GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Salud y Consumo

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

salud servicio aragonés de salud

· Sector Aragón ·

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	218	PEMAN MUÑOZ, TERESA	OPTIMIZCION DE RECURSOS DIAGNOSTICOS DE EPOC EN ATENCION PRIMARIA	CS ALMOZARA	
AT.PRIMARIA	214	PUEYO SALAVERA, CLARA	INTERVENCION INTENSIVA EN DESHABITUACION TABAQUICA EN ATENCION PRIMARIA	CS ALMOZARA	
AT.PRIMARIA	73	GARCIA CALVO, VICENTE	INCREMENTO DE LA COBERTURA DE PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM MEDIANTE MUESTRA DE SANGRE CAPILAR	CS FERNANDO EL CATOLICO	
AT.PRIMARIA	204	GABAS BALLARIN, PILAR	EXPLORACION DEL PIE EN LA ATENCION AL DIABETICO	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	
AT.PRIMARIA	190	NAVARRO AZNAREZ, GLORIA	DIABETICOS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON METFORMINA Y DEFICIT DE VITAMINA B12	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	
AT.PRIMARIA	182	ALZORRIZ URRIO, BELEN	NOCIONES PARA UNA VIDA SALUDABLE	CS LAS FUENTES NORTE	
AT.PRIMARIA	188	BURRO DAL, ADORACION	EDUCAR EN EL DUELO. ACTIVIDAD DIRIGIDA A DOS POBLACIONES CLARAMENTE DEFINIDAS MAYORES E INMIGRACION	CS LAS FUENTES NORTE	
AT.PRIMARIA	202	FORES CATALA, MARIA DESAMPARADOS	EDUCACION SANITARIA EN ASMA INFANTIL EN LOS COLEGIOS DESDE ATENCION PRIMARIA	CS LAS FUENTES NORTE	
AT.PRIMARIA	119	LOZANO DEL HOYO, MARIA LUISA	INFLUENCIA DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLOGICO EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2	CS LAS FUENTES NORTE	
AT.PRIMARIA	95	BUJEDO RODRIGUEZ, FELICIDAD	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD A CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES	CS SAN JOSE NORTE	
AT.PRIMARIA	65	VAZQUEZ ANDRE, MARIA LUISA	PROTOCOLO DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GINGIVITIS EN POBLACION JOVEN, DESDE LAS CONSULTAS DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCION PRIMARIA	CS SAN JOSE NORTE	
AT.PRIMARIA	447	ARA LORIENTE, VICTORIA	ESTUDIO PILOTO PARA LA VALORACION DE LA INCLUSION DE LA ELECTROPUNTURA SOBRE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES (PGM) EN EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO DOLOROSO, EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE AP, SECTOR Z2	CS SAN JOSE SUR	
AT.PRIMARIA	170	CASTRO PINEDO, NATIVIDAD	IMPLANTACION DE NORMAS ISO. ESTUDIO DE NO CONFORMIDADES. CENTRO DE SALUD SAN PABLO	CS SAN PABLO	
AT.PRIMARIA	510	SORIA CABEZA, GLORIA	ATENCION A LA URGENCIA VITAL	CS TORRE RAMONA	
AT.PRIMARIA	502	ASTIER PEÑA, MARIA PILAR	OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE APOSITOS POR RECETA EN ATENCION PRIMARIA	DAP ZARAGOZA 2	
AT.PRIMARIA	486	CELAYA LECEA, MARIA CONCEPCION	MONITORIZACION DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL E IBP EN EL SECTOR ZARAGOZA II	DAP ZARAGOZA 2	
AT.PRIMARIA	400	MORO LARA, FRANCISCO JAVIER	ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ADMISION DEL SECTOR DE ZARAGOZA II. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN "DECALOGO DE BUENAS PRACTICAS" A UTILIZAR POR LOS PROFESIONALES DE ADMISION	DAP ZARAGOZA 2	
AT.PRIMARIA	397	TOBAJAS SEÑOR, EVA MARIA	ABORDAJE DE ULCERAS POR PRESION (UPP) EN ATENCION PRIMARIA. SECTOR ZARAGOZA II	DAP ZARAGOZA 2	
AT.PRIMARIA	187	TORRUBIA ATIENZA, MARIA PILAR	MEJORA DEL USO DE LA VIA SUBCUTANEA POR LOS CUIDADORES EN EL AMBITO DOMICILIARIO MEDIANTE UN DIPTICO INFORMATIVO	ESAD ZARAGOZA 2	
AT.ESPECIALIZ.	344	GARCIA MATA, DANIEL	ADECUACION Y RACIONALIZACION DE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE AREA	CME SAN JOSE	
AT.ESPECIALIZ.	517	GIMENEZ PARRES, LUIS	ADAPTACION DE LAS AGENDAS DE CITACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS PREVIA A LA IMPLANTACION DIS-PACS	CME SAN JOSE	
AT.ESPECIALIZ.	519	ARIÑO MARTIN, MARIA DOLORES	PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO MEDIANTE LA CREACION DE LA WEB WWW.MUJERYCORAZON.COM Y CHARLAS EN EL SECTOR II	CS SAN PABLO	

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	504	ABAD SAZATORNIL, MARIA REYES	MEJORANDO LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN LA UTILIZACION DE LOS MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	17	ABOS OLIVARES, DOLORES	ANALISIS DE LAS CAUSAS POR LAS QUE LOS PACIENTES CITADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HUMS NO ACUDEN A REALIZARSE LAS PRUEBAS Y ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS PARA DISMINUIR ESTAS AUSENCIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	200	ACHA PEREZ, FRANCISCO JAVIER	MEJORA PARA EVITAR DESPLAZAMIENTOS A PACIENTES DE FUERA DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA EN LA FASE DE PREPARACION Y COLOCACION DE BOMBAS DE INFUSION CONTINUA DE INSULINA (ISCI)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	334	AGUSTIN FERRANDEZ, MARIA JOSE	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS CITOSTATICOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	500	ALIAGA MAZAS, YOLANDA	MEJORA DEL USO DE LA HERRAMIENTA INFORMATICA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	498	ALVAREZ ALEGRET, RAMIRO	PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA ISO 15189:2007 DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA A PARTIR DE UN PROGRAMA CONTINUO DE MEJORA PREVIO Y DE LAS DIRECTRICES DEL COLEGIO AMERICANO DE PATOLOGOS (CAP, QUALITY MANAGEMENT IN ANATOMIC PATHOLOGY)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	160	ANDRES OROS, MARIA PILAR	INFORMATIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS EN LA CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	240	ARTIGAS MARTIN, JOSE MARIA	ESTIMACION DEL RIESGO CARCINOGENICO (DOSIS EFECTIVA) ASOCIADO A LAS EXPLORACIONES CON TC EN LA UNIDAD DE RADIOLOGIA DE URGENCIA DEL HUMS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	485	BAJADOR ANDREU, EDUARDO	DESARROLLO DE LA GESTION DEL PROCESO DE CANCER COLO-RRECTAL (CCR) EN EL SECTOR DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET: PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD AMBULATORIA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON CCR	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	189	BARINGO FUENTES, TERESA	MEJORAR EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS MEDICOS QUE SOLICITAN NUESTRAS PRUEBAS CON LA RESPUESTA OBTENIDA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	289	BARRANCO DOMINGUEZ, JOSE IGNACIO	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	290	BARRANCO DOMINGUEZ, JOSE IGNACIO	POTENCIACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORECTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	375	BONED NAVARRO, FRANCISCO JAVIER	ELABORACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE VIA AEREA DIFICIL LA UNIDAD DE ANESTESIOLOGIA DEL H.MATERNAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	336	BRUNA MARTIN, MARIA DEL MAR	PROGRAMA DE CAPACITACION PARA LOS CUIDADORES DE NIÑOS TRAQUEOTOMIZADOS CON VENTILACION ASISTIDA EN UNA UCI PEDIATRICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	45	BUSTAMANTE RODRIGUEZ, EDUARDO	MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	456	CALVO CEBOLLERO, ISABEL	MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE POST-STENT CORONARIO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	131	CAMPILLOS MAZA, JOSE MANUEL	INCREMENTO EN LA TASA DE EXITO DEL TRATAMIENTO MEDICO DE LA GESTACION EXTRAUTERINA, MEDIANTE LA ASOCIACION DEL FARMACO MIFEPRISTONA CON EL PREPARADO HABITUAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	503	CAMPOS CALLEJA, CARMEN	DIFUSION DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	421	CANO MATEO, ISABEL	VALORACION DE CARGAS DE TRABAJO ENFERMERO CON LA ESCALA NEMS A TRAVES DE UN	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL	

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			APLICATIVO INFORMATICO EN UCI	SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	167	CARBONEL RAMON, MIGUEL	MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE FARMACOS INHALADOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	358	CARRERAS GRACIA, SONIA	CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE ADMISION	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	280	CASSINELLO OGEA, CONCEPCION	APLICACION DEL SUBPROCESO MANEJO OPTIMO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO QUE PRESENTA UNA FRACTURA DE CADERA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	440	CASTAN MATEO, SERGIO	MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	398	CESAR MARQUEZ, MARIA ANGELES	MANTENIMIENTO DE ACREDITACION SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN BIOQUIMICA GENERAL Y METALES Y AMPLIACION DE LOS NUEVOS ALCANCES EN INMUNOQUIMICA Y NEFELOMETRIA EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DENTRO DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE LOS LABORATORIOS CLINICOS DEL SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	138	CLARACO VEGA, LUIS MANUEL	PROGRAMA DE FORMACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR EN ESCOLARES DEL SECTOR	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	140	CLARACO VEGA, LUIS MANUEL	PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A LOS ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	490	CUENCA ESPIERREZ, JORGE	ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA DEL ANCIANO ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	389	DAMBORENEA TAJADA, JORGE	PROGRAMA DE INFORMACION AL PACIENTE PARA REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE UNA INTERVENCION DE LARINGUECTOMIA HORIZONTAL SUPRAGLOTICA CON LASER CO2	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	113	DEL CASTAÑO CARDONA, MARIA JOSE	MANEJO DE CUIDADOS PARA PACIENTES AFECTADOS DE ICTUS. FORMACION INTRAHOSPITALARIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	463	DIARTE DE MIGUEL, JOSE ANTONIO	IMPLANTE DE PROTESIS VALVULAR AORTICA VIA TRANSCATETER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA SINTOMATICA Y CONTRAINDICACION O ALTO RIESGO PARA CIRUGIA DE RECAMBIO VALVULAR AORTICO TRADICIONAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	466	DOMINGO MORERA, JUAN ANTONIO	DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE HIPERTENSION PULMONAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	233	ECHARRI MARTIN, EVA MARIA	MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE INTUBADO EN LA UCI POLIVALENTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	232	ESARTE MUNIAIN, JESUS	ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTANCIAS INADECUADAS ENTRE SERVICIOS MEDICOS Y CIRUGIA GENERAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	42	FERNANDEZ LIESA, RAFAEL	CONSULTA DE VOZ. MEJORANDO EL DIAGNOSTICO DE LA DISFONIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	164	FONT GOMEZ, JOSE ANTONIO	CALIBRACION DE COLIMADOR MICROMULTILAMINAS DEL ACELERADOR ONCOR (SISMENS)Y MODELADO DE PLANIFICADOR DE TRATAMIENTOS ERGO++ PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOCIRUGIA CON CAMPOS PEQUEÑOS EN ADIOTERAPIA EN EL HUMS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	177	FONT GOMEZ, JOSE ANTONIO	CALIBRACION DE MICROMULTILAMINAS DEL ACELERADOR ONCOR Y MODELADO DE PLANIFICADOR DE TRATAMIENTOS ERGO++ PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOCIRUGIA CON CAMPOS PEQUEÑOS EN RT	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	347	FONTANA JUSTES, ANA CRISTINA	EVALUACION DE LA EXPOSICION A CAMPOS ELECTROMAGNETICOS DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	266	FRANCO FERNANDO, CARMEN	REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS REALIZADOS EN LA UNIDAD DE REANIMACION POSTANESTESICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	285	FUENTES OLMO, JAVIER	DIAGNOSTICO Y MANEJO INICIAL EN EL AREA DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	354	GALVEZ ALVAREZ, EVA	MEJORA DE LA GESTION DE LAS ESTANCIAS CLINICAS DE ALUMNOS DE ENFERMERIA EN EL HUMS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	360	GALVEZ ALVAREZ, EVA	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE RECICLAJE EN RCP BASICA EN UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HUMS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	371	GARCES SAN JOSE, CRISTINA	MONITORIZACION DE INDICADORES PRECOCES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SEPSIS BASADOS EN PROTOCOLOS IMPLANTADOS EN OTROS HOSPITALES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	156	GARCIA ERCE, JOSE ANTONIO	ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PROGRAMA PREDONACION DE SANGRE AUTOLOGA EN EL HUMS. ADAPTACION A LA NORMA ISO 9001:2000	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	330	GARCIA GIL, MARIA PILAR	MEJORA DE LA GESTION DE USUARIOS Y CONTRASEÑAS EN LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “MIGUEL SERVET”	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	474	GARCIA LOPEZ, SANTIAGO	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VACUNACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	178	GARCIA MANGAS, PILAR	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE SRIS (SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA) E INFECCION GRAVE EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIACA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	294	GIL LAFUENTE, OSCAR	REVISION Y PROTOCOLOCIZACION DELOS ESTUDIOS ANALITICOS SEROLOGICOS EN GESTANTES. ANALISIS SEGUN POBLACION DE ORIGEN	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	385	GRACIA CASADO, GEMA LUCIA	IMPULSAR LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS UNIDADES NEONATALES DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	343	GUALLART CALVO, REYES	MEJORA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE ONCOLOGIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	356	GUTIERREZ DALMAU, ALEX	PLAN DE OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL DONANTE RENAL DE CRITERIOS AMPLIADOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	404	GUTIERRREZ DALMAU, ALEX	DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR POLIOMAVIRUS EN TRASPLANTE RENAL Y DE ORGANOS HEMATOPOYETICOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	491	HERNANDEZ ARAGON, MONICA	GENERALIZACION DE LA AMNIOINFUSION INTRAPARTO DE TIPO PROFILACTICA EN GESTACIONES CON OLIGOAMNIOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	332	HERNANDEZ NAVARRETE, MARIA JESUS	SEGURIDAD DEL PACIENTE: ADECUACION USO ANTIBIOTICO. ANALISIS DE LA SITUACION PARA PLAN DE MEJORA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	337	HERNANDEZ NAVARRETE, MARIA JESUS	CONSOLIDAR UN SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ASISTENCIA SANITARIA CAUSADAS POR GERMENES RESISTENTES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	338	HOSPITAL IBAÑEZ, MARIA LUZ	INCORPORAR LA GESTION POR PROCESOS A LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION COMO GARANTIA DE CALIDAD EN LA APLICACION DE LOS CUIDADOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	488	HUARTE LACUNZA, RAFAEL	AVANZANDO EN EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: CONTROL Y DIFUSION DE LAS ALERTAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL	

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			SANITARIAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS	SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	473	HUESO DEL RIO, LUIS ENRIQUE	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	512	IDOIPE TOMAS, ANGELA	AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SERVICIO DE FARMACIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	520	IZQUIERDO DIEZ, ANA ISABEL	EN EL HOSPITAL INFANTIL NOS CURAMOS JUGANDO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	527	JIMENEZ BEA, LIRIA	SEGURIDAD DEL PACIENTE. ANALISIS DE LAS CAUSAS DE ULCERAS POR PRESION	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	242	JOSE GUTIERREZ, YASMINA	MEJORAR Y ADECUAR LAS INDICACIONES DE LA REALIZACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA INTRAPARTO PARA EL ESTREPTOCOCO B-HEMOLITICO (EGB)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	243	JOSE GUTIERREZ, YASMINA	MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	521	LAHOZ FUERTES, JOAQUINA	GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO CON LA PUESTA EN MARCHA DE "LA ESCUELA DE PADRES " EN MATERNIDAD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	157	LANZON LAGA, ALBERTO	GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. UTILIZACION DEL CUESTIONARIO I-QOL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	361	LAPRESTA MOROS, CARLOS	ACTUALIZACION EN EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL AIRE EN AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONFORMIDAD CON LA NORMA ISO 16644 (2. PARTE)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	238	LAPRESTA MOROS, MARIA	EMBARAZO MULTIPLE: PROTOCOLIZACION DE LA INFORMACION A LA GESTANTE SOBRE CONTROL GESTACIONAL, RIESGOS Y COMPLICACIONES. ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIAL INFORMATIVO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	283	LATORRE IZQUIERDO, ANA	MEJORAR LA GESTION DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE FARMACOS EN LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES PEDIATRICAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	112	LOMBA FUENTES, ELENA	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO PRENATAL DE LA INFECCION CONGENITA DE CAUSA INFECCIOSA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	349	MARTIN MARTINEZ, JESUS	MEJORA DE LA CULTURA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE "PRACTICAS SEGURAS" A TRAVES DE LA VALORACION CONJUNTA DUE-FACULTATIVO DEL PERFIL DE RIESGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN NEUROLOGIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	67	MARTIN SACO, GLORIA	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PACIENTES CON SOSPECHA Y SUS CONTACTOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	433	MARTINEZ LOZANO, FRANCISCA	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE CON AMPUTACION DE LAS CUERDAS VOCALES Y ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	224	MARTINEZ VALLINA, PRIMITIVO	"CHECK LIST" EN CIRUGIA TORACICA COMO METODO DE DISMINUCION DEL RIESGO DEL PACIENTE QUIRURGICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	2	MATEO AGUDO, JESUS JAVIER	RADIOLOGIA DE CADERA PARA MEDICION: REDUCCION DE LA DISCREPANCIA ENTRE VALORES MEDIDOS EN LA RADIOGRAFIA Y LOS VALORES CLINICOS REALES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	59	MORATA CRESPO, ANA BELEN	MEJORAS PARA AUMENTAR LA ADHESION A LOS PROGRAMAS DE EJERCICIO DE PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	538	MORENO VERNIS, MIGUEL	TRATAMIENTO DE LA ELIMINACION DE DOCUMENTOS CON INFORMACIONES PERSONALES CUMPLIENDO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL	

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			CON LAS NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD	SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	47	MOROLLON LORIZ, ISABEL	HISTEROSCOPIA QUIRURGICA AMBULATORIA CON TECNICA DE VERSAPOINT	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	446	MOÑITA BLANCO, MARIA ADORACION	INSTALACION, FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE DUCHAS DE SEGURIDAD Y LAVAOJOS EN EL CONTEXTO DE LA ELABORACION DE LA GUIA DE SEGURIDAD Y SALUD DEL SV DE ANATOMIA PATOLOGICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	472	NAVARRO AZNAREZ, HERMINIA	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES VIH +: INFORMACION AL PACIENTE Y PREVENCION DE INTERACCIONES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	497	NIEVAS MARCO, MARIA PILAR	PREVENCION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD DE PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA MANIPULACION DE AGENTES CITOSTATICOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	367	NOYA CASTRO, MARIA CARMEN	"SON RISAS CADA JUEVES" PARA LOS NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	40	OLIVA PERALES, PEDRO	MEJORA DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA INFANTIL, COORDINANDO SU CAMPO DE ACCION EN QUIROFANO, PLANTA Y UCIS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	179	OMEÑACA TERES, MANUEL	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION DE ANTIGENEMIA DE CITOMEGALOVIRUS, CULTIVO DE VIRUS DE LA GRIPE Y INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA DE VIRUS RESPIRATORIOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	293	ORTEGA LAHUERTA, JUAN PABLO	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA MEDIANTE LA REALIZACION DE BLOQUEOS NEVIOSOS PERIFERICOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	108	PAMPLONA NERI, MARIA DOLORES	PROGRAMA DE MEJORA DE TOMA DE TENSION ARTERIAL EN LA CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	499	PARRILLA HERRANZ, PEDRO	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA HISTORIA ELECTRONICA (PCH)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	462	PECONDON ESPAÑOL, ANGELA	INFECCIONES SEVERAS EN PACIENTES REUMATICOS CON TERAPIAS BIOLOGICAS (INFLIXIMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, TOCILIZUMAB, ABATACEPT, RITUXIMAB)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	257	PEREZ PEREZ, JESUS	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE SCREENING DE STAPHYLOCOCCUS AUREU RESISTENTE A LA METICILINA EN PACIENTES EN DIALISIS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	193	PORTOLES SUSO, ANTONIO	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD CLINICA EN LAS ENFERMEDADES MAS PREVALENTES DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	480	PUERTOLAS HERNANDEZ, TERESA DE JESUS	PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTANEO (SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE 2009)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	299	PUEYO ROYO, MARIA VICTORIA	INFORMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA DE PRIMERA VISITA. OFTALMOLOGIA PEDIATRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	478	RECASENS FLORES, MARIA DEL VALLE	ADAPTACION DEL ALCANCE ACREDITADO CON LA NORMA UNE-EN ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA (HEMATIMETRIA), A LA NUEVA UBICACION Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA.	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	209	REVILLO PINILLA, MARIA JOSE	INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES DE EN LAS UNIDADES DE BACTERIOLOGIA, BIOLOGIA MOLECULAR, SEROLOGIA, HONGOS Y MICOBACTERIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	476	REVILLO PINILLA, MARIA PAZ	VALORACION Y ATENCION SOCIO-FAMILIAR AL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO EN MEDICINA INTERNA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	267	REZUSTA LOPEZ, ANTONIO	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO EN PACIENTES QUE PRESENTAN SOSPECHA DE ONICOMICOSIS Y HAN	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL	

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			RECIBIDO TRATAMIENTO	SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	61	ROC ALFARO, MARIA LOURDES	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	342	RODRIGUEZ MARQUEZ, ADELA	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL, DESTINADO A GESTANTES CON INGRESOS PROLONGADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	308	RODRIGUEZ SOLANILLA, BELEN	INFORMACION A LAS GESTANTES DE LOS SECTORES ZARAGOZA I Y II DE LA PROPUESTA ASISTENCIAL DEL PROCESO DEL PARTO DE NUESTRO SERVICIO. DISMINUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD QUE GENERA EL DESCONOCIMIENTO DEL CIRCUITO ASISTENCIAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	511	ROMERO SALAS, YOLANDA	MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE LA PAUTA DE REHIDRATACION ORAL EN URGENCIAS DE PEDIATRIA Y MEJORA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	14	ROMO MONTEJO, AGUSTIN	PROGRAMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SISTEMA DE NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS.	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	403	ROVIRA FLORES, EVA MARIA	PROGRAMA DE INFORMACION SOBRE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CONSULTA PREANESTESICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	143	SAEZ COMET, LUIS	PROGRAMA DE CAPILAROSCOPIA IN SITU EN LA CONSULTA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES PARA EL DIAGNOSTICO RAPIDO DE ESCLERODERMIA Y OTRAS CONECTIVOPATIAS EN PACIENTES CON FENOMENO DE RAYNAUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	125	SANCHEZ ESCOBEDO, SONIA	PREVENCION DE LA PARICION DE ULCERAS POR DECUBITO MEDIANTE LA UTILIZACION DE ALMOHADAS ANATOMICAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	148	SANGÜESA GIMENEZ, MARIA RAQUEL	INMOVILIZACION PROLONGADA EN EMBARAZADAS: REPERCUSIONES FISICAS Y EMOCIONALES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	175	SANTANA LOPEZ, GONZALO	ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	514	SANTOLARIA AISA, CONCEPCION	ESTANDARIZACION DEL TRABAJO DE ENFERMERIA EN EL IMPLANTE PERCUTANEO DE PROTESIS VALVULARES AORTICAS EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	529	SANTOLARIA AISA, CONCEPCION	VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA. ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROCESO DIFICIL Y POCO FRECUENTE DE ENFERMERIA DE HEMODINAMICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	101	SANZ HERNANDEZ, CARMEN	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET): INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	479	SANZ PARIS, ALEJANDRO	APLICACION DE LA GESTION POR PROCESOS EN NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II (DIFUSION DEL PROCESO EN HOSPITAL, RESIDENCIAS GERIATRICAS Y ATENCION PRIMARIA Y VALORACION NUTRICIONAL AVANZADA: CALCULO DE REQUERIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS)	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	393	SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO, LUIS	ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE PROTOCOLO EN EL MANEJO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	163	TAPIA MORENO, ROCIO	MEJORA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS PORTADORES DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE ß–LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	405	TEJERO SANCHO, SUSANA	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ EN EL PERIODO DEL PUERPERIO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	384	TOBAJAS HOMS, JOSE JAVIER	AUDITORIA INTERNA DE PROCESOS CLINICOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	111	VICENTE GOMEZ, ISABEL	IMPLANTACION DE LA TECNICA ROLL (RADIOGUIDED OCUL LESION LOCALIZATION) EN LA UNIDAD DE MAMA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	395	VICENTE DE VERA BELLOSTAS, MARIA BELEN	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATETERES VENOSOS CENTRALES (BRC) EN EL SEVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	114	VILLAR FERNANDEZ, ISABEL	MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	431	VILLUENDAS USON, MARIA CRUZ	MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA.	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	
AT.ESPECIALIZ.	288	ZUBIRI ARA, MARIA LUISA	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ONICOMICOSIS PRODUCIDAS POR HONGOS MICELIALES NO DERMATOFITOS, Y PACIENTES QUE SOLO PRESENTAN POSITIVA LA OBSERVACION MICROSCOPICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 218

1. TÍTULO

OPTIMIZCION DE RECURSOS DIAGNOSTICOS DE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEMAN MUÑOZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS ALMOZARA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLARA PUEYO SALAVERA-MFYC-C.S. ALMOZARA
SARA IGLESIA ARA-MFYC C.S. ALMOZARA
ALICIA BAGUENA GARCIA-MIR-MFYC-C.S. ALMOZARA
ROCIO ESCRICHE ROS-MIR-MFYC-C.S. ALMOZARA
NIEVES SOBREVIELA CELMA-DUE-C.S. ALMOZARA
CARMEN INGLES BELBEZE-MFYC-C.S. ALMOZARA
SARA ARQUILLUE VARONA-MFYC-C.S. ALMOZARA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El 10.2% de la población española entre 40 y 80 años está diagnosticada de EPOC, el 73% no lo sabe. Por otro lado, el tabaquismo está presente en más del 90% de los casos. El hábito tabáquico es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la EPOC, pero no todos los fumadores desarrollan la enfermedad, por ello el tabaco se considera hoy en día un factor de riesgo necesario pero no suficiente.
En los últimos años se viene hablando de una modalidad ligeramente diferente de espirometría forzada, conocida como "office spirometry", que emplea en lugar de todo el aire que el paciente es capaz de exhalar durante todo el tiempo posible (= FVC), sólo el aire expulsado durante los 6 primeros segundos (= FEV6); el cociente pasa a ser en ese caso FEV1/FEV6. La sensibilidad y especificidad de esta técnica son muy elevadas tanto para el diagnóstico de obstrucción (94 y 93,1 por ciento respectivamente) como de restricción (83,2 y 99,6 por ciento respectivamente).

