a consulta de Consejo Genético.
- . Estudio e identificación del gen
- . Información a la paciente y familiares
- . Cirugía reductora de riesgo en las pacientes que lo demanden
- . Seguimiento de estas pacientes

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Identificación de portadoras / pacientes enviadas a consulta.

2. Pacientes portadoras de genes BRCA1 y BRCA2 / pacientes sometidas a cirugía reductora de riesgo.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . Inicio : Junio 2014

- . Valoración al año.
- . Continuación del proyecto al menos dos años

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

115

**FORMACION A PACIENTES Y CUIDADORES SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON ICTUS****2. RESPONSABLE** ..... RAQUEL VILLAR TURON

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H MIGUEL SERVET
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

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

- ROMEO LAGUARTA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- AURE VILLALBA ALBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El Ictus es una de las enfermedades que más dependencia provoca, la información y formación acerca del cuidado en estos pacientes mejora la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

Formar acerca de las AVDB que se ven afectadas en cada caso. Inclusión de personas con Barthel inferior a 50.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Aumentar los conocimientos del paciente y cuidador acerca del manejo de sus cuidados facilitando la integración en su medio habitual tras el alta hospitalaria.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Elaborar tríptico informativo que se entregará al ingreso. Alberto Aure Villalba; Jesús Martín Martínez. M<sup>a</sup> Jesús Chopo Alcubilla. Charlas y Talleres formativos. Ana María Romeo Laguarda; Raquel Villar Turón; Javier Marta Moreno; Josefina Fondevila López;

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** N° de talleres realizados

% de cuidadores formados (n° de cuidadores que asisten a los talleres)/n° total de Ictus ingresados

Encuesta de conocimientos a los cuidadores

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Inicio : Junio 2014

Finalización: Mayo: 2015

Elaboración del tríptico informativo: Junio

Difusión: A lo largo de todo el año.

Charlas y Talleres quincenales: De Octubre 2014 a Mayo 2015

**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. ACV / AIT

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

496

**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
  - LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - MARCEN SERRANO ALICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - PINA ECHEVARRIA SILVIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - LAHUERTA ZUECO MODESTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - VELA IGLESIA BERTA. MIR. 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:

-El número de contaminaciones a partir de 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 la Sección de Hemocultivos del Servicio de Microbiología está acreditada según la norma ISO 15189 que obliga a 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. En 2013 se seleccionó 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. Este proyecto, que se ha llevado a cabo en gran medida, necesita un año más para ser completado.

En 2014, se pretende añadir actuaciones para mejorar, de forma específica, el diagnóstico de la bacteriemia adquirida a través de catéteres, principal causa de bacteriemia nosocomial que ocasiona una importante morbi-mortalidad. Mediante las reuniones informativas realizadas el año anterior, se ha detectado la necesidad de difundir información sobre este tema y actualizar algunos aspectos del procesamiento microbiológico según las publicaciones más recientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Difusión y formación en la toma de hemocultivos en UCIs, Hospital de Traumatología y Servicios de Medicina Interna

-Todos los datos microbiológicos están recogidos por un método que permite implantar indicadores de calidad

-Los datos obtenidos hasta la fecha, ofrecen información útil para priorizar las unidades en las que sería necesario realizar actividades de mejora en la toma de hemocultivos

-Se dispone de datos fiables para obtener los indicadores relativos a la tasa de hemocultivos positivos verdaderos y hemocultivos contaminados desde mayo de 2013

-Se han analizado los dos indicadores en los siguientes servicios: Medicina interna (plantas 2ª, 10ª y 11ª), Urología, Nefrología, Infecciosas y Urgencias del hospital general

-En todos los servicios estudiados la tasa de verdaderos positivos se encuentra dentro de los porcentajes aceptados por la literatura.

-En todos los servicios evaluados menos uno, la tasa de hemocultivos contaminados se encuentra por encima de los valores aceptados en la literatura, indicando la necesidad de programar actividades de mejora

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Completar la transmisión de información a los Servicios donde no fue posible en 2013

-Elaboración de normas específicas para el diagnóstico de bacteriemia adquirida por catéter 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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

496

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL METODO DE TOMA DE MUESTRA DE HEMOCULTIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MONITORIZACION MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD**

- Completar la instauración de tres 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 indicadores seleccionados  
-Actualmente se ha creado la base informática (configuración de parámetros de calidad en hemocultivo: caducidad del frasco, volumen de muestra e interpretación facultativa del hemocultivo) para poder realizar de manera semiautomática el cálculo de los indicadores propuestos. La realización de una estadística, entre las fechas deseadas, con los parámetros anteriormente mencionados y la aplicación de una sencilla fórmula permite realizar el cálculo de los indicadores. Se propone, como mejora, automatizar el proceso de tal forma que solo haya que especificar las fechas entre las que queremos realizar el cálculo del indicador  
- Por último, 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.  
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  
-Valor 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

## INDICADOR 3:

Nº de catéteres recibidos sin hemocultivo / Nº total de catéteres recibidos  
-Valor diana = 0  
La monitorización se llevará a cabo de forma automática en el SIL de forma mensual

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración y calendario previsto: 1año

## Cronograma:

Abril 2014-Mayo 2014: elaboración del procedimiento relativo al diagnóstico de bacteriemia por catéter. El procedimiento general de extracción de toma de hemocultivos se elaboró en 2013