El FEV1/FEV6 podría usarse como una alternativa válida al FEV1/FVC en el diagnóstico de obstrucción de las vías aéreas, especialmente en Atención Primaria, en pacientes de alto riesgo de padecer procesos obstructivos, como los pacientes fumadores, sobretodo a partir de los 40 años. Además el FEV6 podría sustituir a la FVC en la detección de los patrones restrictivos.
El uso del FEV6 en lugar de la FVC tiene la ventaja de que la finalización de la espirometría se define con más claridad y es más fácil de conseguir, y puede ser realizada en el mismo momento de valoración del paciente.
En el Centro de Salud Almozara contamos con 311 pacientes asignados a la cartera de servicios de atención al paciente EPOC, cifra muy por debajo de las tasas de EPOC en nuestro medio. Entre el grupo de pacientes fumadores existe un alto riesgo de padecer procesos obstructivos, por lo que valorar el FEV6 en este grupo de alto riesgo podría ser un primer cribado para detectar de forma incipiente esta patología

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Detectar precozmente patología respiratoria en pacientes con hábito tabáquico mayores de 40años.
2. Captar a pacientes mayores de 40 años con dependencia tabáquica.
3. Incluir a pacientes en protocolo de EPOC si cumple criterios.
4. Derivar a los pacientes fumadores a consultas de deshabituación tabáquica si cumple requisitos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Captación de pacientes fumadores mayores de 40 años como grupo de riesgo potencial en las consultas de atención primaria.
2.- Realización de FEV1/FEV6 en las consultas a los pacientes fumadores mayores de 40 años.
3.- Realización de espirometría diagnóstica en pacientes con FEV1/FEV6 <70%.
4.- Inclusión de pacientes en protocolo EPOC si cumple criterios

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 218

1. TÍTULO

OPTIMIZCION DE RECURSOS DIAGNOSTICOS DE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

5.- Realización de un registro de pacientes.
6.- Derivación de los pacientes fumadores con Richmond entre 7-10 puntos a consultas de deshabituación tabáquica. Excluyendo: embarazo o lactancia, enolismo, antecedentes de convulsiones, antecedentes de hapatopatía crónica, antecedentes de anorexia, bulimia, trastorno bipolar o depresión y tratamiento crónico con fármacos antipsicóticos y/o antidepresivos, y menores de 65 años

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Indicador de captación:
I Nº pacientes con FEV1/FEV6 <70%/ Total de pacientes con FEV1/FEV6 realizado x 100
II periodo de observación: Enero 2010- octubre 2010
III Nivel deseado de cumplimiento: 30%
IV Fuente de datos: registro de pacientes
V Responsable de obtención de datos: I.Diez y T.Lorbes
VI Primera medición mayo 2010
VII Segunda medición Noviembre 2010

2- Indicador de confirmación de enfermedad:
I Nº Pacientes con FEV1/FEV6 <70%/Nº Pacientes con espirometría diagnóstica x100
II periodo de observación: Enero 2010- octubre 2010
III Nivel deseado de cumplimiento: 80%
IV Fuente de datos: hoja de registro pacientes y programa OMI
V Responsable de obtención de datos: A. Báguena y R. Escriche.
VI Primera medición: mayo 2010
VII Segunda medición: Noviembre 2010

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: enero 2010
Fecha de finalización: diciembre 2010
Captación de pacientes fumadores >40años: enero 2010 a noviembre 2010
Realización de FEV6 a pacientes captados: enero 2010 a noviembre 2010
Realización espirometrías: enero 2010 a noviembre 2010
Inclusión de pacientes en protocolo EPOC: enero 2010 a noviembre 2010
Derivación a consultas de deshabituación : enero 2010 a noviembre 2010
Elaborar registro de pacientes: enero 2010 a octubre 2010
Evaluación de datos: mayo 2010 y diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MEDIDORES FEV1/FEV6	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. Ruego sustituir anterior programa por este, por cambios en integrantes del equipo. Disculpen las molestias.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 214

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA EN DESHABITUACION TABAQUICA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... CLARA PUEYO SALAVERA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS ALMOZARA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERESA PEMAN MUÑOZ-MFYC-C.S. ALMOZARA
ROCIO ESCRICHE ROS-MIR MFYC-C.S. ALMOZARA
ALICIA BAGUENA GARCIA-MIR MFYC-C.S. ALMOZARA
NIEVES SOBREVIELA CELMA-DUE C.S. ALMOZARA
TERESA LORBES MACHIN-MIR MFYC-C.S. ALMOZARA
JOSÉ IGNACIO DIEZ VELASCO-MIR MFYC-C.S. ALMOZARA
ANA MELIDA CACERES PAREDES-MIR MFYC-C.S. ALMOZARA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y también la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España.
España tiene una de las mayores tasas de prevalencia de la comunidad europea con un 34.5% de fumadores de la población mayor de 16 años, 27.3% fuma a diario, 4.2% fuma ocasionalmente, 20.2% son exfumadores y 48.4% nunca han fumado.
Más del 60% de fumadores quiere dejar de fumar.
El consumo de tabaco se ha relacionado con más de 25 enfermedades. La población fumadora presenta un riesgo aumentado de padecer cáncer, especialmente broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias principalmente.
Cada año más de 500000 personas mueren en España debido al tabaco. En Aragón la estimación es en torno a unas 1570 personas.
En la actualidad la tasa registrada de dependencia al tabaco en el Centro de Salud Almozara es del 1.03% de la población total, cifra muy inferior a los datos de prevalencia de tabaquismo conocidos en nuestro medio.
Por lo tanto, se hace necesario un correcto registro de esta población, así como un programa específico de deshabiuación tabáquica intensiva con el fin de disminuir el número de fumadores y prevenir posteriores enfermedades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Captar a pacientes con dependencia tabáquica.
2. Disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco.
3. Valorar el grado de motivación para deshabituación tabáquica en los pacientes fumadores (Test de Richmond).
4. Derivar a consultas de deshabituación tabáquica intensiva a los pacientes con test de Richmond superior a 7 de entre 14 y 65 años.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Captación de pacientes con dependencia al tabaco en las consultas de atención primaria.
2.- Realización del test de Richmond en todos los pacientes fumadores valorados en las consultas de medicina y enfermería.
3.-Formación y entrenamiento de un grupo de profesionales del centro para realizar consulta antitabáquica, integrado por los médicos residentes del centro y una enfermera de referencia. Realización de sesión formativa.
4.- Creación de agendas de consultas antitabaco, 4 consultas mensuales de dos horas de duración.
5.- Derivación a las consultas de deshabituación tabáquica a los pacientes de entre 14 y 65 años, con Richmond entre 7-10 puntos (intervención intensiva). Excluyendo a los siguientes grupos: embarazo o lactancia, enolismo, antecedentes de convulsiones, antecedentes de hapatopatía crónica, antecedentes de anorexia, bulimia, trastorno bipolar o depresión y tratamiento crónico con fármacos antipsicóticos y/o antidepresivos, mayores de 65 años.
6.- Medición de CO en cada consulta de deshabituación tabáquica.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 214

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA EN DESHABITUACION TABAQUICA EN ATENCION PRIMARIA

7.- Seguimiento de los pacientes en deshabituación a los tres días, dos semanas y al mes del abandono del tabaco.
8.- Seguimiento telefónico de los pacientes incluidos en la consulta de deshabituación al concluir el programa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Indicador de captación:
I Nº participantes en programa deshabituación/total de pacientes incluidos en la atención al paciente en dependencia tabáquica a partir del 1 enero de 2010 x 100
II periodo de observación: Enero 2010- septiembre 2010
III Nivel deseado de cumplimiento: 10%
IV Fuente de datos: programa OMI
V Responsable de obtención de datos: I. Diez
VI Primera medición mayo 2010
VII Segunda medición Noviembre 2010

2- Indicador de realización de Test de Richmond:
I Total de paciente con Richmond realizado/ total de pacientes incluidos en la atención al paciente en dependencia tabáquica a partir del 1 enero de 2010 x 100
II periodo de observación: Enero 2010- Septiembre 2010
III Nivel deseado de cumplimiento: 80%
IV Fuente de datos: programa OMI
V Responsable de obtención de datos: A. Báguena y R. Escriche.
VI Primera medición: mayo 2010
VII Segunda medición: Noviembre 2010

3- Indicador de derivación:
I Nº pacientes que requieren intervención intensiva/ total de pacientes con Richmond realizado x 100
II periodo de observación: Enero 2010-septiembre 2010
III Nivel deseado de cumplimiento: 80%
IV Fuente de datos: hoja de registro de pacientes
V Responsable de obtención de datos: S. Arquillué
VI Primera medición: mayo 2010
VII Segunda medición: Noviembre 2010

4- Indicador de deshabituación:
I Nº pacientes que dejan de fumar/total de participantes en programa de deshabituación x100
II periodo de observación: Enero 2010- Diciembre 2010
III Nivel deseado de cumplimiento: 5%
IV Fuente de datos: Hoja de registro de pacientes
V Responsable de obtención de datos: T.Lorbes
VI Primera medición: mayo 2010
VII Segunda medición: Noviembre 2010

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 214

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA EN DESHABITUACION TABAQUICA EN ATENCION PRIMARIA

Captación de pacientes fumadores: enero 2010 a noviembre 2010
Realización Test de Richmond a fumadores: enero 2010 a noviembre 2010
Sesión formativa de profesionales encargados: enero 2010
Organización agenda de consultas: enero a junio 2010 y septiembre a noviembre 2010
Derivación de fumadores a consultas de deshabituación: enero a junio 2010 y septiembre a noviembre 2010.
Seguimiento de pacientes en deshabituación: enero a junio 2010 y septiembre a noviembre 2010.
Seguimiento telefónico pacientes: noviembre 2010
Evaluación de datos: mayo 2010 y diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· COOXIMETROS	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. Este programa sustituye al enviado con anterioridad, por cambio en los integrantes del programa. Disculpen las molestias.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 073

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA COBERTURA DE PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM MEDIANTE MUESTRA DE SANGRE CAPILAR

2. RESPONSABLE ..... VICENTE GARCIA CALVO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
- Servicio/Unidad .. MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª PAZ CASANOVA RUIZ-MEDICO-CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
TERESA ANAYA CASBAS-MEDICO-CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
ISABEL MARRUEDO MANCEBO-MEDICO-CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
Mª FLORENCIA GONZALVO LOZANO-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO-ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA
BLANCA BIESA CAMPOS-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO-ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA
PURIFICACION LAGUIA GIMENEZ-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO-ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA
MARISOL MARTINEZ ESTEBAN-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO-AUXILIAR ADMINISTRATIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Escasa utilización de la técnica, por los profesionales del EAP. Ser una técnica cada vez más demandada por la población.Reporta beneficios importantes para el usuario y para los profesionales de Enfermería (debido al importante volumen de extracciones domiciliarias.
Para la detección del problema se utilizo la tecnica "Tormenta de ideas". Su priorización y elección se realizó mediante "Técnica de grupo Nominal"

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Inplicar en la utilización de esta técnica al mayor número de profesionales, tanto médicos como enfermeras. El objetivo sería el 100%
Disminuir el número de extracciones venosas domicialiarias por Sintrom. Disminuir del 40% actual al 20%
Incremento de la cobertura de pacientes con control capilar de Sintrom. Objetivo el 50%
Organizacion de circuitos asistenciales dentro del EAP, en lo que se refiere a extracción, lectura y tratamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Actualizacion del listado de pacientes en tratamiento con Sintrom. Fuente: Listado de citación de Laboratorio de 06/11/2009 a 08/01/2010/Blanca Biesa. Flor Gonzalo
-Organizacion de los Circuitos Asistenciales./Blanca Biesa, Puri Laguia.
-Presentación del Proyecto a todos los profesionales. Curso de Formacion a los profesionales que lo demanden./ Paz Casanova, Vicente García
-Evaluación interna del proyecto (Corte)./ Teresa Anaya
-Confección Encuesta de Satisfacción Usuario./ Isabel Marruedo.
-Diseño Método de Evaluación./ Isabel Marruedo, Marisol Martínez

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º.- Nº Médicos Familia que realizan la técnica/Nº total Médicos Familia
Nº Enfermeros/as que realizan técnica/ Nº total Enfermeros/as
2º.- Nº total de extracciones venosas de Sintrom domiciliario/ Nº total de extracciones venosas de Sintrom
Los datos de este indicador se obtendran del listado de citación de Laboratorio
3º.- Nº de pacientes con control capilar de Sintrom/ Nº total de pacientes en tratamiento con Sintrom.
El numerador se obtiene de la cartera de Servicios del OMI. El denominador se obtiene mediante la suma del numerador y el número de pacientes en tratamiento con Sintrom (extracción venosa) obtenido del listado de citación de laboratorio
La evaluación se realizará en base a los resultados obtenidos en estos indicadores. Se realizará un corte a finales del mes de junio para evaluar la marcha del proyecto y analizar y tratar de resolver los problemas detectados. en la evaluación final se realizará una encuesta de satisfacción, tanto a usuarios como a

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 073

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA COBERTURA DE PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM MEDIANTE MUESTRA DE SANGRE CAPILAR

profesionales. Alo largo de 2011 se efectuará un seguimiento cada semestre

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio 01/01/2010. Fecha de finalización 31/12/2010. A lo largo de 2011 se realizará un seguimiento semestral.

Calendario Actividades:
-Actualizacion Listado de Pacientes.- Enero y Febrero 2010
-Creación Circuito Asistencial.- Enero, Febrero y Marzo 2010
-Preparación Curso y Presentación.- Enero, Febrero y Marzo 2010
-Presentación/Imparticion curso.- Marzo, Abril 2010
-Desarrollo/captación pacientes.- Abril a Dicienbre 2010
-Evaluación Funcionamiento (corte).- Junio 2010
-Encuesta Satisfacción Usuarios.- Septiembre, Octubre, Noviembre 2010
-Evaluación final/Memoria.- Diciembre 2010
-Seguimiento.- A lo largo de 2011 evaluacion en junio y diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador Portátil compatible con cañon del Centro	600 €
· Memorias USB de 8 Gigas. 8 Unidades	200 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 204

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE EN LA ATENCION AL DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... PILAR GABAS BALLARIN
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
- Servicio/Unidad .. MEDICO ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PILAR AGUARON CASORRAN-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
RAQUEL BURILLO MATEO- MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
JULIAN EMPERADOR VILLALBA- MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
JIMENEZ MARTINEZ DE TOBILLAS- MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
LONGAS VILELLAS VICTOR- MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
RICARDO MOLINOS ZAPATER- MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
GLORIA NAVARRO AZNAREZ- MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
CONCEPCION ANDRES AYUSO-ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
ANABEL ANDRES ESTELLA-ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
ROSAURA ARBUÉS BOTAYA- ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
LOURDES CANCER RABINAL- ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
CONCEPCIÓN ESTEBAN VIDAL- ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
PARQUE ROMA-RAMON ESTEBAN VIDAL- ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
MAGDALENA LORING GARCIA-ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
MARTA PEREZ PRIMICIA- ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES
DOLORES QUILES AMIGOT- ENFERMERA DUE DE CENTRO DE SALUD HERNAN CORTES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El pie diabético es la complicación de prevención más sencilla y fácil; sin embargo, la ulceración crónica del pie, que a menudo conduce a la amputación, sigue siendo una causa importante de incapacidad e invalidez.
SITUACIÓN DE PARTIDA
- Deficiente registro y/o exploración por parte de los profesionales sanitarios del pie en los pacientes diabéticos.
- Escasa cantidad de instrumentos necesarios para la exploración del pie diabético.
MÉTODOS DE DETECCIÓN
Conocer la incidencia de Diabetes Mellitus en nuestro Centro de Salud
Conocer los pacientes diabéticos que a fecha 1 de febrero de 2010 tengan algún registro de la exploración del pie.
Conocer el número de diabéticos que presentan lesiones cutáneas en el pie

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Exploración anual de los pies al paciente diabético de forma sistemática.
- Explorar al menos al 40% de los diabéticos del Centro de Salud.
- Promover el autocuidado de los pies en la población diabética.
- Prevención de lesiones en el pie: úlceras, amputaciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Obtener el listado de diabéticos de la población adulta adscrita al Centro de Salud a partir de la cartera de servicios del programa OMI,
- Inventariar los instrumentos de exploración de pie diabético existentes en el Centro de Salud.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 204

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE EN LA ATENCION AL DIABETICO

- Incluir en las reuniones del EAP sesiones clínicas sobre el pie diabético para motivar a los profesionales.
- Crear equipos de trabajo.
- Extraer una muestra representativa aleatoria
-Conseguir suficientes instrumentos de exploración para que esta sea completa
(sensibilidad vibratoria, algésica, térmica)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - (Número de diabéticos/población adulta)x 100 (incidencia de DM en CS P Roma)
- (Número de diabéticos con exploración del pie registrada / número de diabéticos totales) x 100
- (Número de diabéticos con lesiones / número de diabéticos con exploración de pie realizada) x 100.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Febrero 2010 Fecha finalización: Diciembre de 2010
Cronograma:
Febrero: Reunión del EAP para presentar propuesta del Proyecto
Reunión del EAP para crear equipo de trabajo y repartir tareas
Marzo: Reunión del EAP: Sesión de formación (2) sobre el pie diabético.
Conseguir con prontitud los instrumentos necesarios para la
exploración completa del pie diabético.
Abril- Junio: recogida de datos de la situación previa al Proyecto.
Junio: Reunión del EAP: información de los datos.
Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema (recuerdo).
Julio- Octubre: aplicación del protocolo.
Noviembre- Diciembre: recogida de datos de la situación actual a fecha 1/12/10.
Diciembre: Reuniones del EAP/equipo de mejora: evaluación de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 11 estuches Accu Chek ... (1)	900 €
· Doppler	600 €
· Oscilómetro	100 €
· Ordenador portátil: (disco duro 640 Gb, 4 Gb memoria RAM, lector de tarjetas) ...	600 €
· Office (Windows 7 o similar...)	200 €
Total	2.400 €

11. OBSERVACIONES. Se precisa subsanar con prontitud la falta de recursos informáticos para realizar la recogida de datos, preparación de sesiones… pues todos los ordenadores existentes en el centro están ocupados por los profesionales al compartir consultas y equipos
(1) 11 estuches Accu – Chek (monofilamento Semmes-Weinstein, pincel, pinprik, barra térmica y diapasón de 128 Hz).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 190

1. TÍTULO

DIABETICOS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON METFORMINA Y DEFICIT DE VITAMINA B12

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
- Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JULIAN EMPERADOR VILLALBA-MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA-CS HERNÁN CORTÉS(PARQUE ROMA)
PILAR GABAS BALLARIN-MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA- CS HERNÁN CORTÉS(PARQUE ROMA)
CARMEN JIMENEZ MARTINEZ DE TOBILLAS-MEDICO ATENCION PROMARIA-CS HERNAN CORTES
VICTOR LONGÁS VILELLAS-MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA- CS HERNÁN CORTÉS(PARQUE ROMA)
ROSAURA ARBUES BOTAYA-ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA- CS HERNÁN ORTÉS(PARQUE ROMA)
CONCHA ESTEBAN VIDAL-ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA- CS HERNÁN CORTÉS(PARQUE ROMA)
MARTA PEREZ PRIMICIA-ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA- CS HERNÁN CORTÉS(PARQUE ROMA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA

La interferencia de la metformina en la absorción de la vitamina B12 es un aspecto poco conocido. Se estima que entre el 10% y el 30% de los pacientes que toman dicho fármaco a largo plazo, presentan déficit de esta vitamina que aparecería a pesar de una ingesta adecuada de vitamina por la dieta.
Parece que la reducción de vitamina B12 produciría una elevación de los niveles de homocisteína que aumenta la morbilidad cardiovascular, incidencia de ACV, de estenosis carotídea, de Alzheimer y de fracturas óseas (aunque queda por determinar si la hiperhomocisteinemia es la responsable o sólo es un marcador analítico).
El déficit de B12 puede provocar síntomas psiquiátricos y neurológicos anormales (debilidad muscular, incontinencia, demencia, perturbaciones del estado de ánimo…) incluso si los niveles ligeramente inferiores a los normales.
Existe suficiente evidencia que indica que hay que tratar el déficit de B12 aunque no exista anemia megaloblástica.

MÉTODO DE DETECCIÓN
Conocer la incidencia de Diabetes Mellitus en nuestro Centro de Salud
Conocer los pacientes diabéticos que a fecha 1 de febrero de 2010 toman Metformina a largo plazo (2 años)
Conocer si de los diabéticos que toman metformina tienen pedida la determinación de vitamina B12 y fecha de la misma
Conocer la incidencia de hipovitaminosis de B12 en los diabéticos de nuestro Centro de Salud que toman metformina a largo plazo
Determinar si a los pacientes a los que se detecta el déficit de B12 se les ha prescrito suplemento
Conocer si al aportar el suplemento vitamínico se han normalizado las cifras de vitamina

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer la incidencia de Diabetes Mellitus en nuestro Centro de Salud
- Incorporar a la práctica habitual de trabajo la determinación periódica (anual) en los pacientes que tomen metformina a largo plazo
- Disminuir el porcentaje de diabéticos con metformina que no tengan monitorizada la B12
- Aumentar el número de diabéticos con metformina y déficit de vitamina B12 a los que se les corrija ese déficit

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Extraer una muestra aleatoria representativa, en la que se realizará el estudio o el análisis descrito en los apartados anteriores.
- Presentar al equipo la propuesta del Proyecto de Mejora de la Calidad para su aprobación
- Crear un equipo de trabajo en este Proyecto de Mejora de la Calidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 190

1. TÍTULO

DIABETICOS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON METFORMINA Y DEFICIT DE VITAMINA B12

- Obtener un listado de la población adulta adscrita a nuestro Centro de Salud diagnosticados de Diabetes Mellitus del programa OMI
- Obtener un listado de los pacientes que toman metformina solicitándolo a Inspección de Farmacia del Servicio Aragonés de Salud
- Extraer una muestra aleatoria representativa
- Realizar, al menos, una sesión de formación a cerca del tema
- Incluir en las reuniones del equipo sesiones informativas de la evolución proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - (Número de diabéticos/población adulta) x 100 (Incidencia de DM en CS P Roma)

- (Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo/número total de diabéticos) x 100
- (Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo sin determinación de B12/Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo) x 100
- (Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo con déficit de vitamina B12/Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo) x 100
- (Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo con suplementos de B12/Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo con déficit de B12) x 100
- (Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo con déficit de B12 corregida/ Número de diabéticos que toman metformina a largo plazo con déficit de B12) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Febrero 2010 Fecha finalización: Diciembre de 2010

Cronograma:

Febrero: Reunión del EAP para presentar propuesta del Proyecto
Reunión del EAP para crear equipo de trabajo y repartir tareas
Marzo: Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema
Reuniones del EAP/equipo de mejora: metodología de trabajo
Reuniones del EAP/equipo de mejora: creación protocolo actuación
Reuniones del EAP: Exposición protocolo y Puesta en marcha del protocolo
Abril- Junio: recogida de datos de la situación previa al Proyecto
Junio: Reunión del EAP: información de los datos
Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema (recuerdo)
Julio- Otubre: continuación de la aplicación del protocolo
Noviembre- Diciembre: recogida de datos de la situación actual a fecha 1/12/10
Diciembre: Reuniones del EAP/equipo de mejora: evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil (disco duro 640 Gb, 4 Gb memoria RAM, lector de tarjetas, ...	600 €
· Office (sistema Windows 7)	200 €
· Material de papelería (transparencias, rotularores indelebles, folios)	100 €
· Material informático (memorias USB, CD)	100 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. Se precisa subsanar con prontitud la falta de recursos informáticos para realizar la recogida de datos, preparación de sesiones… pues todos los ordenadores existentes en el centro están ocupados por los profesionales al compartir consultas y equipos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 182

1. TÍTULO

NOCIONES PARA UNA VIDA SALUDABLE

2. RESPONSABLE ..... BELEN ALZORRIZ URRIO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
- Servicio/Unidad .. MEDICINA GENERAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA SANCHEZ HERNANDEZ-DUE-CS LAS FUENTES NORTE
CLARISA MAINAR SOGUERO-DUE-CS LAS FUENTES NORTE
PAQUITA VALLES LOBACO-DUE-CS LAS FUENTES NORTE
LUISA LOZANO DEL HOYO-DUE-CS LAS FUENTES NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las personas mayores culturalmente han dedicado su vida al cuidado de los demás (padres, hijos, nietos…) renunciando a su propio cuidado
Cuidar a alguien puede resultar una experiencia satisfactoria, pero también que a menudo, se trata de una tarea solitaria, difícil, ingrata y muy pocas veces reconocida.
La Fundación El Tranvía trabaja desde hace años con estos dos colectivos personas mayores y mujeres inmigrantes y desde el Centro de Salud Las Fuentes Norte colaboramos en todas sus demandas desde su implantación.
La iniciativa en este curso pasa por trabajar con estos dos colectivos que se crearon hace un tiempo en esta Fundación.
Utilizando la técnica de grupo nominal se priorizaron dos grandes temas a trabajar por separado: El autocuidado y El duelo.
Para tratar el tema de autocuidado, partimos de la experiencia en la consulta de enfermería, dado que las personas a quien va dirigida la actividad son en un 95% pacientes de nuestro Centro de Salud.
Objetivo: Mejorar los conocimientos en autocuidados en población mayor e inmigrante.
Población diana: 3 grupos de 15 personas adultas y 3 grupos de 10 personas inmigrantes
Recursos humanos: 5 profesionales de enfermería

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el 25% mejore sus conocimientos de autocuidados en la encuesta anterior y posterior a la intervención
Que el 25% se propongan realizar una actividad de ocio en su tiempo libre.
Que el 20% identifique correctamente grupos de alimentos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Charla basada en el método participativo y deductivo y con diverso material de apoyo
Encuesta de conocimientos sobre el temario de la charla
La actividad se realizará en el aula de la Fundación El Tranvía en horario de mañana o tarde, según las necesidades del grupo
Responsables:
Elaboración del proyecto: Clarisa Mainar , Belen Alzorriz y Luisa Lozano
Ejecución de las charlas: Ana Sanchez, Paquita Valles, Clarisa Mainar y Belen Alzorriz.
Tabulación de los datos: Paquita Valles, Clarisa Mainar.
Exposición al equipo; Belen Alzorriz y Ana Sanchez

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de personas mayores que contestan adecuadamente la encuesta
% de personas inmigrantes que contestan adecuadamente la encuesta
% de satisfacción al terminar la actividad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 182

1. TÍTULO

NOCIONES PARA UNA VIDA SALUDABLE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración del Proyecto: febrero, marzo y abril 2010
-1ª Encuesta: mayo 2010
-Charla: mayo 2010
-2ª Encuesta: mayo 2010
-1ª Encuesta: noviembre 2010
-Charla: noviembre 2010
-2ª Encuesta: noviembre 2010
-1ª Encuesta: marzo 2011
-Charla: marzo 2011
-2ª Encuesta: marzo 2011
-Tabulación de datos: septiembre y octubre 2011
-Presentación al equipo: noviembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. Para esta actividad no se solicita ningún material. Si fuera posible sería de gran utilidad que los días que se realiza la actividad se pudiera contar con un apoyo de enfermería para sustituir a las ponentes

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 188

1. TÍTULO

EDUCAR EN EL DUELO. ACTIVIDAD DIRIGIDA A DOS POBLACIONES CLARAMENTE DEFINIDAS MAYORES E INMIGRACION

2. RESPONSABLE ..... ADORACION BURRO DAL
- Profesión ..... ATR
- Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
- Servicio/Unidad .. MEDICINA GENERAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLORES PUERTO TEMPRADO-DUE-CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE-DUE DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las personas mayores culturalmente han dedicado su vida al cuidado de los demás (padres, hijos, nietos…) renunciando a su propio cuidado
Cuidar a alguien puede resultar una experiencia satisfactoria, pero también que a menudo, se trata de una tarea solitaria, difícil, ingrata y muy pocas veces reconocida.
La Fundación El Tranvía trabaja desde hace años con estos dos colectivos personas mayores y mujeres inmigrantes y desde el Centro de Salud Las Fuentes Norte colaboramos en todas sus demandas desde su implantación.
La iniciativa en este curso pasa por trabajar con estos dos colectivos que se crearon hace un tiempo en esta Fundación.
Utilizando la técnica de grupo nominal se priorizaron dos grandes temas a trabajar por separado: El autocuidado y El duelo.
Para tratar el tema de autocuidado, partimos de la experiencia en la consulta de enfermería, dado que las personas a quien va dirigida la actividad son en un 95% pacientes de nuestro Centro de Salud.
Objetivo: Mejorar los conocimientos en autocuidados en población mayor e inmigrante.
Población diana: 3 grupos de 15 personas adultas y 3 grupos de 10 personas inmigrantes
Recursos humanos: 1 profesionales de enfermería y 1 trabajador social

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el 25% mejore sus conocimientos de proceso del duelo en la encuesta anterior y posterior a la intervención
Que el 25% se propongan realizar una actividad de ocio en su tiempo libre.
Que el 20% identifique dos síntomas que tengan relación con el proceso del duelo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Charla basada en el método participativo y deductivo y con diverso material de apoyo
Encuesta de conocimientos sobre el temario de la charla:
-Definición
-Elaboración del duelo/cronología: determinantes, ayuda profesional
-Etapas del duelo
-Tipologías
-Como puedo saber si una persona necesita ayuda
-Cuidados en Atención Primaria en el proceso del duelo
Responsables:
Elaboración del proyecto: Adoración Burro Dal y Dolores Puerto Temprado
Ejecución de las charlas: Adoración Burro Dal y Dolores Puerto Temprado
Tabulación de los datos: Adoración Burro Dal y Dolores Puerto Temprado
Exposición al equipo: Adoración Burro Dal y Dolores Puerto Temprado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de personas mayores que contestan adecuadamente la encuesta

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 188

1. TÍTULO

EDUCAR EN EL DUELO. ACTIVIDAD DIRIGIDA A DOS POBLACIONES CLARAMENTE DEFINIDAS MAYORES E INMIGRACION

% de personas inmigrantes que contestan adecuadamente la encuesta
% de satisfacción al terminar la actividad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración del Proyecto: febrero, marzo y abril 2010
-1ª Encuesta: mayo 2010
-Charla: mayo 2010
-2ª Encuesta: mayo 2010
-1ª Encuesta: noviembre 2010
-Charla: noviembre 2010
-2ª Encuesta: noviembre 2010
-1ª Encuesta: marzo 2011
-Charla: marzo 2011
-2ª Encuesta: marzo 2011
-Tabulación de datos: septiembre y octubre 2011
-Presentación al equipo: noviembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 202

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN ASMA INFANTIL EN LOS COLEGIOS DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DESAMPARADOS FORES CATALA
· Profesión ..... ENFERMERIA
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELISA LAMBÁN CASAMAYOR-ENFERMERA-C.S. LAS FUENTES NORTE-S. ZARAGOZA II
Mª PILAR MARÍN IBÁÑEZ-ENFERMERA-C.S. LAS FUENTES NORTE-S. ZARAGOZA II
ISABEL MONEO HERNÁNDEZ-PEDIATRA-C.S. LAS FUENTES NORTE-S. ZARAGOZA II
Mª TERESA BARTRÉS SOLER-PEDIATRA-C.S. LAS FUENTES NORTE-S. ZARAGOZA II
ANA LUZ GARÍN MORENO-PEDIATRA-C.S. LAS FUENTES NORTE-S. ZARAGOZA II

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la educación sanitaria en asma infantil en los profesores de los centros educativos de la zona en Atención Primaria.

Importancia y utilidad del proyecto:
El Asma infantil se considera la segunda enfermedad crónica de los niños españoles, y la que consume un mayor número de recursos en Atención Primaria en la infancia. El asma genera una importante disminución de la actividad del niño, con pérdida de días de escolarización, disminución de actividades deportivas y pérdida de calidad de vida.

Los diversos planes de atención elaborados para su control desde Atención Primaria contemplan la Educación Sanitaria como parte fundamental de un programa educativo, progresivo, continuo, gradual e individualizado, que tendrá como fin conseguir el control de la enfermedad de la manera más autónoma posible por parte del niño y/o la familia. Ello implica no solo la transmisión de conocimientos, sino la adquisición de habilidades y modificaciones en el estilo de vida de las familias
Desde el C. S. se lleva trabajando la atención al niño asmático con un Proyecto de Mejora de la Calidad asistencial en el Control y Educación al niño asmático desde el año 2003. La atención al niño asmático en la cartera de servicios. Y talleres de educación a grupos de niños con asma. En esta nueva etapa nos parece importante el abordaje de la educación en el medio escolar para conseguir un entorno educativo más seguro con un aumento de los conocimientos y manejo del asma por parte del profesorado y la adopción de comportamientos saludables y buenas actitudes en el colegio para favorecer la integración y aceptación de los jóvenes que la padecen con el resto de sus compañeros.

Como métodos de detección y priorización se utilizó la lluvia de ideas y el diagrama de causa-efecto.

Para valorar la situación de partida se utilizará una encuesta de conocimientos, una escala de valoración de actitud tipo Likert y valoración de medidas específicas de atención al asma en los centros educativos tipo el decálogo de un colegio saludable para niños-adolescentes con asma

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar el conocimiento sobre asma infantil en los profesores de los centro educativos de la zona
• Valorar la actitud de los profesores de los centros educativos en relación al asma
• Valorar la existencia de medidas específicas en colegios en relación al asma: decálogo de colegio saludable para niños con asma

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elección de instrumentos de medida: encuestas de conocimientos y actitudes (Equipo de Mejora)
2. Valoración inicial de conocimientos y actitudes sobre el asma infantil en Profesores de los colegios de la zona: Encuestas conocimientos y escala de valoración de actitud. (Ana Garín y Teresa Bartrés).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 202

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN ASMA INFANTIL EN LOS COLEGIOS DESDE ATENCION PRIMARIA

3. Valoración de medidas específicas en colegios : decálogo de colegio saludable para niños con asma. (Ana Garín y Teresa Bartrés).
4. Difusión al Equipo de Atención primaria de proyecto de mejora y resultados de valoración inicial (Isabel Moneo)
5. Elección y elaboración de material educativo (folletos, carteles, taller….) (Equipo de Mejora)
6. Intervenciones educativas Indirectas: carteles, folletos,…..(Elisa Lambán, Pilar Marín y Amparo Forés)
7.
8. Taller de educación en asma a profesores (Elisa Lambán, Isabel Moneo y Amparo Forés)
9. Evaluación final : Encuesta de conocimientos y Escalas de actitud (Equipo de Mejora)
10. Difusión de resultados (Isabel Moneo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Conocimientos previos sobre asma infantil de profesores de centros educativos / conocimientos posteriores sobre asma infantil de profesores de centros educativos
• Nº Profesores participantes en taller de educación en asma/ Nº total de profesores de centros educativos
• Nº colegios con medidas específicas de atención al asma/Nº colegios de la zona

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto primer trimestre de 2010 y finalización diciembre de 2010.
1. Elección de encuestas de conocimientos y actitudes: 1º trimestre 2010
2. Valoración inicial de conocimientos y actitudes en profesores :
2º Trimestre 2010
3. Valoración de medidas específicas en colegios : 2º Trimestre 2010
4. Difusión al E.A.P. de Proyecto y valoración inicial : junio 2010
5.Preparación de material educativo: 3º Trimestre 2010
6. Intervenciones educativas Indirectas: septiembre, octubre y noviembre de 2010
7. Taller a profesores: octubre y noviembre de 2010
8. Evaluación final : noviembre y diciembre de 2010
9. Difusión de resultados: diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	600 €
· Puntero láser	20 €
· Altavoces portátiles compatibles con ordenador	50 €
· 3 memorias USB	50 €
Total	720 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 119

1. TÍTULO

INFLUENCIA DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLOGICO EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
- Servicio/Unidad .. MEDICINA GENERAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN MARTINEZ MENJON-ENFERMERA- CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
CARMEN MARTES LOPEZ-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
CARMEN BESCOS PEREZ-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
CONCHITA RISCO OTAOLAURRUCHI-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
Mª JOSE ARMALE CASADO-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se identifican varios problemas en consulta de enfermería programada de pacientes diabéticos tipo 2 y se prioriza el siguiente, utilizando el método de clasificación por pares.
En el 90% de las consultas de enfermería no se incide correctamente en el modo administración de fármacos
-Objetivo:
Determinar el grado de cumplimentación en la toma de medicación de los pacientes diabéticos tipo 2 en consulta de enfermería.
Modificar el uso incorrecto de la administración de fármacos.
-Consecuencias del problema:
-Para los pacientes: información insuficiente, menor efectividad de los fármacos, utilización inadecuada de los fármacos.
-Repercusión en los costes: desaprovechamiento del tiempo invertido en todas las consultas, mayor necesidad de fármacos.
-Otros recursos: mayor demanda.
-Justificación:
La correcta utilización de los fármacos en los pacientes diabéticos tipo 2 disminuye el riesgo cardiovascular y mejora la HbAc1.
-Población diana:
417 pacientes diabéticos tipo 2 que está en cartera de servicios en los seis cupos a estudio y controlados en consulta de enfermería.
-Tamaño de la muestra:
100% de pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a las consultas de enfermería de los 6 cupos a estudio que cumplan criterios de inclusión en el proyecto.
-Sesgos:
Pacientes que no son controlados en el centro de salud o por su enfermera.
-Recursos humanos:
Seis profesionales de enfermería.
-Criterios de inclusión:
-Pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a consulta de enfermería desde hace más de 1 año.
-Pacientes diabéticos tipo 2 en domicilio al que acude enfermería desde hace más de 1 año.
-Criterios de exclusión:
-Pacientes diabéticos tipo 2 que solo se controlan con medidas higiénico-dietéticas
-Pacientes diabéticos tipo 2 que no son controlados en el centro de salud y/o su enfermera
-Pacientes con cambio de tratamiento farmacológico durante el proyecto.
-Pacientes que incumple sistemáticamente el tratamiento farmacológico

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 119

1. TÍTULO

INFLUENCIA DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLOGICO EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el 90% de los pacientes tomen correctamente la medicación en cantidad y horario
Que disminuya un 5% el consumo de recetas
Que el 90% de pacientes se lleven la prescripción escrita en hojas de dosificación estandarizada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a introducir las siguientes medidas de mejora:
A-La exposición a todo el equipo de los resultados obtenidos.
B-La puesta en marcha de entrega de hojas de dosificación en consulta de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -De proceso:
-Pacientes que toman adecuadamente la medicación.
-De resultado:
-Pacientes con cifras de hemoglobina glicosilada menor a 7% distribución porcentual entre los diferentes tramos de valor.
-Pacientes con cifras de LDL colesterol menor a 130mg/dl distribución porcentual entre los diferentes tramos de valor.
-Pacientes con IMC menor a 30 medias obtenidas y su correspondiente distribución.
-Pacientes con cifras de triglicéridos<150mg/dl distribución porcentual entre los diferentes tramos de valor.
Los datos se extraerán de la población diabética tipo 2 incluida en Cartera de Servicios
En función de los resultados que obtengamos nos hemos planteado:
a-Medir los niveles de cumplimentación de la medicación. Conchita Risco, Carmen Bescos.
b-Realización de hojas de prescripción. Carmen Martes, Carmen Martínez, Conchita Risco, Carmen Bescos, Mª José Armalé
c- Informar de los resultados a todos los miembros del equipo (feed-back). Mª Luisa Lozano, Mª José Armalé.
d-Programar el número de sesiones formativas que consideremos oportuno, a efectos de puesta al día nuevos fármacos y dosificaciones para pacientes diabéticos. Carmen Martes y Carmen Martínez
e-Elaboración de protocolos de educación sanitaria en consulta individual sobre riego cardiovascular en pacientes diabético tipo 2. Carmen Bescós y Mª José Armalé

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración del proyecto:Febrero y mayo 2010
-1ª Encuesta: abril, mayo, junio y julio 2010
-1ª Analítica: abril, mayo, junio y julio 2010
-Intervención: septiembre, octubre y noviembre 2010
-2ª encuesta: septiembre, octubre y noviembre 2010
-Refuerzo: diciembre 2010, enero, febrero 2011
-3ª encuesta: diciembre 2010, enero, febrero 2011
-2ª analítica: septiembre, octubre y noviembre 2011
-4ª encuesta: septiembre, octubre y noviembre 2011
-3ª analítica: septiembre, octubre y noviembre 2011
-Tabulación de datos: diciembre 2011
-Presentación al equipo: marzo 2010 y diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Tablet toshiba portege M750-109	1.300 €
· Pendrive USB 8 GB 6 unidades	156 €
Total	1.456 €

11. OBSERVACIONES. Si fuera posible nos gustaría poder presentar los resultados en algún congreso, por lo que al año que viene queríamos pedir la inscripción

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 119

1. TÍTULO

INFLUENCIA DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLOGICO EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2

a algúno de calidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 095

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD A CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
- Servicio/Unidad .. CS SANJOSE CENTRO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN BECERRIL GERMAN-ENFERMERA-CS SAN JOSE NORTE
CLARA FERRANDO AZNAR-MEDICO-CS SAN JOSE NORTE-M.I.R. 4º
CONCEPCION GELADO JAIME-ENFERMERA-CS SAN JOSE NORTE
CONCEPCION LUISA NAVARRO SALDAÑA-ENFERMERA-CS SAN JOSE NORTE
ANA ISABEL PEÑA LOPEZ-PSICOLOGO-USM SAN JOSE
MARISOL RUIZ SANZ-ENFERMERA-CS SAN JOSE NORTE
M.PILAR TIHISTA BELLO-AUXILIAR ENFERMERIA-CS SAN JOSE NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Estimamos que en el Centro de Salud San José habría unas 2800 personas dependientes, de ellas 300 serían dependencia severa. La mayoría de estos dependientes son atendidos por cuidadores de mediana edad, amas de casa en su mayoría, con más de dos años de cuidado, con relación de parentesco (madres, hijas, esposas).
Estos cuidadores manifiestan:
- tener conocimientos y habilidades deficientes para un buen cuidado
- habilidades personales escasas de afrontamiento en los problemas derivados del cuidado
-dificultades en la busqueda de apoyos y recursos
Aparecen en los cuidadores emociones y sentimientos como la tristeza, la soledad, la depresión, irritabilidad y cansancio...