Mayo 2014-Diciembre 2014: elaboración del calendario de reuniones y desarrollo de las mismas. En el mismo periodo, incorporación de las modificaciones necesarias en el procesamiento microbiológico referido a la bacteriemia por catéter

Enero 2015-Mayo 2015: monitorización de indicadores

Mayo 2015: 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. Profesionales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

267

**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.
- MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - ORTEGA LACAMBRA ELENA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - SABATER ADAN BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - SOLA PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - MARTINEZ CARBALLO SOFIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - SANZ HERNANDEZ CARMEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIO
  - GOTOR COLAS SOFIA. 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 2013 )

- 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 1 curso de 4 horas de duración en Mayo del 2013, organizado por la comisión de docencia del Hospital Universitario Miguel Servet, para profesionales sanitarios, matronas, ginecólogos y pediatras, a fin de que tengan los conocimientos necesarios para una adecuada intervención.
- Colaboración en la 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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

267

## 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**

calidad fomentando su participación.

- Realización de un póster divulgativo que se presentó en el II Congreso de la Asociación Científica de Matronas de Aragón, celebrado en Junio de 2013.

- Publicación de un artículo científico en la revista Matronas Hoy, sobre el proyecto realizado.

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 42 %.

- Realización de formación continuada ha sido de 2 sesiones clínicas de 4 horas de duración, dirigido a profesionales matronas del H.U. M, 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 impartió 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 %. En la actualidad desconocemos el grado de participación del colectivo inmigrante a los 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 Médicos del mundo y la DGA, 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 Paritorio 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 paritorio.

- 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 de 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.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

267

**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**

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

OTRA PALABRA CLAVE 1. Inmigración

OTRA PALABRA CLAVE 2. Mujeres

## 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. ....             | 2 Poco  |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

376

**IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA HISTORIA MEDICO-LABORAL INFORMATIZADA DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO II**

2. RESPONSABLE ..... MATILDE CAMPO SANZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... UNIDAD DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES-Z2
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IGUACEL ACIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. UNIDAD DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES-Z2. UNIDAD BASICA DE PRL
- SIMON CLEMENTE SALOME. MEDICO/A. UNIDAD DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES-Z2. UBPR L SECTOR II, HOSPITAL MIGUEL SERVET.
- DOLSAC ESPINOSA IGNACIO. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL MIGUEL SERVET
- FERNANDEZ PASCUAL MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. UNIDAD DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES-Z2. UBPR L. HOSPITAL MIGUEL SERVET
- LATORRE MOSTEO CARMEN. MEDICO/A. UNIDAD DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES-Z2. UBPR L SECTOR II
- RUIZ GARCIA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. UNIDAD DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES-Z2. UBPR L SECTOR II, HOSPITAL MIGUEL SERVET
- LAZARO ALCAY MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. UNIDAD DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES-Z2. UBPR L SECTOR II, HOSPITAL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En cumplimiento de la ley de prevencion de riesgos laborales.

La unidad basica de prevención de riesgos laborales del sector sanitario II, es responsable de la realización de la vigilancia de la salud de los trabajadores del Sector , esto genera la historia médico - laboral que actualmente se realizan en formato papel.

El formato papel nos ocasiona problemas cotidianos de almacenamiento, con archivadores de muy difícil manejo, con patologías de sobre esfuerzo muscular para el personal que diariamente maneja las historias. Esta situación genera, también, problemas de custodia de la documentación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Crear una historia medico - laboral informatizada, con acceso exclusivo al personal sanitario de la UBPR L; del Sector II.
- 2- Protección de datos.
- 3 - Disminuir las cargas de trabajo del personal que maneja la historia en formato papel y así disminuir patología laboral osteo muscular de los miembros superiores.
- 4- Actualizar y agilizar el funcionamiento diario de trabajo de esta Unidad.
- 5-Facilitar la realización de estudios de evaluación e investigación.
- 6- Potenciar la realización de grupos de trabajo para actualizar los procedimientos de trabajo a través de los datos del sistema informático.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En abril de 2014- reunión del equipo para definir los datos que deseamos registrar en los distintos protocolos específicos de la vigilancia de la salud.  
En mayo 2014 - reunión con el subdirector de gestión en sistemas de información.  
En junio de 2014, creación de maqueta por parte del servicio de informática.  
En julio, agosto, septiembre periodo de prueba y formación.  
En octubre posibles correcciones.  
Comenzar a introducir datos el 1 de noviembre de 2014.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. \*Numero de trabajadores a los que se realiza la vigilancia de salud con registro informatizado. de noviembre 2014 a enero 2015.

\*Numero de trabajadores que se les ha atendido en la Unidad sin necesidad de utilizar la historia médico laboral en formato papel durante el año 2015.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014.inicio del proyecto.

Implantación del proyecto en noviembre.

En enero de 2015 , pleno funcionamiento de la historia médico - laboral informatizada.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Confidencialidad, intimidad

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. trabajadores del Sector Sanitario II
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

376

**IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA HISTORIA MEDICO-LABORAL INFORMATIZADA DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO II**

OTRA PALABRA CLAVE 1. INFORMATIZACION

OTRA PALABRA CLAVE 2. HISTORIA MEDICO-LABORAL.

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 |