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - LLegar a formar a un porcentaje importante de cuidadores
- Mejorar la atención a los dependientes
-Mejorar la calidad de vida del cuidador
-Aumentar los conocimientos sobre aspectos relacionados con el cuidado
-Reforzar la autoestima y seguridad del cuidador
-Mejorar el funcionamiento del E.A.P. y la continuidad de atención con otros servicios y niveles

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizacion de 7 sesiones con metodología activa, consiste en:
- Exposición
- Dinámica participativa
- Resolución de dudas
- Reflexión-evaluación de la sesión
El orden de la sesiones sería:
1. Cuidar a otra persona y factores relacionados
2. Higiene - eliminación
3. Movilizaciones
4. Comunicarse y tiempo para sí
5. Alimentación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 095

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD A CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES

6.Materiales de cuidados y ortoprotésicos
7. Recursos sociales y apoyos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 50% de respuesta a la convocatoria para asistir a las sesiones:
número de asistentes / número de cuidadores convocados x 100
- 70% de asistencia a las sesiones
número de asistentes a las sesiones/ número de los que aceptan acudir x100
Para su cálculo emplearemos:
- el listado de usuarios elegidos, listado de usuarios que aceptan y computo de usuarios asistentes a cada sesión
- Encuesta previa de conocimientos y encuesta posterior de evaluación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo: elaboración de materiales y elección/ captación de cuidadores
CALENDARIO
Miércoles 14, 21,28 de Abril de 2010 y 5, 12,19 y 26 de Mayo de 2010
De 12 a 13.30 horas
En la segunda quincena de Junio evaluación y nueva programación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PROYECTOR (para conectar al ordenador)	500 €
· ORDENADOR PORTATIL	600 €
· 8 MEMORIAS USB	160 €
Total	1.260 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 065

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GINGIVITIS EN POBLACION JOVEN, DESDE LAS CONSULTAS DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
- Profesión ..... ATR
- Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUSANA QUIRCE SÁNCHEZ-HIGIENISTA DENTAL-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ NORTE-UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SEGÚN LOS DATOS APORTADOS POR LA OMS Y RECOGIDOS DE DIVERSOS ARTÍCULOS (OSORIO NÚÑEZ, HATERMÁN DÍAZ, HERRERA LÓPEZ, GARRIGA ANDREW Y OTROS) QUE VALORAN LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL (EN ADELANTE EPO) , LAS CIFRAS OSCILAN ALREDEDOR DE UN 60%, AFECTANDO A TODA LA POBLACIÓN GENERAL Y MAS CONCRETAMENTE A LA COHORTE DE EDAD CORRESPONDIENTE A LA ADOLESCENCIA.

NUESTRO PRINCIPAL ENFOQUE ES RESALTAR LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN PROTOCOLO DE EPO REAL DENTRO DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EN ADELANTE AP), QUE PERMITIRÁ UNA DISMINUCIÓN REAL DE LA GINGIVITIS Y EPO, ENFERMEDADES MUY VULNERABLES A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.

LA EPO SE DEFINE COMO UN PROCESO INFLAMATORIO DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES. ESTE PROCESO CURSA CON GINGIVITIS, DESPLAZAMIENTO APICAL DE LA CRESTA ALVEOLAR Y DESPLAZAMENTO APICAL DEL EPITELIO DE INSERCIÓN.

ES UNA ENFERMEDAD DE CAUSAS VARIADAS, MULTIFACTORIAL, CUYA ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE ES LA PRESENCIA DE PLACA BACTERIANA Y TÁRTARO. CONSIDERAMOS ESTAS DOS COMO FACTORES INICIADORES Y COMO FACTORES MODIFICADORES LOS SIGUIENTES:

- LOCALES: MALOCLUSIÓN, RESPIRACIÓN ORAL, OCLUSIÓN TRAUMÁTICA, IMPACTACIÓN ALIMENTICIA, HÁBITOS INADECUADOS Y OTROS.

- GENERALES: ALTERACIONES HORMONALES, MALNUTRICIÓN, STRESS, FACTORES SISTÉMICOS Y/O HEMATOLÓGICOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. COMO OBJETIVO GENERAL: CONSEGUIR LA DISMINUCIÓN PROGRESIVA Y UNA POSTERIOR DESAPARICIÓN DE LA GINGIVITIS Y LA EPO EL POBLACIÓN JOVEN, MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE PREVENCIÓN DE DICHAS PATOLOGÍAS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEDIDAS PREVISTAS Y RESPONSABLES DE LAS TAREAS:

- ACTIVIDADES DEL PROGRAMA: PROCEDIMIENTOS

a)- TABLA I

1. SESIONES CLÍNICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO CON EL FIN DE DAR A CONOCER ESTAS DOS ENFERMEDADES Y EL MODO DE PREVENIRALAS.

2. CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE ESTAS ENFERMEDADES QUE IRÁN DESTINADAS A LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA COMPRENDIDA ENTER LOS 12 Y LOS 18 AÑOS.

3. PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE ESTAS ENFERMEDADES EN AQUELLOS PACIENTES DERIVADOS POR LOS PROFESIONALES DE AP, SEGÚN EL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE LA TABLA II.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 065

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GINGIVITIS EN POBLACION JOVEN, DESDE LAS CONSULTAS DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCION PRIMARIA

b)- TABLA II

SE DERIVARÁN A LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL (EN ADELANTE USB) AQUELLOS PACIENTES QUE PRESENTEN:

1. INFLAMACIÓN GINGIVAL.
2. CAMBIO DE COLORACIÓN GINGIVAL (DE COLOR ROSA CORAL A COLOR AMORATADO).
3. SANGRADO GINGIVAL.
4. MOVILIDAD DENTAL.

- RESPONSABLES DEL PROGRAMA:

USB DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ NORTE:

DRA. MARIA LUISA VÁZQUEZ ANDRÉ
THD. SUSANA QUIRCE SÁNCHEZ

- OBJETIVO DEL PROGRAMA:

a. OBJETIVO GENERAL:

CONSEGUIR LA DISMINUCIÓN PROGRESIVA Y LA POSTERIOR DESAPARICIÓN DE LA GINGIVITIS Y LA EPO EN LA POBLACIÓN JOVEN MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE DICHAS PATOLOGÍAS.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. POTENCIAR EL CONOCIMIENTO DE LA EPO Y LA GINGIVITIS ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y LA POBLACIÓN GENERAL.

2. PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE EPO Y GINGIVITIS EN EL 100% DE LOS CASOS DETECTADOS EN LA USB.

3. PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE EPO Y GINGIVITIS EN EL 100% DE LOS CASOS DERIVADOS DE LAS CONSULTAS DE LOS PROFESIONALES DE AP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - DETERMINACIÓN DE ÍNDICE GINGIVAL DE LÖE Y SILNESS

- DETERMINACIÓN DE ÍNDICE DE PLACA DE O´LEARY

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª VISITA

- APERTURA DE HISTORIA CLINICA.

- DETERMINACIÓN DE INDICES DE PLACA Y GINGIVAL

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 065

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GINGIVITIS EN POBLACION JOVEN, DESDE LAS CONSULTAS DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCION PRIMARIA

- INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL.

- EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EXPLICACIÓN AL PACIENTE DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE, CÓMO TRATARLA Y PREVENIR RECIDIVAS).

2ª VISITA

SE REALIZARÁ A LOS 15 DÍAS DE LA PRIMERA Y CONSISTIRÁ EN:

- NUEVA DETERMINACIÓN DE ÍNDICE DE PLACA Y GINGIVAL

- INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL, USO DE REVELADOR DE PLACA DENTAL EN CONSULTA, INTRODUCCIÓN A LOS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE LIMPIEZA INTERDENTAL.

- SI EL ÍNDICE GINGIVAL ES ELEVADO Y DETECTAMOS LA PRESENCIA DE BOLSAS PERIODONTALES PROCEDEREMOS A INDICAR AL PACIENTE LA OPORTUNIDAD DE REALIZARSE TRATAMIENTO PERIODONTAL.

3º VISITA

SE REALIZARÁ PASADO 1 MES.

VALORAREMOS SI LA EPO SE HA ESTABILIZADO, Y SI ES ASÍ, CITAREMOS AL PACIENTE A LOS TRES MESES LLEVANDO A CABO LA APLICACIÓN DE FLÚOR TÓPICO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· REVELADOR DE PLACA DENTAL	20 €
· FLÚOR TÓPICO	50 €
· CEPILLOS DENTALES	100 €
· EDICIÓN DE GUÍAS DE SALUD	200 €
Total	370 €

11. OBSERVACIONES. RESPECTO A LAS GUÍAS PARA LA EDUCACÍON, DESCONOCEMOS SI SE PUEDEN REALIZAR EN NUESTROS PROPIOS SERVICIOS DE REPROGRAFIA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 447

1. TÍTULO

ESTUDIO PILOTO PARA LA VALORACION DE LA INCLUSION DE LA ELECTROPUNTURA SOBRE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES (PGM) EN EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO DOLOROSO, EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE AP, SECTOR Z2

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA ARA LORIENTE
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS SAN JOSE SUR
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FISIOTERAPIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª LUISA DE LA TORRE BELDARRAIN-FISIOTERAPEUTA-CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE
MANUEL CABANILLAS DEL POZO-FISIOTERAPEUTA-CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE
Mª CONCEPCIÓN SANZ RUBIO-FISIOTERAPEUTA-CENTRO DE SALUD SEMINARIO
IGNACIO PEREZ MENDIARA-FISIOTERAPEUTA-CENTRO DE SALUD SEMINARIO
Mª ASUNCIÓN HERNANDEZ GALLARDO- FISIOTERAPEUTA-CENTRO DE SALUD CANAL IMPERIAL
ESPERANZA GIMENO SANZ-FISIOTERAPEUTA-CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ
NOEMÍ USERO TIL-FISIOTERAPEUTA-CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor y la limitación funcional del hombro, es la tercera causa de frecuentación en el médico de atención primaria y derivación a las Unidades de Fisioterapia. Esta patología goza de un índice alto de prevalencia y recidivas frecuentes.

En este estudio nos ocupamos del Síndrome del dolor miofascial, que cursa con el cuadro clinico de dolor musculoesquelético, limitación de la movilidad y dolor referido.
Pretendemos 1ntroducir en el tratamiento técnicas novedosas que conduzcan a mejorar el funcionamiento de nuestras Unidades, disminuyendo el dolor y la discapacidad funcional de esta compleja patología, al mismo tiempo intentamos reducir la variabilidad de la práctica clínica y valorar la efectividad de técnicas innovadoras para el tratamiento del dolor miofascial.

Habitualmente utilizamos, y así lo recoge el recién aprobado protocolo del hombro doloroso del sector 2, el TENS como analgesia para el alivio o bloqueo del dolor, y en este proyecto proponemos aplicar dos tipos de analgesia, en un grupo seleccionado aleatoriamente, aplicaremos la analgesia habitual y en el otro, la Electropunción en los Puntos Gatillo Miofasciales, que según el Index Médicus (MeSH Database), es una técnica específica de fisioterapia.

Para la elaboración de este estudio piloto, hemos consensuado entre los integrantes del mismo seleccionar a pacientes afectados de limitacion y dolor en los movimientos de rotación interna del hombro, por ser una función frecuentemente afectada y que limita notablemente las funciones básicas de la vida diaria, comprometiendo a su vez la actividad laboral.

El protocolo a seguir :

1. PRESENTACIÓN A LOS EAPs
2 DERIVACIÓN HABITUAL A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA,
3.DAR INFORMACIÓN DEL PROYECTO Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE. FIRMA DEL MISMO. ASIGNACIÓN DE CÓDIGO.
2. EXPLORACIÓN FÍSICA. PARA COMPROBAR CRITERIOS DE INCLUSIÓN .
3. ASIGNACIÓN ALEATORIA DEL TRATAMIENTO
4. REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.
5. VALORACIÓN FINAL CON UN EVALUADOR CEGADO. MISMO EVALUADOR A TODOS LOS PACIENTES.

Criterios de exclusión:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 447

1. TÍTULO

ESTUDIO PILOTO PARA LA VALORACION DE LA INCLUSION DE LA ELECTROPUNTURA SOBRE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES (PGM) EN EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO DOLOROSO, EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE AP, SECTOR Z2

" Artritis/osis severa acromioclavicular
" Artropatía inflamatoria (enfermedad sistémica con afectación articular)
" Portadores de marcapasos y cirugias cardíacas
" Cirugía previa del síndrome subacromial
" Incapacidad, dolor, pérdida de fuerza súbita tras traumatismo que sugiera otra patología de gravedad
" Importante limitación y dolor que sugiera patología capsular
" Menos de 18 años
" Pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante
" Inestabilidad glenohumeral

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS GENERALES
• Mejorar la calidad del tratamiento fisioterápico en pacientes con limitación funcional en la rotación interna del hombro
• Disminuir las recidivas
• Definir los procedimientos e intervenciones en el tratamiento del hombro doloroso

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Disminuir la variabilidad en la práctica profesional de las Unidades de Fisioterapia de A. Primaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estudio piloto aleatorio, que busca la efectividad de la electropuntura en el tratamiento fisioterapéutico en la disfunción de la rotación interna del hombro.
Dos grupos de tratamientos distintos en cada Unidad de Fisioterapia
Grupo A: se le aplica el protocolo recientemente consensuado en el sector Zaragoza 2, que actualmente está en fase de pilotaje
Grupo B: Igual que el A pero se le sustituye la aplicación de TENS por la ELECTROPUNCIÖN

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. " Medición del dolor según E.V.A. (Escala Analógica Visual)
correspondencia con el test de Constant

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N Ninguno -/ Leve- . /Moderado…… ./ Severo

" INDICE DISCAPACIDAD: TEST de CONSTANT
3- RANGO DE MOVILIDAD
Rotación Interna Puntos
Dorso de la mano a cara lateral de muslo……..0
Dorso de la mano a glúteo…….2
Dorso de la mano a charnela lumbosacra……..4
Dorso de la mano a L3 (cintura).....6
Dorso de la mano a D12……8
Dorso de la mano a región interescapular……....10

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 447

1. TÍTULO

ESTUDIO PILOTO PARA LA VALORACION DE LA INCLUSION DE LA ELECTROPUNTURA SOBRE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES (PGM) EN EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO DOLOROSO, EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE AP, SECTOR Z2

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 2010 Fecha de finalización: Diciembre 2010
Calendario:

Procedimiento de Actuación

Sesiones para consensuar y diseñar el estudio Marzo y Abril

Puesta en marcha del pilotaje en las Unidades de Fisioterapia
Abril-Mayo-Junio-Septiembre-Octubre

Evaluación del Programa y Elaboración de la memoria
Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· TNS, agujas, pinzas, electrodos, ... (*) ..... 1.000 €
Total ..... 1.000 €

11. OBSERVACIONES. No podemos incluir la categoría de Fisioterapeutas, porque no aparece la casilla de OTROs.., la hemos incluido en Enfermería.
El gasto es global para las 5 Unidades de Fisioterapia del sector A.P.Z 2 que participamos en el estudio

(*) 8 APARATOS DE TENS,
Uno por cada Unidad que participa en el Proyecto
100 pinzas de cocodrilo de banana 2mm (50 negras y 50 rojas), 0.45 € unidad
200 electrodos autoadhesivos
8 cajas de agujas de acupuntura de 0,26x50
(100 unidades)
8 cajas de agujas de acupuntura de 0,26x 40
(100 unidades)
8 cajas de agujas de acupuntura de 0,26x 25
(100 unidades)
Inscripciones al Congreso Mundial (MYOPAIN) de Dolor Miofascial y Fibromialgias que se celebrará en Octubre 2010 en Toledo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 170

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NORMAS ISO. ESTUDIO DE NO CONFORMIDADES. CENTRO DE SALUD SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD CASTRO PINEDO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS SAN PABLO
- Servicio/Unidad .. CS SAN PABLO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN CAUSAPE- DUE-CS SAN PABLO
ELENA ARRILLAGA-DUE-CS SAN PABLO
ISABEL CASORRAN-DUE-CS SAN PABLO
MARISA SAMITIER- MÉDICO-CS SAN PABLO
MERCEDES EGUILUZ-MÉDICO-CS SAN PABLO
Mª JESÚS MURO-MÉDICO-CS SAN PABLO
SONIA BENEDI-ADMINISTRATIVO-CS SAN PABLO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras la puesta en marcha de las norma ISO 9001, se ha llevado a cabo la auditoria interna del Centro de Salud, se han detectado una serie de incidencias y no conformidades en las que hay que trabajar con el fin de ajustarse a la norma.
Se detectan las siguientes no conformidades y observaciones:
1-No se evidencia un adecuado control sobre la documentación de nivel III, (faltan códigos, listados de documentación, etc.)
2.-Falta de planificación de la Formación Continuada interna y evaluación de la misma.
3.-Controlar el material que se recibe tras los pedidos llevados a cabo por el centro.
4.-No se realiza calibración y verificación de todos los equipos de medida que lo precisen y en especial aparatos que puedan considerarse críticos.
5.-Control sobre los registros del EAP, especialmente sobre los guardados en soporte informático, de estos no existen copias de seguridad.
6.-Recopilar los currículum de los trabajadores del equipo.
7.-Retomar la actividad del Consejo de Salud
8.-Disponer de un archivo con los registros de la realización del mantenimiento preventivo y de los partes de averías
9.-Revisión periódica de las caducidades del material disponibles en los maletines de cada profesional, queda pendiente de establecerse el material mínimo que debe de existir en los maletines de atención domiciliaria.
10.-Falta de seguimiento periódico de los objetivos de calidad planteados y de las líneas de mejora.
11.-No se evidencia la apertura de acciones correctivas ni preventivas según el formato establecido.
12.-No se evidencia un registro correcto derivación para pruebas diagnosticas y terapéuticas entre los profesionales del centro, debe hacerse en soporte informático en OMI-AP.
Se estudiarán las no conformidades e incidencias, estableciendo las medidas correctivas y preventivas oportunas, las mismas se comunicarán al personal, mediante correo interno o institucional, para su conocimiento, las no conformidades requieren una evaluación posterior, así se confirma que el problema se ha corregido y puede cerrarse la no conformidad, consiguiéndose así una mejora continua de la calidad.
Desde diciembre de 2009 se coteja la recepción del material, al hacer el pedido las auxiliares de clínica se quedan con una copia el mismo, este se revisa al recibir el material, viendo que es correcto, se evaluará en febrero para comprobar que se hace correctamente.
Actualmente siempre que se firma un parte de trabajo por el jefe de admisión, este hace fotocopia del mismo y lo archiva, así se tiene constancia del trabajo que se ha llevado a cabo.
La coordinadora del equipo va a informar en reunión de equipo de la necesidad de retomar la actividad del consejo de salud, 2 miembros del equipo tienen que formar parte del mismo, posteriormente se convocará a las diferentes asociaciones que lo integran.
Para mejorar el registro de la documentación del EAP se ha solicitado la creación de una hoja Excel de uso común para todos los miembros del equipo, en ella se recopilara la documentación externa e interna, actividades de formación continuada, actas y demás documentación de interés general, de estos se hará periódicamente por el servicio de informática una copia de seguridad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 170

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NORMAS ISO. ESTUDIO DE NO CONFORMIDADES. CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Se elaborará una planilla donde se registra la formación continuada que se realiza en el equipo, se realizará una evaluación y una encuesta anual de la misma.
Para un mejor control de los aparatos de medida se realizará un mapa de actividades.
Se recopilarán los manuales de instrucciones de los distintos aparatos. Con la colaboración de mantenimiento se llevará a cabo la calibración y verificación de los mismos, realizando el registro de la actividad y en una planilla se registrara la fecha de la siguiente calibración.
Evaluación del proceso de atención sanitaria para confirmar que las derivaciones se hacen correctamente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos:
Seguimiento de los objetivos de calidad
Evaluación de la formación continuada
Verificación de equipos de medida
Control de caducidades
Control de maletines de atención domiciliaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Calendario:
Actividades 2010
Mapa de actividades aparatos de medida
Elaboración de hoja excel
Codificación de documentación interna
Evaluación de atención sanitaria. Estudio de derivaciones a otros profesionales
Evaluación de recepción de material
Calibración verificación de equipos de medida
Recopilación de curriculum
Determinar material mínimo de maletines
Evaluación de maletines
Evaluación de la formación continuada
Evaluación de control de caducidades

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
Número de actas realizadas/Número de reuniones realizadas
Número de asistentes a sesiones formativas/Número de personal sanitario del equipo
Número de verificaciones en 6 meses/Número de aparatos que requieren verificación mensual X 6m
Número de control de caducidades en 2010/12
Maletines con material correcto/ Total de personal sanitario

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las actividades se realizarán durante el año 2010.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Camilla hidráulica	600 €
· Tratado de Medicina Interna Harrison	200 €
· 2 Pendrive	12 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 170

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NORMAS ISO. ESTUDIO DE NO CONFORMIDADES. CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Total ..... 812 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA VITAL

2. RESPONSABLE ..... GLORIA SORIA CABEZA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS TORRE RAMONA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUIS OTEGUI ILARDUYA, -MEDICO DE FAMILIA- CS TORRERAMONA
DOLORES SORIA RUIZ- PEDIATRA- C DE SALUD TORRERAMONA
BLANCA ÁLVAREZ RUIZ- ENFERMERA- C DE SALUD TORRERAMONA
MARTA IRIBARNE FERRER- ENFERMERA- C DE SALUD TORRERAMONA
JAVIER RUBIO GALÁN- MÉDICO DE FAMILIA- C DE SALUD TORRERAMONA
NATIVIDAD GONZÁLEZ VIEJO- MÉDICO DE FAMILIA- C DE SALUD TORRERAMONA
BEGOÑA TURON RAMOS-ADMINISTRATIVA-CS TORRERAMONA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Proyecto comenzado en 2009. Análisis de problemas mediante Bainstorming, agrupacion y priorización mediante parrilla de análisis, con el siguiente resultado: 1. No hay protocolo de Atención a la Urgencia vital en el CS
2. Problemas de Citación
3. Profesionales de Admisión: rotación, cualificación, elección jefe, contratación
4. Desconocimiento de los organigramas de los profesionales
5. Demoras en la asistencia y bloqueo de Agendas.

Por último análisis del principal problema causa efecto mediante Diagrama de Ishikawa, resultando los problemas 3 y 4 determinantes sobre el priorizado

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ACTIVIDADES REALIZADAS:
1.-Elaboración de un Protocolo de Atención a la Urgencia Vital en el Centro de Salud, realizada por Un Médico de Familia y Residentes de M de Familia, disponible en formato papel y distribuída a todos los Profesionales del CS. Estaba en una Unidad compartida de disco duro que desapareció con la centralización informática en Mayo de 2009
2.- Elaboración de Registros de los Turnos Profesionales de atención urgente: listados de organigramas diarios de ausencias y sus sustituciones, pizarra de registro diario de guardias de tarde, listado semanal de turnos de urgencias de Pediatras, Médicos de Familia y Enfermeras expuesto en tablón de Admisión. Listados anuales de guardias de Viernes.
3.- Información al Equipo: se han realizado 3 sesiones informativas.
4.- Sesiones Clínicas de todos los profesionales del CS, sobre la Atención a la Urgencia Vital: Se ha realizado una, actividad propuesta para 2010
5.- Realización de Talleres de Entrenamiento y simulacro de Atención a la urgencia: Se ha realizado un Taller propuesto
6.- Revisión del Maletín de Urgencias: Objetivo no realista. La Auxiliar de Clínica no se responsabilizó. Se propone la actividad para el próximo año mediante turno rotatorio de Enfermería y AC, con periodicidad semanal

RESULTADOS DE INDICADORES:
Realización de Protocolo de atención la Urgencia Revisión y en vías de Adaptación de subproceso de Atención Sanitaria Urgente
Existencia de listados semanales de Turnos de los Profesionales de Atención urgente visible en Admisión. Registros: Listados anuales de guardias de Viernes, listados organigramas diarios de ausencias y sus sustituciones, pizarra de registro diario de guardias de tarde, listado semanal de turnos de urgencias de Pediatras, Médicos de Familia y Enfermeras expuesto en tablón de Admisión.
Realización de 6 revisiones del Maletín de Urgencias
Realización de un Taller de Asistencia a la Urgencia y 3 Sesiones clínicas de Asistencia a la Urgencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA VITAL

PENDIENTES:
Mantener maletin de urgencias actualizado
Discusión de Protocolos de Atención a Urgencia Vital

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mantener el maletín de urgencias actualizado. Número de revisiones del Maletín de Urgencias propuestas: 1 semanal. Registro en hoja presente en el maletín.
2. Registro de incidencias: Nº de incidencias recogidas por grupos: derivadas del Organigrama, de los profesionales, del material, etc
3. Mejorar la formación de los profesionales en la atención a la Urgencia mediante asistencia a Sesiones clínicas y Talleres en el Centro de Salud.
4. Elaboración de Procedimiento Documentado específico de recepción de Urgencias y de Registro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Sesiones Clínicas de todos los profesionales del CS, sobre la Atención a la Urgencia Vital, organizadas por Amor Melguizo, responsable de Docencia. Responsables los Tutores y Residentes de Familia
2.- Elaboración de Sistema de Registro de maletín de Urgencias: Blanca Álvarez y MIR
3.- Revisión del Maletín de Urgencias, con carácter semanal, cumplimentando el sistema de Registro diseñado a tal fin. Rsponsables Blanca älvarez, Marta Iribarne.
4.- Elaboración de Procedimiento Documentado específico de recepción de Urgencias y de Registro. Discusión en Grupo de Calidad, presentación y discusión en el Equipo. Responsable Javier Rubio y Natividad González Viejo
5.-Elaboración semanal de turnos de guardia de atención a la urgencia. Responsable Luis Otegui
6.- Comunicación de incidencias derivadas de la atención a la Urgencia Vital al Coordinador del EAP y/o al grupo de Calidad. Todo el equipo. Correo mensual recordatorio y Análisis trimestral de las incidencias, responsables Luis Otegui y Gloria Soria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Existencia de Sistema de Registro cumplimentado de revisiones del Maletín de Urgencias en armario de material de Urgencias. Registro semanal, se monitorizará mensualmente
2. Registro y Análisis de las incidencias recogidas por el Coordinador del EAP (Luid Otegui) o por la responsable del Grupo de Calidad (Gloria Soria), relacionadas con la atención a las urgencias: problemas con los turnos de guardia, de localización del responsable de atender la urgencia, con la recogida de datos del paciente o con el material de Urgencias. Se monitorizará trimestralmente.
El registro del número de urgencias atendidas se solicitará a la Unidad responsable de OMI en Atención primaria, con carácter anual
3. Sesiones clínicas: Acta de las sesiones, con registro de fecha, y profesionales que acuden.
4. Utilización en OMI del Documento específico de recepción de Urgencias. Se recogerá de consulta directa al Personal de Admisión, sanitarios del equipo y/o registro de incidencias. Se monitorizará semestralmente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA VITAL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Sesiones Clínicas de todos los profesionales del CS, sobre la Atención a la Urgencia Vital. Febrero a MAyo 2010
2. Elaboración de Sistema de Registro de maletín de Urgencias. Febrero Marzo 2010
3. Revisión del Maletín de Urgencias semanal, desde Marzo a Diciembre 2010
4.- Elaboración de Procedimiento Documentado específico de recepción de Urgencias y de Registro. Discusión en Grupo de Calidad, presentación y discusión en el Equipo. 1er trimestre 2010
Utilización del Documento específico de Recepción de Urgencias . Desde 2º trimestre, resto del año 2010
5. Elaboración semanal de turnos de guardia de atención a las Urgencias, todo el año.
6. Análisis de incidencias, una vez al trimestre, en Marzo,Junio,Septiembre y Diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Videocámara con disco duro	400 €
· ordenador pequeño	400 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 502

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE APOSITOS POR RECETA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ASTIER PEÑA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
- Servicio/Unidad .. TECNICO DE SALUD PUBLICA Y FARMACIA DE ATENCION PR
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERESA TOLOSANA LASHERAS-ENFERMERA-DIRECTORA DE ENFERMERÍA AP-SECTOR II
EVA TOBAJAS SEÑOR-ENFERMERA-RESPONSABLE DE LOS EAP-SECTOR II
CONCEPCIÓN CELAYA LECEA-FARMACÉUTICA-DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA-SECTOR II

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

Una de las líneas estratégicas del SALUD en Atención Primaria es la reducción de las úlceras por presión (UPP). La reducción de las mismas se considera un indicador de la calidad asistencial. Este objetivo estratégico se apoya en estudios que evidencian que las UPP son un efecto adverso ligado al encamamiento (Estudio APEAS sobre detección de Efectos Adversos en Atención Primaria) y que la aplicación de estrategias preventivas como la utilización de apósitos en zonas de gran fricción reduce el desarrollo de las mismas en los pacientes con poca movilidad.

Dentro de esta línea estratégica, en el Sector Zaragoza II se ha desarrollado una iniciativa presentada como proyecto de calidad en 2010: “Abordaje de las úlceras por presión en atención primaria”. Dicha iniciativa considera prioritario estandarizar la forma de actuar en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión por parte de los profesionales de enfermería del sector II, con el objetivo de disminuir la variabilidad en la práctica de enfermería.

La adquisición de los apósitos puede realizarse bien a través de la provisión desde el almacén central del hospital al centro de salud o bien a través de la compra directa en oficina de farmacia por medio de prescripción médica por receta al paciente. La compra directa por receta es la opción más cara de las dos, ya que en la compra centralizada permite negociar el precio de los productos.

Por ello, para facilitar el acceso a estos materiales desde el almacén central del hospital, en el proyecto antes mencionado, se va a elaborar un catálogo de productos sanitarios susceptibles de adquisición en el sector II, y cuya petición se realiza a través del programa SERPA (programa centralizado de gestión de suministros y compras). Igualmente, se potenciará la formación idónea al personal de enfermería.
Para conocer el impacto en número de recetas emitidas para compra de este material, se ha realizado un análisis de los datos de prescripción por receta de apósitos durante el año 2009. Se observa que se prescriben apósitos mediante receta para la oficina de farmacia que están disponibles en los botiquines de los equipos de atención primaria, y cuya solicitud se realiza a través del programa SERPA.
El objetivo del presente trabajo es reducir el número de prescripciones de apósitos para prevención y tratamiento de UPP en receta para compra en oficina de farmacia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. no se ha realizado previamente este trabajo

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS GENERALES
- Disminuir la prescripción de apósitos por receta para el abordaje de las úlceras por presión en la población de AP del Sector II.
- Optimizar los recursos existentes al disponer en los botiquines de los equipos de atención primaria de apósitos estériles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Difundir el catálogo de apósitos estériles disponible a través del Programa SERPA entre los profesionales de atención primaria.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 502

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE APOSITOS POR RECETA EN ATENCION PRIMARIA

- Sensibilizar de la importancia de la utilización de los recursos existentes en los botiquines de los equipos de atención primaria.
- Informar a los EAPs sobre el consumo de apósitos por compra directa mediante receta en relación con el uso de los recursos existentes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de un informe individualizado de prescripción de apósitos estériles a nivel de facultativo con la situación actual.
2. Identificación de censo de pacientes en tratamiento preventivo o curativo para UPP a través de los registros de enfermería del cupo.
3. Difusión del catálogo de apósitos estériles disponible en los botiquines de los equipos de atención primaria a los facultativos de atención primaria.
4. Envío del informe individualizado de prescripción de apósitos estériles cada tres meses como seguimiento de la actividad establecida en relación con el número de pacientes en el censo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores que se van a monitorizar por medio de un informe periódico para el facultativo y la enfermera de cada cupo con pacientes registrados para tto de UPP son:

1. Nº de envases de apósitos estériles prescritos cada mes.
2. Gasto en apósitos estériles prescritos cada mes.
3. % Envases de apósitos estériles prescritos cada mes disponibles en los botiquines de los equipos de atención primaria.
4. Nº pacientes con UPP
5. Nº pacientes con UPP con uso de apósitos por receta/ Nº pacientes con UPP con uso de apósitos por botiquín de centro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010 Fecha de finalización: Diciembre 2010
Elaboración de un informe individualizado de prescripción de apósitos estériles: marzo-abril 2010
Difusión de la intervención entre los profesionales: junio 2010
Difusión del catálogo de apósitos estériles disponible: junio 2010
Envío del informe individualizado de prescripción de apósitos estériles a nivel de facultativo: septiembre 2010
Evaluación del programa y elaboración de la memoria final: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Colchones de prevención de UPP ..... 1.500 €
Total ..... 1.500 €

11. OBSERVACIONES. La solicitud de colchones se realiza para disponer de un stock que permita completar el tratamiento con los apósitos para UPP de una forma más integral. Los colchones no están en el petitorio de material de compra de suministros generales del hospital

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 486

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL E IBP EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION CELAYA LECEA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª TERESA ANAYA CASBAS-EAP FERNANDO EL CATOLICO
ANA AVELINO TERRÓN-EAP CASABLANCA
OLGA BLASCO RONCO-EAP SEMINARIO
Mª JOSE BARROSO SAIZ-EAP TORRE RAMONA
NURIA BORRAZ SAIZ- EAP SAN PABLO
MAR GRACIA TRICAS-EAP SAN JOSÉ CENTRO
Mª TERESA LAMBAN SANCHEZ-EAP REBOLERIA
TERESA PEMÁN MUÑOZ-EAP ALMOZARA
ANA SARSA GOMEZ-EAP FUENTES NORTE
MELCHOR LUIS SOLANO CAMON-EAP SAGASTA RUISEÑORES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aterotrombosis es el principal elemento que condiciona el desarrollo y mal pronóstico de diversos trastornos cardiovasculares que cursan con isquemia y que afectan a la circulación arterial periférica, cerebral o coronaria, siendo las plaquetas un elemento clave en la trombosis patológica. El tratamiento antiagregante en pacientes con riesgo cardiovascular elevado ha demostrado una reducción de la incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM), accidente vascular cerebral (AVC) no letal y mortalidad de origen cardiovascular.

La aspirina se considera el fármaco de elección en la prevención farmacológica de la trombosis arterial.
El clopidogrel se considera una alternativa a la aspirina en pacientes con contraindicaicón o intolerancia a la misma y en algunos casos asociado a ella como tratamiento de elección.

El pasado 3 de junio se remitió desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria a los facultativos de atención primaria la Nota Informativa de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) comunicando la posible interacción de Clopidogrel con los Inhibidores de la Bomba de Protones. Datos procedentes de estudios publicados indican la posible reducción del efecto antiagregante y falta de eficacia de clopidogrel cuanto se utiliza de forma concomitante con IBP (esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol). Esta interacción conllevaría un mayor riesgo de sufrir acontecimientos cardiovasculares de tipo aterotrombótico, en particular de reinfarto o recurrencia de un síndrome coronario agudo. Aunque el incremento de riesgo sería moderado en términos relativos (en torno al 27%), podría tener gran relevancia para la salud pública dada la alta prevalencia del síndrome coronario agudo y el amplio uso de clopidogrel.
Entretanto se completa la evaluación, la AEMPS recomienda a los profesionales sanitarios lo siguiente:
- En pacientes en tratamiento con clopidogrel, se desaconseja el uso de inhibidores de bomba de protones, a menos que se considere estrictamente necesario para prevenir el riesgo de hemorragia digestiva alta, para lo cual deberá realizarse una evaluación individualizada del balance beneficio/riesgo para cada paciente.
- Con los datos actualmente disponibles no se puede concluir que alguno de los IBP pueda estar exento de esta posible reducción de la actividad antiagregante de clopidogrel y son necesarios más estudios.
- Consultar y seguir las recomendaciones de uso incluidas en las fichas técnicas de Iscover® y Plavix®.

La Unidad funcional de Uso Racional del medicamento, envió el 5 de agosto de 2009 los CIP de los pacientes a los que se había prescrito IBP y clopidogrel en el período de enero a mayo de 2009 para que los enviáramos a los facultativos de atención primaria.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 486

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL E IBP EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Tras seis meses de esta intervención se propone realizar una monitorización de los pacientes en tratamiento con clopidogrel e IBP en el sector Zaragoza II para evaluar la idoneidad de la duración del tratamiento, así como la indicación de los mismos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS GENERALES
- Monitorizar a los pacientes en tratamiento con clopidogrel e IBP en el Sector Zaragoza II.
- Evaluar la idoneidad de la indicación, así como de la duración de los tratamientos instaurados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Conocer la edad, sexo, patologías de los pacientes en tratamiento con clopidogrel e IBP.
- Determinar el origen de la primera prescripción y el número de consultas de seguimiento en atención hospitalaria con las posibles modificaciones de tratamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Explotación de datos de la historia clínica informatizada OMI-AP para identificar los pacientes a monitorizar en tratamiento con clopidogrel e IBP en el Sector Zaragoza II.
2. Análisis de la información para evaluar la idoneidad de la indicación, como de la duración de los tratamientos según ficha técnica.
3. Determinar como la notificación de la posible interacción entre clopidogrel e IBP ha modificado los perfiles de prescripción

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº de pacientes que continúan en tratamiento con clopidogrel e IBP tras la notificación de la posible interacción.
2. %Idoneidad de indicación del clopidogrel
3. %Idoneidad de indicación de IBP
4. %Idoneidad de duración de tratamiento de clopidogrel

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Marzo 2010
Fecha de finalización: Diciembre 2010
Calendario:
-Explotación de datos de la historia clínica informatizada para conocer los pacientes en tratamiento con clopidogrel e IBP en el Sector Zaragoza II: marzo-mayo
-Análisis de la información por parte de los facultativos para conocer la idoneidad de la indicación y de la duración: junio-octubre

-Determinar como la notificación de la posible interacción ha modificado los perfiles de prescrición:noviembre
-Evaluación del programa y elaboración de la memoria final:diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Programación de sentencias SQL compatibles	1.200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. HAN PARTICIPADO MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO SECTOR ZARAGOZA II (16 MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 400

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ADMISION DEL SECTOR DE ZARAGOZA II. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN "DECALOGO DE BUENAS PRACTICAS" A UTILIZAR POR LOS PROFESIONALES DE ADMISION

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MORO LARA
· Profesión ..... ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PILAR ASTIER PEÑA-DIRECCIÓN A. PRIMARIA -TCO. SALUD
PILAR ABRIL ZAERA-AREA DE CLIENTES-AUX. ADTVO
ESTEBAN JAEN BAYARTE-C.S. FUENTES NORTE-JEFE GRUPO
CELIA POSADILLA LUENGOS-DPTO. TARJETA SANITARIA-AUX. ADTVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. • 1.1. Antecedentes

Acabamos de entrar en la segunda década del movimiento para la seguridad de los pacientes, que tradicionalmente se considera iniciado con los informes publicados por el Institute of Medicine (IOM) de EEUU , , que hicieron evidentes los problemas de seguridad consecuencia de la asistencia hospitalaria. En ellos se constataba que en un 7-14% de las hospitalizaciones aparecía un efecto adverso (EA) y dentro de ellos entre un 3 - 4% resultaban mortales. El mensaje fundamental fue que estos sucesos se producen como consecuencia de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, y que son prevenibles en un alto porcentaje.
El IOM se propuso reducirlos en un 50% en el plazo de 5 anos, durante los cuales se identificaron una serie de sistemas de alerta, de prácticas seguras, así como estrategias para desarrollarlas; en concreto el IOM elaboró 234 informes. Al cumplirse el plazo se evaluó la eficacia de las acciones abordadas, y los resultados de esta evaluación, lejos de lo esperado, alentaron el movimiento por la seguridad a nivel mundial .
Una de las debilidades encontradas fue el limitado impacto de tales acciones en los sistemas de notificación de incidentes y el escaso progreso en la mejora de las competencias que son exigibles a los profesionales. En un informe de 2003, el National Quality Forum identificó como la primera de sus "30 prácticas seguras" promover una cultura de seguridad en la organización, entendiendo que el mayor cambio, para pasar a un sistema sanitario más seguro, es cambiar a otra cultura en la que los incidentes no son tratados como fallos de las personas sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el dano. Esta fue también una de las conclusiones de la Declaración del Consejo de Europa en Varsovia que se refleja como estrategia propuesta a los países miembros para abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional.
En nuestro contexto, en el ano 2003 se pone en marcha el proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos) y en el ano 2005, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad convoca un taller de expertos espanoles en temas de seguridad con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad de los pacientes y de la gestión de riesgos sanitarios en Espana, de detectar puntos críticos y de proponer estrategias de intervención. Uno de los puntos críticos identificados, entre otros, fue la ausencia de cultura de seguridad y calidad. El plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del ano 2006 contempla entre las grandes áreas de interés sanitario el FOMENTO DE LA EXCELENCIA CLÍNICA y formula como una de las estrategias para lograrla. "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud" (estrategia 8). El primer objetivo de dicha estrategia es Promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje, ya que este objetivo está siendo compartido internacionalmente .
A partir de ahí, la Agencia de Calidad promueve diferentes estudios a nivel nacional que informen del estado de la seguridad de los pacientes en distintos aspectos en el contexto hospitalario: Estudio ENEAS para la identificación de efectos adversos ; la evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales espanoles ; construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente , etc.

1.2. El contexto de la Atención Primaria

En lo que se refiere a la Atención Primaria, Borrel F. publica en 2006 un estudio titulado: "Errores clínicos y eventos adversos; percepción de los médicos de atención primaria"; se trata de una encuesta por correo a todos los médicos de una Región Sanitaria de Cataluna, con el objetivo de conocer cómo éstos perciben y afrontan errores clínicos y/o acontecimientos adversos. El estudio no mide cultura de seguridad, sino que describe la subjetividad del error desde la perspectiva del médico. Este trabajo pone de relieve que los médicos perciben los errores clínicos y los acontecimientos adversos como sucesos relativamente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 400

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ADMISION DEL SECTOR DE ZARAGOZA II. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN "DECALOGO DE BUENAS PRACTICAS" A UTILIZAR POR LOS PROFESIONALES DE ADMISION

frecuentes, sin embargo una tercera parte de ellos declaró no haber cometido nunca un error.
En 2007, los autores del ENEAS desarrollaron con una metodología similar el "Estudio de la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud", APEAS . Se encontró que en el periodo de estudio se produjeron 11,18 EA por cada mil visitas, de los EA que se consideran graves, un 7,3%, serían claramente evitables el 70% del total, siendo más evitables (hasta un 80%) los más graves. Se identificaron los factores causales de los EA. La mayor parte estaban ligados a la medicación y a los cuidados, sin embargo, el 24,6% estaban relacionados con la comunicación y el 8,9% con la gestión. El estudio concluye que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura, siendo la frecuencia de EA baja y predominando los de carácter leve pero, si se generalizan los resultados al conjunto de la población podrían verse afectados, de media, 7 de cada 100 pacientes en un ano, dado el altísimo ns de visitas que se celebran en un ano, y que se calcula alrededor de 300 millones. Los datos que se resenan y la elevada frecuentación por parte de los usuarios senalan la necesidad de promover acciones que disminuyan dichos efectos y mejoren la seguridad de los pacientes.

1.3. Cultura de seguridad

Se define CULTURA DE SEGURIDAD de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas . Esto se aprecia en sus prácticas y los equipos y las personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.
Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias son:

- La reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de seguridad del paciente, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.
- La reducción del dano físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar de forma abierta cuando las cosas fallan.
- La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención sanitaria como consecuencia de los incidentes reflejados.
- La reducción en los amplios costes financieros y sociales provocados por incidentes de seguridad del paciente, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

Bibliografía:

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System (2000). Washington DC: National Academy Press; 1999. Disponible en: http://www.nap.edu/books/0309068371/html/1.html

Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Summary. July 2001. AHRQ Publication No. 01-E057. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD). Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/summary.htm (consultada 10/12/2009)

Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. AHRQ, August 2004, 75 pp. Publication No. 04-0051-1

Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report. Summary. The National Quality Forum. August 2003. Disponible en: http://www.ahrq.gov/qual/nqfpract.htm (consultada 10/12/2009)

Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia,13-15 Abril 2005. Disponible en: www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/ConferenceProgramme14.03.05.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 400

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ADMISION DEL SECTOR DE ZARAGOZA II. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN "DECALOGO DE BUENAS PRACTICAS" A UTILIZAR POR LOS PROFESIONALES DE ADMISION

Aranaz J.M. por el Grupo de Trabajo del Proyecto IDEA. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20(2:53-60.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Informe del comité de expertos sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2005

Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm(consultada 10/12/2009)

Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf (consultada 10/12/2009)

Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles, 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf (consultada 10/12/2009)

Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad delpaciente, 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf (consultada 10/12/2009)

Borrell-Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Error Clínico y efectos adversos: Percepción de los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 2006 Jun 15;38(1):25-32.

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/resumenEstudioApeas2008.htm (consultada 10/12/2009)

Nieva V.F., Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2003;12(suppl II):ii17-ii23

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dado que los servicios de admisión en los centros de salud son la puerta directa al sistema de salud, que el buen desarrollo de sus gestiones garantiza una idónea identificación del paciente y la puesta en marcha de circuitos asistenciales efectivos y que no se han realizado actividades específicas para este colectivo, proponemos desarrollar en el Sector Zaragoza II una estrategia para promocionar buenas prácticas para mejorar la seguridad del paciente desde las unidades de atención al usuario de los centros de salud del Sector de Zaragoza II.
Esta estrategia se fundamenta en los objetivos clave:

1. Formar y difundir la cultura de seguridad del paciente en este colectivo de profesionales
2. Generar habilidades para identificar incidentes en relación con la seguridad del paciente en su trabajo cotidiano.
3. Identificar las buenas prácticas que reducen los incidentes en relación con la seguridad del paciente en su trabajo cotidiano.
4. Difundir las buenas prácticas, decálogo de buenas prácticas, entre todos los profesionales de admisión del sector 2.
5. Consolidar las buenas prácticas y facilitar el registro de incidentes para potenciar una actitud constructiva ante los mismos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Taller de mejora de la seguridad del paciente para los responsables de los servicios de admisión de los equipos de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 400

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ADMISION DEL SECTOR DE ZARAGOZA II. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN "DECALOGO DE BUENAS PRACTICAS" A UTILIZAR POR LOS PROFESIONALES DE ADMISION

atención primaria, con el siguiente programa:
- Conocer la política de seguridad del paciente desarrollada desde el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales y su despliegue en los servicios regionales de las comunidades autónomas con especial detalle de la comunidad autónoma de Aragón.
- Analizar los incidentes y efectos adversos en relación con la seguridad del paciente que se pueden producir en la actividad de las unidades de atención al usuario y tomar conciencia de su realidad y posibilidad para prevenirlos
- Repasar los distintas actividades que el profesional realiza en la aplicación OMI AP implicadas en la seguridad del paciente para proponer estrategias preventivas y solución de incidentes
- Repasar los distintas actividades que el profesional realiza en la aplicación BDU (Base de Datos de Usuario), tarjeta sanitaria, implicadas en la seguridad del paciente para proponer estrategias preventivas y solución de incidentes
- Repasar los distintas actividades implicadas en la seguridad del paciente de otras tareas administrativas como recetas de largo tratamiento, visado de recetas, solicitud de historia clínica, gestión de sugerencias y reclamaciones, reintegros de gastos… para proponer estrategias preventivas y solución de incidentes.
- Elaboración de un decálogo de buenas practicas.
- Maquetación y edición de pósteres informando del decálogo, para todos los servicios de admisión
- Elaboración de un documento individual para cada profesional de admisión: "guía de buena práctica".
- Reuniones de los responsables de los servicios de admisión con sus equipos en los centros con el objetivo de:
- Familiarizarse con la implantación de la cultura de seguridad del paciente en atención primaria desde la perspectiva de la atención directa al usuario.
- Identificar los incidentes y efectos adversos más frecuentes en las unidades de atención al usuario en los centros de salud.
- Proponer estrategias preventivas y de solución de incidentes en las aplicaciones informáticas que se utilizan en la práctica cotidiana en su equipo.
- Crear un código nuevo con el concepto de incidente relacionado con la seguridad del paciente dentro del sistema de gestión de incidencias de los equipos de admisión de los centros de salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Realización del taller para los responsables de todos los servicios de admisión de los EAPs del sector 2: si/no
2. Confección del decálogo de buenas prácticas en mejora de la seguridad del paciente en los servicios de admisión: si/no
3. Existencia en todos los centros del póster de las buenas prácticas (18 centros): 100%
4. Nº de sesiones/talleres realizadas en cada centro al personal de admisión.
5. Creación del nuevo código de incidente en relación con la seguridad del paciente: si/no
6. Nº de incidencias del código de seguridad el paciente/ mes desde su implantación
Nº incidencias totales
(Periodo de registro: julio – diciembre 2010). No existe un estandar de comparación pero se considerará positivo el incremento en el registro de 0 a 5 incidentes a lo largo de los 6 meses).

7. Retroalimentación cada 6 meses en reunión con los equipos de admisión desde la Dirección con análisis de las causas del incidente y áreas de mejora a desarrollar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Taller: marzo 2010.
2. Decálogo: abril- mayo 2010
3. Material de difusión del decálogo: junio 2010
4. Creación del código de incidente en relación con la seguridad del paciente en el sistema de gestión de incidentes de los EAPs del sector 2: junio 2010
5. Evaluación del indicador de número de incidencias registradas: enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Taller de mejora de la seguridad ... (*) ..... 500 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 400

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ADMISION DEL SECTOR DE ZARAGOZA II. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN “DECALOGO DE BUENAS PRACTICAS” A UTILIZAR POR LOS PROFESIONALES DE ADMISION

· Maquetación, edición e impresión de pósteres ..... 300 €
· Maquetación, edición e impresión de una guía para profesionales ..... 500 €
Total ..... 1.300 €

11. OBSERVACIONES. (*) Taller de mejora de la seguridad del paciente para los responsables de los servicios de admisión

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA TOBAJAS SEÑOR
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
- Servicio/Unidad .. RESPONSABLE DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERESA TOLOSANA LASHERAS-DIRECTORA DE ENFERMERÍA AP.SECTOR Z-II
NATALIA CASANOVA CARTIÉ-ENFERERA RESPONSABLE DE CALIDAD HOSPITAL ERNEST LLUCH
M PILAR TABUENCA ESPADA-ENFERMERA DE ENLACE. SECTOR Z-II
CARMEN NOYA CASTRO-ENFERMERA-HU MIGUEL SERVET-SECTOR ZII

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Organización Mundial de la Salud considera a las úlceras por presión (UPP) como un indicador de la calidad asistencial, en definitiva de la calidad de los cuidados que se prestan.
Un aspecto fundamental en la mejora de la seguridad clínica del paciente inmovilizado es la reducción del riesgo de presentar UPP y, en su caso, la reducción del tiempo de tratamiento de éstas si se hubieran instaurado, disminuyendo el disconfort de paciente y cuidador al optimizar la calidad de los cuidados preventivos y/o curativos que recibe.

Las UPP exigen una atención directa y diaria para evitar su aparición y/o conseguir su curación, así como la dedicación de los cuidadores. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes, tanto directos como indirectos. Es decir, una gestión (prevención y tratamiento) eficaz de las mismas, mejoraría considerablemente las repercusiones entre las que se debe destacar la influencia en el nivel de salud y, por tanto, en la calidad de vida de quien las padece y de sus cuidadores, el elevado consumo de recursos del sistema sanitario, así como las posibles responsabilidades legales.
En la actualidad, el interés por las heridas crónicas ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas, ya que se estima que hasta al 95% de las UPP son evitables. (P. Hibbs, 1987)

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

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

La relevancia de estos problemas y de la respuesta a éstos ha sido evidenciada por numerosos profesionales de enfermería en su práctica diaria: es prioritario homogeneizar la forma de actuar en la prevención y tratamiento de este tipo de heridas, disminuir el grado de incertidumbre en las actuaciones y ayudar en la toma de decisiones.

Esta iniciativa responde a una necesidad demandada por los profesionales de enfermería de nuestro sector, recogida en las preguntas abiertas de las encuestas de valoración de otros cursos formativos y, además, la asistencia y valoración de 8,9 puntos al 1º taller sobre este tema que se inició el año pasado.

Por ello se pretende capacitar a las enfermeras para un abordaje eficiente en:
1. Prevención:
- Manejo de la presión (SEMP: superficies especiales para el manejo de presiones, colchones de aire de presión alternante).
- Protección.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

1. TÍTULO

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

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

La herramienta informática disponible en A.Primaria de la CCAA, OMI-AP, no dispone de campos susceptibles de explotación de datos, para registrar la prevención, valoración, seguimiento y tratamiento de las UPP. Por lo tanto, no disponemos de datos extrapolados de OMI-AP de personas en riesgo y prevalencia actual de upp en nuestro sector.
Por ello, como iniciativa de este sector, con la información a todas las Direcciones de A. Primaria, paralelamente un grupo está trabajando la mejora de esta debilidad, que se pilotará en este sector y en Calatayud.
Podemos plantearnos obtener estos datos de determinados EAP de forma manual.

En cuanto a RRMM en nuestro sector, todo el material necesario para esta prevención y tratamiento de las UPP se solicita a través de SERPA, excepto las superficies que disminuyen la presión (colchones), cuyo stock lo gestiona la enfermera de enlace. Este stock en la actualidad es inexistente, es decir, la demanda supera al stock disponible. Para dar la mejor respuesta a esta situación, se distribuye el stock en base a unos criterios objetivos acordados.

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

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

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS GENERALES
- Disminuir la morbilidad de las úlceras por presión en la población de riesgo en AP del Sector II.
- Aumentar la calidad de los cuidados prestados a pacientes con UPP y a sus cuidadores, así como a aquellos con riesgo de desarrollarlas.
- Mejorar la accesibilidad de los EAP al material del manejo de las UPP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Capacitar a las enfermeras en identificar a la población en riesgo de desarrollar una úlcera por presión.
- Formar a las enfermeras en procedimientos e intervenciones en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Confeccionar un catálogo de material almacenable de prevención y tratamiento de UPP.
- Optimizar los recursos existentes adecuándolos a las necesidades de la población y los profesionales: revisando stocks disponibles de colchones de aire alternante.
- Mejorar la comunicación y la continuidad de cuidados entre los diferentes ámbitos de actuación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

1. TÍTULO

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

- Promover la investigación y formación de todos los profesionales relacionados con la atención a los pacientes de riesgo y con úlceras por presión.
- Incorporar la evidencia científica en la práctica enfermera

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de un catálogo de productos, disponibles en el nuestro sector, necesarios para la prevención y tratamiento de las UPP. Éste incluirá nombre del producto, código SERPA (para facilitar su solicitud al almacén) y la utilización óptima de cada uno.
2. Difusión de dicho catálogo a todas las enfermeras de A. Primaria del sector. Esto es, sesión clínica en cada EAP, explicando cada material y su utilización óptima. Se contemplará de forma especial aquellos EAP donde hayan tenido mayor número de movilizaciones en el concurso de traslados.
3. 3 Talleres de formación básica sobre las UPP y 3 talleres sobre formación integral de UPP y heridas crónicas, basadas en la evidencia, cuya docente es miembro consultor de la GNEAUPP (Grupo Nacional de UPP) orientados a formación de formadores (1 de cada EAP)
4. Difusión a cada EAP de los resultados de valoración de los talleres (básico y avanzado).
5. Cuantificar las necesidades de SEMP de APS Sector II, utilizando unos criterios consensuados (anexo 2)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº de EAP que han recibido sesión clínica sobre el catálogo de productos disponibles en el sector para prevención y tratamiento de UPP.
2. Nº de EAP que tienen enfermera/s formada/s en nivel básico sobre prevención y tratamiento de UPP.
3. Nº de EAP que tienen enfermera/s con formación integral de UPP y heridas crónicas.
4. Porcentaje de enfermeras de cada EAP que han recibido formación por parte de la formadora de su equipo.
5. Existencia de un catálogo accesible para todos los profesionales de enfermería de Atención Primaria del Sector II.
6. Porcentaje de Inmovilizados en riesgo (Norton =14) que están utilizando SEMP.
7. Porcentaje de éstos inmovilizados que, utilizando SEMP no han desarrollado UPP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010 Fecha de finalización: Diciembre 2010
Calendario:
Elaboración de catálogo de productos: Marzo
Difusión entre los mandos intermedios: Selección alumnos
Marzo
Sesiones clínicas en los EAP para explicar el catálogo Marzo, Abril y Mayo
3 Talleres de formación básica sobre prevención y tratamiento de UPP: Abril, Mayo, Junio
3 Talleres de formación sobre formación integral de UPP y heridas crónicas: Septiembre, Octubre, Noviembre

Formación intracentro por parte de los alumnos de c/ taller: Junio y Noviembre
Evaluación del programa y elaboración de la memoria final: Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 15 SEMP (Sobrecolchones ...) (*)	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. (*) 15 SEMP (Sobrecolchones de aire de presión alternante. Nivel de riesgo bajo y medio)

ANEXO1. Encuesta satisfacción sobre 1er. Taller básico sobre prevención y tratamiento de las UPP en 2009
EVALUACION DE ACTIVIDADES DOCENTES.
NOMBRE DEL CURSO: TALLER BÁSICO SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP
CÓDIGO:
FECHA:
21-may-09
NÚMERO DE ASISTENTES

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

1. TÍTULO

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

Nº DE EVALUACIONES 43
VALORACIÓN GLOBAL DEL CURSO:

1.-ASPECTOS ORGANIZATIVOS: 8,0

2.- CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA: 8,6

3.-EVALUACION GLOBAL (GRADO SATISFACCIÓN CON LA ACTIVIDAD): 8,9

PUNTUACIÓN GLOBAL DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA: 8,6

Escala de puntuación:1 puntuación mínima (nada adecuado, nada satisfecho, …)10 puntuación máxima (muy adecuado, muy satisfecho, …)

ANEXO 2: Criterios gestión stock de SEMP (superficies especiales para manejo de la presión)

Datos para solicitud a Enfermera de Enlace del Sector Zaragoza-II de
SOBRECOLCHÓN DE PRESIÓN ALTERNANTE

Nombre y apellidos del paciente
Domicilio
Ciudad Cód.Postal Teléfono
T.I.S. Nº Seg. Social

GESTIÓN DE SOBRECOLCHONES ANTIESCARAS
(Marcar SÓLO UN VALOR para cada criterio)

	Escala de Norton	De 12 a =15	De 9 a 11	De 5 a 8	
	Glucemia	No diabetes	DMNID (ADO)	DMID	
P	Insuficiencia venosa	No	Leve a moderada	Moderada a grave	
A	IMC	Normalidad	Delgadez/sobrepeso	Caquexia/obesidad	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

1. TÍTULO

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

CRITERIO				
Test de Barthel	De 40 a =50	De 25 a 35	De 0 a 20
Edad Paciente (Pac.)	>90 años	80 a 90 años	<80 años
Úlceras Grado I	0/1 úlcera	2 úlceras	3 ó más úlceras
Úlceras Grado II	0/1 úlcera	2 úlceras	3 ó más úlceras
Úlceras Grado III	0/1 úlcera	2 úlceras	3 ó más úlceras

(Marcar SÓLO UN VALOR para cada criterio)

Edad Cuid. Princ. (C.P.)	<60 años	60-70 años	>70 años
C. Valoración C.P.	Normalidad	Cansancio del rol	Incap. física/mental
P. Parentesco con el Pac.	Esposa/o	Hija/o, hermana/o	Otros
Convivientes domic. Pac.	(Pac+C.P.) + >1	(Pac+C.P.) + 1	(Pac+C.P.)

Centro de Salud: Fecha de solicitud:

Nombre enfermera/o y firma ……..

Remitir por correo interno o por fax (976.769.522) a: Pilar Tabuenca, Enfermera de Enlace A.P. Sector Zaragoza-2.
Condes de Aragón, 30, 2ª planta.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 187

1. TÍTULO

MEJORA DEL USO DE LA VIA SUBCUTANEA POR LOS CUIDADORES EN EL AMBITO DOMICILIARIO MEDIANTE UN DIPTICO INFORMATIVO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR TORRUBIA ATIENZA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... ESAD ZARAGOZA 2
- Servicio/Unidad .. ESAD
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROBERTO MORENO MATEO-MÉDICO-ESAD-ZARAGOZA II
REAL RODELES DEL POZO-ENFERMERA-ESAD-ZARAGOZA II
MªPILAR ENCISO ANGULO-ENFERMERA-ESAD-ZARAGOZA II
YOLANDA SALVO SAN AGUSTÍN-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-ESAD-ZARAGOZA II
ANA FORCE BLASCO-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-ESAD-ZARAGOZA II

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria(ESAD) atiende a pacientes terminales y uno de sus objetivos es el de apoyar y facilitar la permanencia en domicilio de los enfermos, con la atención de su familia y/o cuidadores, hasta su fallecimiento.
En la fase de agonía el control de síntomas se realiza de manera preferente por vía subcutánea, adiestrando en su manejo al cuidador principal.
La situación de final de vida, con frecuencia, produce un gran impacto emocional en el entorno del paciente, lo cual dificulta la comprensión por los cuidadores de las técnicas necesarias, y la asimilación y porterior recuerdo de las instrucciones dadas por los miembros del equipo.
Existen experiencias en otros equipos similares al nuestro sobre elaboración de documentos escritos en forma de díptico, que se proporciona al entorno del enfermo, para así reforzar las explicaciones ofrecidas por los sanitarios, facilitar la comprensión de lo efectuado y servir como recordatorio en el futuro, mejorando la atención prestada.
Nuestro objetivo es preparar para nuestro medio y nuestros pacientes un documento que permitirá optimizar la eficacia y efectividad de nuestros actos, disminuir la angustia de la familia, y resolver algunas dudas cuando los profesionales estén ausentes; en suma, mejorar la calidad asistencial de los pacientes a nuestro cargo, homologando las instrucciones para los cuidadores y aumentando también la seguridad del paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Aumentar el porcentaje de pacientes que desean una muerte digna en su domicilio con los cuidados adecuados.
*Mejorar el control de síntomas domiciliarios en los últimos días de la enfermedad.
*Evitar la claudicación familiar y, con ello, el sentimiento de culpa, angustia e inseguridad que en ocasiones se genera.
*Facilitar la elaboración del duelo.
*Mejorar la formación en el uso de la vía subcutánea de los Equipos de Atención Primaria, personal del 061, asociaciones de pacientes y personal de Atención especializada a través de sesiones formativas y talleres

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un díptico educativo, con contenido fundamentalmente visual, en forma de fotos del material almacenable que se utiliza en nuestro sector.
Se realizará la maquetación y, tras su impresión, se incorporará a los equipos ya preparados en nuestro servicio con todo el material que empleamos habitualmente para ello.
El personal médico y de enfermería entregará los dípticos a:
1.Cuidador principal -dedicándole actividad formativa específica de manera exhaustiva- solucionando las dudas que aparezcan.
2.Resto de cuidadores, que recibirán actividad formativa global.
Se reforzará la educación sanitaria con la lectura y visualización compartida del díptico por parte de los profesionales y cuidadores, asegurándose su comprensión

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 187

1. TÍTULO

MEJORA DEL USO DE LA VIA SUBCUTANEA POR LOS CUIDADORES EN EL AMBITO DOMICILIARIO MEDIANTE UN DIPTICO INFORMATIVO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- nº pacientes atendidos con vía SC/nº total pacientes fallecidos en domicilio x 100
2.- nº dípticos entregados/nº pacientes atendidos con vía SC
x 100
3.- nº sesiones sobre vía SC impartidas/nº sesiones totales x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *Diseño del díptico: Abril-Mayo
*Imprenta: Junio
*Periodo de proceso de mejora 1 Julio 2010-31 Diciembre 2010
*Evaluación: Enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Diseño del díptico	300 €
· Imprenta:1.000 ejemplares	500 €
· Ordenador portátil HP Compaq 6730b	900 €
Total	1.700 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 344

1. TÍTULO

ADECUACION Y RACIONALIZACION DE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE AREA

2. RESPONSABLE ..... DANIEL GARCIA MATA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CME SAN JOSE
- Servicio/Unidad .. C.MARIAE. SAN JOSE
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUIS GIMÉNEZ PARRES- MÉDICO- CME SAN JOSÉ
MARIA VICTORIA COBOS HERNÁNDEZ -MÉDICO- CME SAN JOSÉ
MAGDALENA CÓZAR BARTOS- MÉDICO- CME SAN JOSÉ
ANA BELÉN GARCÍA BARRADO- MÉDICO -CME SAN JOSÉ
JUAN JOSÉ SIERRA QUERO- MÉDICO- CME SAN JOSÉ
CAROLINA FRANCO ULIAQUE- MÉDICO- CME SAN JOSÉ Y R.C

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro Servicio de radiodiagnóstico del CME se reciben las peticiones de estudios radiográficos, mamográficos y ecográficos. En atención primaria, en breve, se citaran en las agendas abiertas a tal efecto. Los especialistas al realizar la petición desconocen la magnitud de la lista de espera, por lo que un estudio con petición normal puede retrasarse excesivamente, y por ello es frecuente un uso inadecuado de las peticiones preferentes y urgentes.

La revisión diaria de peticiones puede racionalizar las demandas: evitar peticiones subsidiarias de otro tipo de estudios diagnósticos más adecuados –por mejorar el diagnóstico o reducir radiación (sinovitis de cadera eco versus radiografía…); existen también duplicidades del mismo estudio solicitadas por diferentes peticionarios o por el contrario peticiones de diferentes ámbitos diagnósticos que se pueden agrupar en la misma fecha, y que inicialmente llevarían caminos de diferentes listas espera.

En estudios periódicos de mamografías, es frecuente que no exista constancia de las fechas (de la anterior prueba o la actualmente solicitada). La citación puede implicar que se realice con periodos cortos no necesarios y que en presencia de la paciente se decida la no realización / reprogramación. También habría que valorar dentro de estas peticiones las que, según informes previos, es necesario priorizar.

Se ha detectado también coincidencia en el tiempo en peticiones de exploraciones, cuando se ha realizado otra más diagnóstica en un periodo breve anterior, caso de colonoscopia o gastroscopia, PAAF con valoración ecográfica, TAC o RMN.

Las peticiones, dentro de la valoración del clínico, no siempre están bien orientadas -exploración de escoliosis con solicitud de columna cervical-dorsal-lumbar cuando seria subsidiaria de exploración telemétrica, etc- con lo que pueden realizarse estudios sin el resultado que se pretende, por lo que la inclusión o variación de alguna proyección o técnica puede ser beneficiosa.

La revisión sistemática de volantes peticionarios incluidos en lista de espera y citaciones directas desde el centro de salud, realizada antes de la presencia del paciente en el Servicios de Radiodiagnóstico puede se beneficiosa para el Servicio, para el clínico y para el paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Evitar la realización de estudios innecesarios.
- Evitar realización de estudios duplicados.
- Adecuar el estudio a una exploración más diagnóstica
- Controlar que los estudios que lo requieran tengan una periodicidad adecuada.
- Priorizar desde el punto de vista clínico la lista de espera.
- Racionalizar peticiones normales, preferentes y urgentes.
- Disminuir la exposición a radiaciones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 344

1. TÍTULO

ADECUACION Y RACIONALIZACION DE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE AREA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1.Elaborar protocolos de trabajo. Distribución de tareas: Daniel Garcia Mata
2.Consenso de actuaciones en el grupo de trabajo: Luis Jiménez Parres
3.Elaboración de planning para revisión diaria de todos volantes peticionarios: Todos.
4.Valoración y modificaciones si mejoran el diagnóstico. Todos
5.Revisión de informe mamográfico previo y valoración de periodicidad: Todos
6.En estudios digestivos comprobar si hay colonoscopia o gastroscopia actual. Todos
7.Revisar si hay estudios con alta tecnología que hagan perder significación a un estudio con técnica inferior: Todos.
8.Elaboración de indicadores. Daniel Garcia Mata
9.Sintetizar hallazgos significativos que pueden modificar peticiones en solicitantes concretos (medico de familia, pediatras, EAP, especialistas especialidades concretas). Elaboración de gráfico de Pareto. Daniel García Mata
10.Consenso con médicos solicitantes. Luis Jiménez Parrés
11.Propuestas de mejora. Todos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. . Revisión de volantes de centros de salud:
-número de volantes peticionarios revisados recibidos de los centros de salud adscritos al área previa realización /total de volantes peticionarios recibidos de los centros de salud.
2. Revisión de volantes de centros de especialidades:
-número de votantes peticionarios revisados recibidos del centro de especialidades /total volantes recibidos.

Otros indicadores:
-peticiones modificadas en relación con una mejor indicación y posterior mayor valor diagnóstico.
-estudios evitados de forma total o parcialmente (proyecciones no necesarias).
-estudios adecuados a mejores tiempos de realización.
-agrupación de distintos estudios de un mismo paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Elaborar protocolos de trabajo. Distribución de tareas. Abril 2010
2.Consenso de actuaciones en el grupo de trabajo. Mayo 2010
3.Elaboración de planning para revisión diaria de todos volantes peticionarios: Mayo 2010
4.Valoración y modificaciones si mejoran el diagnóstico. Mayo-Diciembre 2010
5.Revisión de informe mamográfico previo y valoración de periodicidad: Mayo-Diciembre 2010
6.En estudios digestivos comprobar si hay colonoscopia o gastroscopia actual. Todos. Mayo-Diciembre 2010
7.Revisar si hay estudios con alta tecnología que hagan perder significación a un estudio con técnica inferior: Mayo-Diciembre 2010.
8.Elaboración de indicadores. Septiembre y Diciembre 2010.
9.Sintetizar hallazgos significativos que pueden modificar peticiones en solicitantes concretos (medico de familia, pediatras, EAP, especialistas especialidades concretas). Elaboración de gráfico de Pareto. Diciembre 2010
10.Consenso con médicos solicitantes. Enero 2011
11.Propuestas de mejora. Enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresora multifunción	150 €
· Máquina fotográfica digital compacta de 10 MG	175 €
· Disco duro externo multimedia de 500 GB (no grabador)	150 €
·	475 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 344

1. TÍTULO

ADECUACION Y RACIONALIZACION DE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE AREA

Total ..... 475 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 517

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS AGENDAS DE CITACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS PREVIA A LA IMPLANTACION DIS-PACS

2. RESPONSABLE ..... LUIS GIMENEZ PARRES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CME SAN JOSE
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DANIEL GARCÍA MATA-MEDICO-C.M.E.SAN JOSÉ-RX
MAGDALENA COZAR BARTOS-MEDICO-C.M.E. SAN JOSÉ-RX
MARIA LUISA LÁZARO LÁZARO-AUX.ADMTVO.-SAN JOSÉ-RX
MARIA ISABEL NAVARRO MARTÍNEZ-AUX.ADMTVO.-SAN JOSÉ-RX
BEATRIZ RUBALCAVA AUSERE-AUX.ADMTVO.-SAN JOSÉ-RX

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sector Zaragoza-II ha iniciado los preparativos para la implantación del nuevo sistema de Digitalización de Imagen Radiológica en el HUMS

Por otra parte, el Servicio de Radiodiagnóstico del CME San José se encuentra en este momento normalizando las agendas de citación conforme a los criterios establecidos para su oferta en la nueva aplicación de libre especialista.

El objeto de este proyecto, partiendo del trabajo realizado para la implantación de la aplicación de libre elección de especialista, es continuar adaptando las agendas con los criterios de normalización que en el futuro requerirá el nuevo sistema de digitalización (RIS-PACS).

De esta manera, nos encontraríamos una mejor situación para abordar la implantación de la nueva aplicación en el momento que se determine

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El proyecto está dirigido a conseguir los siguientes objetivos específicos:

- Relación de salas y aparatos instalados en las distintas salas y agendas vinculadas.
- Relación de prestaciones utilizadas (sean o no catálogo SERAM) relacionadas con los diferentes aparatos.
- Normalización prestaciones según código SERAM

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad: Relación salas-aparato-prestación.
Método: Elaboración documento.

Actividad: Normalización prestaciones.
Método: Reuniones de trabajo. Elaboración listado normalizado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores del desarrollo del proyecto se utilizaran:
- % de agendas normalizadas.
- % de prestaciones no incluidos en el catálogo SERAM normalizados.
- % de códigos modificados.

La evaluación y seguimiento del proyecto se realizará mediante la realización de reuniones periódicas con acta, de acuerdo a los objetivos fijados, el cronograma general y los responsables definidos en el apartado 7 de la presente solicitud

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 517

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS AGENDAS DE CITACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS PREVIA A LA IMPLANTACION DIS-PACS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad: Relación sala-aparato-agenda.
Meses año 2010: Marzo, Abril y Mayo.
Actividad: Adaptación agendas.
Meses año 2010: Junio, Julio, Agosto y Septiembre.
Actividad: Normalización prestaciones.
Meses año 2010: Junio, Julio, Agosto y Septiembre.
Actividad:Elaboración documento (mapa-sala-aparato-agenda-prestaciones normalizadas)
Meses año 2010: Octubre, Noviembre y Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 4 inscripciones Congreso de Calidad (3 personas)	1.200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

1. TÍTULO

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO MEDIANTE LA CREACION DE LA WEB WWW.MUJERYCORAZON.COM Y CHARLAS EN EL SECTOR II

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES ARIÑO MARTIN
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS SAN PABLO
- Servicio/Unidad .. CS SAN PABLO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ- MÉDICO- C.S. CARIÑENA- ATENCIÓN PRIMARIA
EVA MORENO ESTEBAN-MÉDICO-H. U. MIGUEL SERVET-CARDIOLOGIA
ANTONELA LUKIC-CARDIOLOGA-MÉDICO-H.C.U. LOZANO BLESA-CARDIOLOGIA
JOSÉ MANUEL MILLARUELO-MEDICO-C.S TORRERO-LA PAZ- ATENCIÓN PRIMARIA
MARIO BÁRCENA CAAMAÑO-MEDICO-C.S.NOVOA SANTOS-(ORENSE)- ATENCIÓN PRIMARIA
ISABEL CALVO CEBOLLERO-MÉDICO-H. U. MIGUEL SERVET-CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones (mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca). En Aragón, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron también un 32% de la mortalidad total y fueron responsables de 2.004 (28,6%) fallecimientos en hombres y 2.339 (35%) en mujeres. Solo el infarto agudo de miocardio mató en 2005 (INE) a 471 varones y 340 mujeres, mientras que el cáncer de mama, mucho más introducido en la mentalidad preventiva de las mujeres fue responsable de 210 muertes en el mismo periodo.Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo.

A pesar de las numerosas acciones emprendidas a nivel nacional e internacional para sensibilizar a la población y a los médicos que la atienden de que la importancia en las mujeres de las ECV en general y de la cardiopatía isquémica en particular, la enfermedad coronaria sigue siendo considerada una “enfermedad de hombres” para gran parte de la población.

La mujer se encuentra más preocupada por el cáncer que por la enfermedad cardiovascular, que tiene mayor mortalidad. Ello responde a una percepción equivocada de la realidad o a la deficiente información de la población femenina lo que parece que ocurre también en otras latitudes. Entre las mujeres existe a nivel internacional una identificación inadecuada de cuál es su principal problema de salud, adjudicándolo al cáncer en general en el 51% de los casos, 38% al cáncer de mama y sólo 13% a la enfermedad cardiovascular.

Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón diseñamos una encuesta, con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón y que desarrollamos a continuación:

Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas, realizada por el grupo PAMYC con fondos del Sistema Aragonés de Salud: Llevamos a cabo una encuesta telefónica, estructurada, de 15 preguntas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró en la Comunidad Autónoma un error muestral de ±3% con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un p = 0,5. El muestreo se realizó por estratos definidos por dos criterios: grupos de edad y número de habitantes por municipios, fijando un mínimo de representación en cada provincia de 5,5% de error muestral.

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular. Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, el 21,7% sabe que tiene o ha tenido el colesterol alto, el 21,7%, la tensión arterial elevada y el 8,3% es diabética. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso y el 20% tiene antecedentes familiares próximos de angina de pecho o infarto.

Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los factores de riesgo cardiovascular, siendo el más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres. Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al corazón, casi una de cada tres no elige como respuesta a la pregunta… el contacto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

1. TÍTULO

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO MEDIANTE LA CREACION DE LA WEB WWW.MUJERYCORAZON.COM Y CHARLAS EN EL SECTOR II

urgente con el sistema sanitario, que es clave en esta patología.
Con estos resultados y las demás carencias evidenciadas en la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones, agrupadas bajo el nombre "Aragonesas con Corazón" destinadas a mejorar la información que tienen las mujeres de nuestro Sector Sanitario acerca de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, como punto de partida para mejorar sus hábitos, su actuación ante los signos de alarma y en definitiva su salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ACTIVIDADES REALIZADAS:
1.-Charlas dirigidas a mujeres que viven predominantemente en población rural:
Título: "El infarto también es cosa de mujeres. ¡Aprende a cuidar tu corazón!".
Ponentes: Realizadas conjuntamente por un cardiólogo y un médico de familia.
Estructura: 1.- Cuestionario conocimientos previos; 2.- Charla con presentación ppt común; 3.- Debate y preguntas del público; 4.- Cuestionario final para evaluación de conocimientos adquiridos e identificación de puntos de mejora.
Localidades en 2009: Cariñena, Calatayud, Paniza, Villamayor, Garrapinillos, Sabiñan, Sobradiel, Villamayor, Albalate del Arzobispo.
En Zaragoza charla-taller en el Centro Joaquin Roncal: Mujer y corazón: Síntomas y subjetividad, con numerosa asistencia de asociaciones de mujeres.
El promedio de asistentes a cada charla fue de 40 personas y en todos los casos hubo participación activa de las asistentes y un animado dialogo con preguntas y respuestas al final de la actividad
INDICADORES 2009:
-Número de charlas impartidas.....10
-Número de asistentes a las charlas.....400
-Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la difusión entre sus miembros.....4
- El número de asistentes a las charlas se basa en una estimación media de asistencia de 40 personas/charla (que fueron muy fundamentalmente mujeres), lo que supone unas 400 personas que han recibido información sobre la importancia de las ECV en la mujer, identificación de síntomas, que hacer en caso de síntomas y prevención.
- Se han pasado unos cuestionarios previos y posteriores a las charlas, para valorar la influencia de las mismas en los conocimientos y actitudes de las asistentes, con los siguientes resultados:
- Resultados de la encuesta antes y después de las charlas:
El principal problema de salud pensaba que era la ECV el 5,88% antes de la charla y el 93,75% después. En cuanto a las causas de muerte, las enfermedades del corazón fueron consideradas primera causa por el 21,73% antes y el 86,15% después y el cáncer el 69,56% antes y el 9,23% después. Eran conscientes del aumento del riesgo de ECV tras la menopausia el 78,57% antes y el 95,31% después. De los 8 síntomas De los 8 síntomas típicos de un ataque al corazón sobre los que se interrogaba teniendo en cuenta las características de la clínica isquémica aguda en las mujeres, ninguna reconoció todos inicialmente y el 70,31% los reconocía después. El 78,7% habría solicitado asistencia urgente ante la aparición de alguno de esos síntomas antes de la charla y el 90,9% después.
2.- Diseño de pagina web mujer y corazón.com
El grupo hace un borrador de diseño y contenidos de la web, que contendrá un área dirigida a profesionales y otra dirigida a pacientes y público en general. La solución técnica la planifica y ejecuta la empresa LETSMEDICAL. Se crea un "equipo" que integra la parte médica que da el contenido y recoge las opiniones e ideas del grupo PAMYC y la parte técnica por parte de la empresa que recoge, elabora y da forma a los contenidos.
- Compra de dominios mujerycorazon.com, .es, .net, .org.
- Se ha formado un equipo de trabajo (PAMYC-LETSMEDICAL) que elabora el diseño y contenido de la web mujerycorazon.com
- Se han elaborado diseños y seleccionado contenidos para ser incluidos en la web.
-No hemos dispuesto de los recursos suficientes para completar el proyecto, aunque si para ponerlo en marcha,
INDICADORES 2009:
-Elaboración DE LA WEB: Incompleta.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

1. TÍTULO

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO MEDIANTE LA CREACION DE LA WEB WWW.MUJERYCORAZON.COM Y CHARLAS EN EL SECTOR II

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERALES:

1. Sensibilizar a la población de la importancia de la Cardiopatía Isquémica en la Mujer como problema de Salud, al menos al mismo nivel que otras ya incluidas en su mentalidad preventiva, como el cáncer de mama.
2. Promocionar la salud cardiovascular en las mujeres, de forma que las personas adquieran hábitos y costumbres dentro de su entorno social, que genere bienestar y ayude a prevenir la aparición de enfermedad.
3. Llamar la atención de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con Síndrome Coronario Agudo y conseguir la optimización de su tratamiento en la práctica real de acuerdo con las recomendaciones de las guías de las diferentes sociedades.

ESPECIFICOS:

A. Utilizar las inmensas posibilidades de Internet para difundir información sobre las ECV en la mujer, creando la página Web www.mujerycorazon.com dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud para conseguir:

1.-Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.
2.-Informar a las mujeres y a su entorno para que puedan identificar precozmente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo que permitan reducir el tiempo transcurrido entre la aparición de la emergencia cardiovascular y la prestación de la asistencia requerida.
3.-Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres del sector acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
4.-Difundir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, de cómo influyen en la aparición y evolución de la enfermedad y de cómo controlarlos o eliminarlos.
5.-Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Completar la pagina Web www.mujerycorazon.com dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud y mantener actualizados sus contenidos:

-Dirigidos a profesionales:

a)Guías de actuación clínica.
b)Información sobre investigación salud-género.
c)Referencias bibliográficas actualizadas.
d)Material divulgativo para charlas y educación para la salud.
e)Links científicos.
f) Calendario de eventos.

-Dirigidos a mujeres:

a)Foro de opinión y participación.
b)Rincón del paciente (información sobre FRCV, síntomas de alarma del SCA y actuación en caso de emergencia).
c)Correo de contacto para consultas sobre el tema.
d)Material audiovisual sobre las ECV en la mujer.
e)Links con direcciones Web de interés sobre el tema.

2.- La actividad "virtual" será complementada con las actividades de educación para la salud cardiovascular ya iniciadas y puestas en marcha por el grupo en el año 2008, con el apoyo del programa de mejora de calidad asistencial.

1. Charlas/ Talleres informativos en centros seleccionados del sector.
   a. Metodología audiovisual.
   b. Utilizando los datos de la encuesta como apoyo.
   c. Temas: La enfermedad cardiovascular y su importancia en la mujer; Los factores de riesgo; los síntomas de alarma de un síndrome coronario agudo; La manera de actuar ante estas situaciones.
   d. Actividades prácticas por grupos que permitan facilitar la comprensión del tema tratado.
2. Distribución de los Folletos informativos editados por el grupo.

Este trabajo de completar y mantener actualizada la Web, a efectos prácticos se va a dividir en dos apartados, el dirigido a los profesionales, que será

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

1. TÍTULO

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO MEDIANTE LA CREACION DE LA WEB WWW.MUJERYCORAZON.COM Y CHARLAS EN EL SECTOR II

efectuado desde este Sector Zaragoza 2 y el apartado dirigido a las mujeres que es el que será desarrollado desde el Sector Zaragoza 3 .
Responsables: Los componentes del Grupo PAMYC. El grupo realiza reuniones periodicas con una periodicidad mensual y mantiene contacto virtual frecuente, lo que permite asumir responsabilidades y repartir tareas entre los miembros del grupo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de charlas impartidas.
2. Número de asistentes a las charlas.
3. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.
Y los objetivos específicos de el proyecto para este año
4. Puesta en marcha de la página Web www.mujerycorazon.com (SI/NO)
5. Número de visitas a la página., hasta el momento de la evaluación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Proyecto se inició en 2008 y de momento está prevista su continuación y ampliación con la incorporación de nuevos integrantes al grupo (atención primaria, cardiologia y enfermeria) .
-Durante los meses de marzo, abril, mayo, junio, septiembre, octubre y noviembre de 2010 se van a impartir 14 charlas en Zaragoza urbana, Zaragoza rural y poblaciones de Huesca y Teruel.
-Durante todo el AÑO 2010 se va a completar el diseño y se colgará en la red la página Web, mujerycorazón.com.
-Durante el 1º semestre de 201 se van a difundir los folletos entre las diferentes asociaciones
-En noviembre y diciembre se evaluaran los resultados y se decidirán las acciones futuras

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Creacion y Mantenimiento Web	1.000 €
· Desplazamiento a localidades para impartir charlas	1.000 €
· Impresión de 1000 folletos reeditados	1.500 €
Total	3.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 504

1. TÍTULO

MEJORANDO LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN LA UTILIZACION DE LOS MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAFAEL HUARTE LACUNZA-FARMACÉUTICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
ROSA SANCHEZ LOPEZ-ENFERMERA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA-FIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
ELISA SOLER GINER-FIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
ICIAR CAÑAMARES OBIS-FIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
CRISTINA GOMEZ BARAZA-FIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
ANA LATORRE CALLEJA-ENFERMERA-HOSPITAL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el año 2009 se designo un farmacéutico encargado de la supervisión de cada depósito de medicamentos ubicado en las unidades de enfermería. Posteriormente cada uno revisó su unidad valorándose la totalidad de los depósitos de enfermería del hospital Miguel Servet(n=75)
Los principales resultados encontrados en dicha revisión fueron: en el 70,0 % de las unidades los medicamentos no se encontraban ordenados por orden alfabético, el 59,2 % tenían más de una especialidad por cajetín, en los jarabes y viales reconstituidos en un 44,4% no se encontraba especificada la fecha de reconstitución y en el 66,7% de los colirios abiertos no se especificaba la fecha de apertura, datos imprescindibles para valorar la fecha de validez de los mismos.
No se disponía de control de temperaturas en ningún frigorífico de dichas unidades y finalmente, destacar como dato más importante que de los 3047 medicamentos revisados el 20,3%, es decir 620 se consideraron que debían ser rechazados por encontrase en mal estado de conservación: caducados, sin especificar la fecha de validez o bien las condiciones de almacenamiento podían inducir a error.
De los resultados anteriores podemos deducir que nos encontramos ante una grave problema que puede tener repercusiones sanitarias para el paciente: falta de eficacia, producción de efectos adversos por la administración de un fármaco en mal estado, falta de confianza del paciente en el sistema sanitario (si detecta la administración de un fármaco caducado) y por supuesto repercusiones económicas(durante el año 2009 el gasto en medicamentos en el hospital ascendió a 62.179.609,40 €, de los cuales >50% fueron destinados al tratamiento en pacientes hospitalizados)
A este problema se une el incremento de la actividad que el personal auxiliar realiza en el Servicio de farmacia, lo que unido al reciente cambio del 75% de la plantilla (en los últimos 4 meses) ha conducido a una situación de imposibilidad de abordar el trabajo diario. Una de las tareas en las que más se ha incrementado la actividad es la dispensación de peticiones urgentes durante toda la jornada laboral (media 80 pedidos urgentes/dia) lo que obliga a dedicar a una persona en jornada completa de mañana y tarde a la realización de esta actividad y a continuos desplazamientos del personal celador a recoger la medicación, con el agravante que este tipo de petición no esta controlada por la supervisora y puede originar un incremento de los stock de planta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Mejorar la gestión de los medicamentos en las unidades de enfermería
Objetivos específicos:
Mejorar la conservación de los medicamentos depositados en las unidades de enfermería
Mejorar la eficiencia, disminuyendo los stock de medicamentos depositados en las unidades y disminuyendo las perdidas por caducidad o mala conservación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las unidades objeto de intervención serán: todas las unidades del H Miguel Servet para la revisión y establecimiento de normas y las del HG y HMI para el establecimiento de los pactos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 504

1. TÍTULO

MEJORANDO LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN LA UTILIZACION DE LOS MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA

1.Elaboración de unas normas generales de conservación de los medicamentos para entregar a las unidades de enfermería
2.Elaborar un listado adaptado a cada unidad de los medicamentos termolábiles y demás medicamentos que requieran condiciones especiales de conservación.
3.Definir los stocks que deben tener las unidades del HG y del HMI incluyendo la relación cuali y cuantitativa de cada unidad, dichos stock se incluirán en los pactos para facilitar la petición e impedir la acumulación de medicamentos no necesarios.
4.Modificar el documento de revisión de las unidades , para unificar criterios, especificando el indicador medicamentos que deben desecharse con valoración económica y medicamentos cuya conservación puede inducir a error.
5.Revisión de nuevo de todos los depósitos de las unidades de enfermería entregando a cada supervisora una copia de la revisión de su unidad.
6.Definición de recomendaciones individualizadas para mejorar la conservación de los medicamentos de cada unidad
7.Mejorar el sistema de petición-distribución de los medicamentos de gran volumen por las unidades de enfermería fijando un día de petición por unidad
8.Realización de una sesión general a las supervisoras especificando la razón de ser de las peticiones urgentes y seguimiento de las mismas después de la actuación.
9.Realización de sesiones a las supervisoras en pequeños grupos sobre conservación correcta de medicamentos en unidades enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores seleccionados serán:
- Nº unidades que disponen de normas de conservación generales actualizadas.
- % de unidades con relación de medicamentos con condiciones especiales de conservación.
- % supervisoras que han recibido formación sobre conservación adecuada de medicamentos
- % de medicamentos rechazados por encontrarse en mal estado en las unidades de enfermería= Nº fármacos desechados para su destrucción/ nº de medicamentos revisados.
- % de Medicamentos cuya conservación puede inducir a error= nº medicamentos con posibilidad de error(mal ubicados)/ nº medicamentos revisados

Para valorar los indicadores se obtendrán los datos de la asistencia a sesiones y del registro de las revisiones de botiquines

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración de unas normas generales de conservación (marzo-abril 2010)
2. Elaborar listado adaptado med condiciones especiales de conservación. (marzo-abril 2010)
3.Definir los stocks que deben tener las unidades del HG y del HMI (marzo-diciembre 2010)
4.Modificar el documento de revisión de las unidades (marzo-abril)
5.Revisión de nuevo de todos los depósitos de las unidades de enfermería entregando a cada supervisora una copia de la revisión de su unidad. (mayo -diciembre 2010)
6.Definición de recomendaciones individualizadas para mejorar la conservación de los medicamentos de cada unidad (mayo -diciembre 2010)
7.Mejorar el sistema de petición-distribución de los medicamentos de gran volumen por las unidades de enfermería fijando un día de petición por unidad (mayo-junio)
8.Realización de una sesión general a las supervisoras especificando la razón de ser de las peticiones urgentes y seguimiento de las mismas después de la actuación.(marzo 2010)
9.Realización de sesiones a las supervisoras en pequeños grupos sobre conservación correcta de medicamentos en unidades enfermería (marzo-mayo 2010)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Transpaleta para transporte de medicamentos de gran volumen	860 €
Total	860 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 017

1. TÍTULO

ANALISIS DE LAS CAUSAS POR LAS QUE LOS PACIENTES CITADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HUMS NO ACUDEN A REALIZARSE LAS PRUEBAS Y ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS PARA DISMINUIR ESTAS AUSENCIAS

2. RESPONSABLE ..... DOLORES ABOS OLIVARES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERESA BARINGO FUENTES-MÉDICO-SERVICIO MEDICINA NUCLEAR-H.U. MIGUEL SERVET
EVA MARÍA BERMUDOGARCÍA-TÉCNICOMN-SERVICIO DE MEDICINA NUCLEARH.U. MIGUEL SERVET
CAROLINA CATALÁN FUERTES-ENFERMERA-SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR-H.U. MIGUEL SERVET
LETICIA DE LA CUEVA BARRAO-MÉDICO-SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR-H.U. MIGUEL SERVET
ANA GUALLAR LABRADOR-QUÍMICO-SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR-H.U. MIGUEL SERVET
PAOLA LIÉVANO SEGUNDO-MIR3-SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR-H.U. MIGUEL SERVET
ENCARNA MUÑOZ SAÉNZ-ENFERMERA-SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR-H.U. MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2009 registramos todos los pacientes que no habían acudido a la cita programada del Servicio de Medicina Nuclear y que no habían avisado previamente. De un total de 6672 pacientes programados (9014 exploraciones) no acudieron 128 lo que representa unicamente un 1,92%. Aunque este número de pacientes que no acuden es ciertamente pequeño, analizamos cada uno de los casos y supimos exactamente que exploraciones dejamos de realizar (disponemos de datos en ficheros que no podemos adjuntar). En una época de crisis como la actual merece la pena poner en marcha medidas que impliquen disminución del gasto. En el año 2009 colaboramos con una alumna del master de gestión Sanitaria que realizó un estudio exhaustivo sobre costes del Servicio de Medicina Nuclear del HUMS imputando a cada exploración costes reales incluyendo,materiales, recursos humnos y costes de estructura. Aprovechando esta circunstancia decidimos aplicar los resultados del estudio a estos pacientes "no venidos" y cuantificar de una forma real los recursos disponibles y no utilizados.
El funcionaminto de cualquier Servicio de Medicina Nuclear exige el disponer de radiofarmacos para los pacientes citados ya que los isótopos que empleamos en la actualidad son de una corta vida media. Es decir los isótopos están encargados para cada paciente. Estos radiofarmacos pedidos y no utilizados supusieron un coste real de 4.731 euros.
Las exploraciones de un SMN son largas y exigen dis`ponibilidad de personal y tiempos de máquina largos .El tiempo real global que dentro del servicio se hubiese dedicado a estos pacientes es de 176 horas o sea de 22 jornadas de 8 horas (incluyendo logicamente diferntes tipos de personal). Este tiempo debe repartirse en función de la actividades y tiempo de deicación de cada uno de los estamentos a las diferentes pruebas que no llegaron a realizarse.
Partiendo de esta situación del 2009 que ya está definida hemos propuesto una línea de mejora que pretende conocer las causas por las que los pacientes no acuden a una cita, analizarlas, y subsanar las que pudieran depender de la estructura y del organigrama de citación.

El indicador que hemos utilizado en 2009 ha sido el% de pacientes no venidos y es el resultado dedividir el número de pacientes que no han acudido(128) entre los citados (6672). En el 2009 ha sido de 1,92 (%)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Identificar las causas por las que los pacientes no acuden a la cita. Con fines estadísticos las hemos agrupado en
a)No quieren hacerse la prueba. Sobre ete tipo de causas solo se pueden establecer medidas de responsabilidad social de dificil y lenta implantación (La Sanidad la pagamos entre todos)
b)Han olvidado la cita (valorar edad y posibilidad de recuerdo telefónico sobre todo en pruebas de alto coste o de gran consumo de recursos humanos
c)No les ha llegado la cita (Analizar las causas)
d)Han intentado avisar pero no han conseguido contactar con centralita(posibilidad de instalar teléfono directo en secretaria)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 017

1. TÍTULO

ANALISIS DE LAS CAUSAS POR LAS QUE LOS PACIENTES CITADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HUMS NO ACUDEN A REALIZARSE LAS PRUEBAS Y ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS PARA DISMINUIR ESTAS AUSENCIAS

e)otras
2.- Poner en marcha las acciones de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realizar análisis de la situación en 2009 (ya realizado). Responsables: Dra Abós, Dra de la Cueva, Dra Guallar
2.- A partir de febrero de 2010 se llama telefónicamente a TODOS los pacientes que no acuden a su cita programada y se investigan las causas. Responsables:Carolina Catalán , Eva Bermudo y Encarna Muñoz
3.-Poner en marcha acciones de mejora .Se prevé iniciarlas en Septiembre de 2009 una vez analizadas las causas. Responsables: Todos los componentes del equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % pacientes no venidos=Nº Total pacientes que no vienen/nº Total de pacientes citados. Bajar el indicador hasta 1,6%
%pacientes no venidos por una causa= Nº total de pacientes que no vienen por esa causa/nº total de pacientes citados

Pueden medirse indicadores para las causas más frecuente y para evitables o no

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis de la situación en 2009 (Enero 2010)
Análisis de las causas(Febrero- Diciembre 2010
Puesta en marcha de acciones de mejora Agosto-Febrero 2010
Fin del Proyecto y Conclusiones. Marzo 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1 Teléfono móvil	100 €
· 1 tarjeta prepago	500 €
· Material bibliográfico calidad/ISO	500 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 200

1. TÍTULO

MEJORA PARA EVITAR DESPLAZAMIENTOS A PACIENTES DE FUERA DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA EN LA FASE DE PREPARACION Y COLOCACION DE BOMBAS DE INFUSION CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER ACHA PEREZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA MONREAL VILLANUEVA-MEDICO ADJUNTO SERVICIO ENDOCRINOLOGIA-H.M.SERVET
DIANA BOJ CARCELLER-RESIDENTE ENDOCRINOLOGIA 2º AÑO-H.M.SERVET
CRISTINA TELLA MADORRAN-DUE-EDUCADORA DIABETES-H.M.SERVET
Mª JESUS MONTOYA OLIVER-DUE-SUPERSIVORA PLANTA ENDOCRINOLOGIA-H.M.SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Antecedentes:

Desde la introducción de la insulina para el tratamiento de la diabetes, se han realizado numerosas innovaciones, tanto en los procedimientos y dispositivos de administración como en los propios programas terapéuticos, todas ellas con el objetivo de mejorar el grado de control metabólico y evitar o retrasar la aparición y progresión de las complicaciones tardías de la enfermedad..

El uso de bombas de infusión continua de insulina (ISCI) es un recurso que en pacientes sometidos de forma intensiva a tratamiento insulínico, puede contribuir al mejor control de la enfermedad y a mejorar su calidad de vida, al proporcionarles un mayor grado de autonomía y de capacidad de autocontrol de su enfermedad.

Para la obtención de unos correctos resultados en la administración de insulina mediante (BICI), los diversos Órganos de Evaluación de Tecnología Sanitaria recomiendan el establecimiento de estrictos criterios de selección de los pacientes subsidiarios de este tipo de tecnología, la adopción de medidas organizativas que aseguren una asistencia permanente y la habilitación de servicios específicos para su prescripción y control.

Con orden de 5 de noviembre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo se regula la prestación de las bombas de infusión continua de insulina en el Sistema de Salud de Aragón (BOA de 29 de noviembre de 2004).

Problema:

En nuestra comunidad el principal problema demográfico es la desigual repartición de la población en su territorio, concentrando Zaragoza capital a más de la mitad de la población aragonesa. Asimismo las distancias entre las distintas comarcas es grande, lo que puede dificultar el desplazamiento poblacional y por tanto la adecuada utilización de recursos.

La implantación de ISCI, que es un modelo avanzado de tecnología médica, requiere que los pacientes candidatos a las mismas, tengan buenos conocimientos sobre dieta, autocontrol, situaciones agudas y manojo de pautas de insulina. Para ello, se requiere un equipo de profesionales que instruya, eduque, controle y apoye. En definitiva se requiere tiempo, mucho tiempo, para que el paciente se encuentre en condiciones depoder instaurarle una BICI con garantías de éxito. (El tiempo medio para un paciente se estipula en al menos unas 20 horas lectivas, entre enseñanza e instrucciones del manejo de ISCI)

El Hospital Universitario Miguel Servet, es el centro de referencia para ISCI del sector 2, sector Alcañiz, sector Barbastro, sector Teruel y sector Huesca.

Oportunidad de mejora:

1. Facilitar un manual que sirva de información para la implantación de ISCI, y de esta forma los pacientes de fuera de Zaragoza, se eviten algunos desplazamientos.
2. Este manual será conocido previamente por los Endocrinólogos de área, facilitando la tarea de informadores y conocedores de las indicaciones que se van a dar en el Hospital de referencia.
3. De esta forma la coordinación entre profesionales y pacientes va a redundar en una mejora de la calidad recibida, además de facilitar la coordinación e integración entre las distintas áreas de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 200

1. TÍTULO

MEJORA PARA EVITAR DESPLAZAMIENTOS A PACIENTES DE FUERA DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA EN LA FASE DE PREPARACION Y COLOCACION DE BOMBAS DE INFUSION CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Resultados que se espera conseguir:
1. El disponer de una manual común sobre las indicaciones de ISCI y su manejo, va a facilitar el envío, control y seguimiento por todos los médicos y DUEs responsables del paciente.
2. Mejorar la coordinación entre las distintas áreas sanitarias, al sentirse todos integrados en el mismo proyecto.
3. Cumplir el proyecto de BOA 5 de Noviembre del 2004 en su apatado nº 5: "Informar al Departamento de Salud y Consumo de la pertinencia de los protocolos de coordinación entre los Servicios de Endocrinología autorizados de referencia y los Servicios de Endocrinología que van a realizar el seguimiento de los pacientes.
4. Evitar desplazamientos para el paciente (Se espera disminuir inicialmente al menos el 30% de los desplazamientos)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Método y actividades para mejorar:
? Revisión, consulta y contactos con diversos Servicios que llevan tiempo utilizando esta tecnología.
? Sensibilizar a los profesionales responsables del seguimiento local de estos pacientes de las ventajas y también inconvenientes de las ISCI.
? Incrementar el conocimiento y habilidades del personal médico y DUEs.
? Unificar criterios de selección y pautas de tratamiento.
? Hoja de seguimiento, pauta de insulinoterapia y autocontrol única

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores, Evaluación y Seguimiento:
? Número de pacientes bien derivados.
? Menor número de visitas a educación diabetológica = menor número de desplazamientos, comparándolos con pacientes en años anteriores.
? Grado de satisfacción del paciente valorado a través de encuestas.
? Mejora del motivo por el cual se indicó la instauración de la ISCI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Marzo del 20010, finalización Marzo del 2011.
1.- Marzo-Septiembre 2010: Elaboración del manual.
2.- Octubre-Noviembre 2010: Difusión entre los responsables de derivar los pacientes subsidiarios de ISCI
3.- Diciembre 2010: Recogida de sugerencias
4.- Enero 2011: Manual de ISCI cerrado tras consenso.
5.- Febrero: Difusión del manual
6.- Encuestas de grado de satisfación entre los pacientes
7.- Se ofrece la posibilidad a los Médicos y DUEs responsables de derivar a los pacientes, el acudir a las consultas monográficas de ISCI en todo este periodo del desarrolo del manual.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Programa informático para crear una base de datos ... (1) ..... 300 €
Total ..... 300 €

11. OBSERVACIONES. (1) Programa informático para crear una base de datos de los pacientes con ISCI y con la posibilidad de facilitar datos sobre el control glucémico y pautas de administración de insulina al médico responsable de zona del paciente
(2) Pago al informático para crear una base de datos de los pacientes con ISCI y con la posibilidad de facilitar los datos del control glucémico y pautas de administración de insulina al médico responsable de zona

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 334

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS CITOSTATICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE AGUSTIN FERRANDEZ
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REYES ABAD SAZATORNIL-JEFE DE SERVICIO-S. FARMACIA. HUMS
ROSA SANCHEZ LOPEZ-SUPERVISORA-FARMACIA HUMS
CARLOS LOPEZ-SUPERVISOR-HOSPITAL DE DIA- HUMS
PILAR PALACIN-ENFERMERA-HOSPITAL DIA- ONCOLOGIA- HUMS
PILAR MAINAR GARCIA-ENFERMERA-HOSPITAL DIA-ONCOLOGIA- HUMS
TERESA GALEGO VIZOSO-ENFERMERA -HOSPITAL DIA- HEMATOLOGIA- HUMS
ROSABEL SANCHEZ ZANCAJO-ENFERMERA- -FARMACIA- HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los hospitales se producen errores en la administración de fármacos IV a pacientes a pie de cama y la gravedad de estos errores va asociada a la toxicidad de los fármacos infundidos. Uno de los grupos de fármacos que pueden provocar una mayor morbi-mortalidad son los fármacos citostáticos además de por su toxicidad por el gran numero de tratamientos diarios distintos que se administran.

El programa MedNet permite, en las bombas de infusión recientemente aprobadas en el hospital, que un comité multidisciplinar del hospital, desarrolle y establezca protocolos de utilización de los distintos fármacos, con concentraciones estandarizadas, límites relativos y absolutos, máximos y mínimos, etc.

Todo ello inevitablemente consigue reducir drásticamente los errores relacionados con la administración de fármacos IV. Permitiendo la verificación de los parámetros básicos de infusión: paciente correcto,
fármaco correcto,
concentración correcta,
dosis correcta,
vía de administración correcta

La puesta a punto de todo el sistema incluye el desarrollo de las farmacotecas, instalación del software y hardware, configuración del sistema y entrenamiento de usuarios.

Para todo ello, es preciso la creación de un comité formado por distintas personas clave dentro del proceso, que serán los encargados de comenzar su implementación y de configurar, estandarizar y desarrollar los protocolos de administración IV. Este comité del hospital, estará respaldado en todo momento, por un equipo técnico de Hospira y un jefe de proyecto, que colaborarán activamente en todas las fases, asesorando y materializando las iniciativas del comité del hospital, tanto a nivel técnico de sistemas software y hardware, como a nivel clínico y como a nivel de control del proyecto.

El sistema además permite la generación de informes de uso de protocolos, fármacos etc...

La extravasación que se puede producir durante la administración de todo producto intravenoso cobra especial gravedad en el caso de fármacos citostáticos ya que muchos de ellos tienen poder vesicante o irritante, lo que puede conllevar a la ulceración de la piel y la necesidad de cirugías en el lugar de la extravasación, a lo que hay que añadir retrasos en el tratamiento y una mayor coste hospitalario por estancias y consumo de recursos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 334

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS CITOSTATICOS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Disminuir los errores en el proceso de administración de fármacos citostáticos y sus consecuencias en caso de extravasación.
Objetivos específicos:
Puesta en marcha en hospital de dia Onco-hematologico del software mednet.
Actualización y difusión del protocolo de extravasación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las unidades objeto de intervención serán: hospital de Día Oncología y Hematología.
1. Consensuar la forma de actuación con los responsables facultativos y los de enfermería de las unidades implicadas.
2. Establecer las reuniones con las distintas unidades para dar a conocer el protocolo de extravasación y proporcionar un kit con los fármacos necesarios.
3. Priorizacion de parámetros y fármacos a monitorizar.
4. Búsqueda de la información necesaria para estandarizar concentraciones, tiempos de infusión, limites máximos y mínimos.
5. Implantación de la actuación de forma progresiva en las distintas bombas y para los distintos fármacos.
6. Evaluación de resultados (semestral) por parte del servicio de farmacia.
7. Difusión de resultados obtenidos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se comprobara el grado de implantación y aceptación del programa. Para ello los indicadores seleccionados son:
Nº fármacos incluidos en la farmacoteca del programa MedNet.(=nº de fármacos para los que se utiliza).
Nº errores evitados.
.Mediante los informes del propio programa, se cuantificaran el numero de errores de administración detectados.
% de unidades con administración de citostáticos que disponen del protocolo y kit de extravasación.
La implantación del programa Mednet será a partir del primer cuatrimestre del año ya que antes se deben colocar las bombas en las unidades y conocer su funcionamiento básico.
Los datos se recogerán de forma anual de los informes que proporcionara el programa MedNet, y de los registros de actividad del servicio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Consensuar la forma de actuacion con los responsables facultativos y los de enfermedia de las unidades implicadas: Febrero y marzo
Establecer las reuniones con las distintas unidades para dar a conocer el protocolo de extravasación y proporcionar un kit con los fármacos necesarios.: marzo, junio, octubre y diciembre
Priorizacion de parámetros y fármacos a monitorizar con MedNet: marzo y abril
Búsqueda de la información necesaria para standarizar concentraciones, tiempos de infusión, limites máximos y mínimos. De abril a agosto.
Implantación de la actuación de forma progresiva en las distintas bombas y para los distintos fármacos: desde septiembre de 2010 a enero de 2011.
Evaluación de resultados por parte del servicio de farmcia: diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bolsas de rollo continuas para utilizar con máquina ... (*)	900 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. (*) Bolsas de rollo continuas para utilizar con máquina de termosellado para la eliminación de fármacos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 500

1. TÍTULO

MEJORA DEL USO DE LA HERRAMIENTA INFORMATICA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA ALIAGA MAZAS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANA LATORRE IZQUIERDO-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
Mª ÁNGELES GARCÍA DÍAZ-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
CARMEN BOSQUE GRACIA- ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
NATIVIDAD VILLANÚA PÉRIZ-AUXILIAR-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
RAQUEL PEREZ DELGADO-PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
YOLANDA ROMERO SALAS-PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
CARMEN CAMPOS CALLEJA-PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

El término PCH (Puesto Clínico Hospitalario) es la denominación de la historia clínica electrónica en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de Aragón. Esta aplicación informática permite el seguimiento de todo el proceso del paciente en el área de Urgencias.
La Historia Clínica es una herramienta esencial en nuestro trabajo y útil para el proceso y evaluación de calidad asistencial. En estos momentos la informatización de los servicios de urgencias en Aragón, mediante el PCH-Urgencias (Puesto Clínico Hospitalario), va a permitir una gestión más eficiente de los recursos y la información.
Los Servicios de Urgencias de Pediatría están experimentado importantes cambios en los últimos años motivado por exigencias sociales, por la progresiva profesionalización de su equipo médico y de enfermería y por el compromiso absoluto con la Mejora de la calidad de la atención que se presta a los usuarios.
El grupo de Mejora de Calidad de Urgencias de Pediatría de nuestro centro, desde el año 2004, ha desarrollado líneas de trabajo facilitado la comunicación y el consenso entre los diferentes profesionales, incorporando avances en conocimientos (basados en evidencias científicas) y evaluando nuestras actuaciones clínicas por medio de los indicadores de protocolos médicos y de enfermería. La Unidad de Urgencias del Hospital Infantil Miguel Servet atienden una media de 54000 urgencias/año, ofreciendo una atención integral al niño que comprende desde aspectos trascendentes y polivalentes así como técnicas y procedimientos específicos en los que están implicados diferentes profesionales (DUE, Auxiliar de enfermería, Médicos de urgencias, facultativos de otras especialidades, MIR de Pediatría y de Medicina Familiar y Comunitaria)
En octubre del 2009 se inicio la formación específica del personal de enfermería y médico adscrito a Urgencias de acuerdo al programa establecido en nuestro centro. Es un curso teórico-práctico para conocer y adiestrarse en la aplicación que se apoya de material para el alumno, documentación denominada Manual de Ayuda del PCH. Este documento, en la actualidad, expone el funcionamiento y uso de la aplicación informática en el área hospitalaria de Urgencias, sin definir al paciente pediátrico.
En el momento actual estamos implementando la Historia clínica informatizada, PCH, en Urgencias de Pediatría del H. Infantil, y dentro del proceso de mejora continua de la calidad se propone la adaptación del programa a las características especiales en la atención en pediatría. Para ello se requiere una labor de consenso entre los distintos profesionales, y que la acciones y modificaciones se reflejen en el manual de ayuda, "PCH Infantil", y este sea el marco de referencia para la atención de niños en urgencias en todo el territorio SALUD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Disponer de documento "Manual de Ayuda PCH Infantil", elaborado específicamente para Urgencias de Pediatría en Aragón
- Difusión e incorporación del Manual en la formación de los profesionales que desarrollan la actividad laboral en urgencias de Pediatría (administrativos, ATS y médicos)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 500

1. TÍTULO

MEJORA DEL USO DE LA HERRAMIENTA INFORMATICA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

- Definir circuitos específicos de la urgencia del Hospital Infantil
- Consenso entre las diferentes especialidades pediátricas, de adaptaciones especificas (plantillas de informes, tablas de tratamientos, continuidad de cuidados) que faciliten la aplicación de los protocolos de urgencias vigentes en nuestra Unidad y de esta manera poder realizar una monitorización del grado de cumplimiento de los indicadores.
- Incorporación de forma periódica de actualizaciones del manual según avances y necesidades.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales de la Unidad en la formación en PCH

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de los grupos de trabajo.
- Elaboración, tras el análisis del Manual de usuario PCH disponible actualmente, del listado de modificaciones propuestas.
- Distribución de grupos de trabajo con las diferentes especialidades, entre los componentes del equipo del Grupo de Mejora de Urgencias de Pediatría.
- Reuniones con responsables de las distintas especialidades para iniciar el proceso de parametrización estableciendo un cronograma de trabajo.
- Redacción y edición del Manual incluyendo los cambios que se incorporen.
- Definir estructura física de recepción de sugerencias (Buzón de Calidad y correo electrónico).
- Difusión de propuesta Revisión periódica de Manual.
- Definir indicadores a monitorizar (tiempos de estancia, exámenes complementarios, interconsultas y derivaciones) y controles de seguridad.
- Sesiones de la Unidad y del Servicio de Pediatría de forma periódica para explicar las modificaciones de la aplicación.
- Diseño del modelo de encuesta de opinión.
- Registro de incidencias de la aplicación.
- Reunión del grupo de mejora para evaluar los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº personal que recibe formación con Manual PCH Infantil.
- Nº de personal formado satisfechos con la utilidad del Manual.
- Nº de sugerencias incorporadas en la revisión periódica del Manual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-Julio 2010:
- Creación de los grupos de trabajo.
- Reuniones del equipo de Mejora para distribuir reparto de Manual
- Reunión con especialidades para consensuar la parametrización de plantillas de trabajo
- Redacción del borrador del Manual

Julio-Octubre 2010:
- Envío a los diferentes centros Hospitalarias de la Comunidad para realizar aportaciones, correcciones y modificaciones.
- Presentación en Sesión Clínica en la Unidad de Urgencias y en Servicio de Pediatría
- Sesiones informativas periódicas
- Diseño de del modelo de encuesta de opinió

Octubre- Enero 2011:

- Evaluación de encuesta, análisis de resultados
- Reunión del grupo y evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Edición del Manual ..... 300 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 500

1. TÍTULO

MEJORA DEL USO DE LA HERRAMIENTA INFORMATICA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

· Inscripción Congreso Nacional de Calidad Asistencial (500x2) ..... 1.000 €
Total ..... 1.300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE ANTONIO GIMENEZ MAS-JEFE DEL SERVICIO AP-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
IGNACIA VALERO PALOMERO-JEFE DE SECCION AP-HUMS
CARMEN DE MIGUEL ADRIAN-SUPERVISORA AP-HUMS
PILAR LÑOPEZ PRIETO-JEFE DE EQUIPO AP-HUMS
JORGE ALFARO TORRES-FEA AP-HUMS
GUILLERMO MUÑOZ GONZALEZ-MIR 4º AÑO AP-HUMS
PILAR ANDRES ALIAS-AUXILIAR AP.HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. * Proyecto de Calidad del Sº, en consonancia con las directrices de la Norma ISO 15189:2007 y del Colegio Americano de Patólogos (CAP)
* Situación de partida:
- Programa Continuo de Mejora, propio, instaurado en 2004
- Sucesivas Becas del Salud en Calidad desde el año 2003, siempre en consonancia con las directrices ISO (1º ISO 9001; y posteriormente en 2004 ISO 15189:2007)
* Fuentes de Información:
- Normas ISO, 9001 y 15189:2003 y posteriormente 2007
- Quality Mangemente in Anatomic Pathology (Promoting Patient Safety Through Systems Improvement And Error Reduction), 2005, ISBN 0-930304-86-1

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1.- Alto desarrollo de nuestro Programa de Calidad, en todas su directrices, documento que se ha remitido a ICSA para su valoración y auditoría.
2.- Cumplimiento de los plazos de diagnóstico de la línea de mejora de Cáncer de Mama y Colon (LM12 2010).
3.- Desarrollo de la Unidad de Patología Molecular (LM11 2010): Objetivo no conseguido, por las razones ya argumentadas de ausencia de espacio físico asignado).
4.- Revisión por la Dirección 2009 (Memoria del Servicio 2009): Concluida a 31-1-2010, y remitida a ICSA para su valoración.Se puede adjuntar si procediese como anexo (RG-H-10 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN (Memoria Anual 2009)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un modelo de Programa de Calidad en un Servicio de Anatomía Patológico moderno, siguiendo las directrices de la Norma ISO 15189:2007, pero tambien, dadas algunas peculiaridades del nuestra especialidad difícilmente encuadrables o encajables en dicha Norma, en consonancia con las referidas por el CAP (Colegio Americano de patólogos).

Actividades desarrolladas:
1. Líneas de Mejora propuestas en el Programa de Calidad del Servicio de 2009:
a. Unidad de Patología Molecular. Implementar los requisitos en consonancia con la ampliación de la cartera de servicios (Resolución del Dptº de Salud y Consumo del 23 de diciembre de 2008 (Anexo III): Ver Objetivos, Indicadores y Cronograma en Anexo III.
Responsables: Dr. Alvarez (Jefe de Sección); Dr. Giménez Mas (Jefe del Servicio).
La falta de espacio/ubicación física en la parte asignada del antiguo Sº de Microbiología (Planta 0 HG) ha impedido el desarrollo de esta línea. Dicha situación se ha desbloqueado tras una reunión con gerencia (25-1-2010, Drs. Solano, Jiménez Mas y Alvarez Alegret) en la que se facilitó el inicio de las

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

1. TÍTULO

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

obras de adecuación infraestructural del espacio de la futura Unidad de Patología Molecular.
b. Proceso urgente de cáncer de mama y colon (Anexo IV): Ver Objetivos, Indicadores y Cronograma en Anexo IV.
Responsables: Dra.Ríos Mitchell (Jefa de Sección); Dr. Giménez Mas (Jefe de Servicio).
Dada la importancia y repercusión de estos procesos, se ha decidido mantenerlos como líneas de Mejora.
(Ambos protocolos se encuentran diseñados y en funcionamiento, con resultados óptimos. Su aplicación al estudio de las piezas quirúrgicas estará condicionado a la disponibilidad de los recursos materiales y de personal solicitados).

2. Líneas de Mejora en propuestas en el Programa de Calidad del Servicio de 2009: Continuidad de las mismas de 2009
a. Unidad de Patología Molecular. Implementar los requisitos en consonancia con la ampliación de la cartera de servicios (Resolución del Dptº de Salud y Consumo del 23 de diciembre de 2008 (Anexo III): Ver Objetivos, Indicadores y Cronograma en Anexo III.
Responsables: Dr. Alvarez (Jefe de Sección); Dr. Giménez Mas (Jefe del Servicio).
b. Proceso urgente de cáncer de mama y colon (Anexo IV): Ver Objetivos, Indicadores y Cronograma en Anexo IV.
Responsables: Dra.Ríos Mitchell (Jefa de Sección); Dr. Giménez Mas (Jefe de Servicio).
Ver Documentos anexos LM11 2010, LM12 2010 y Programa AP HUMS.

3. Se inició la convergencia con el Programa de Acreditación de los Laboratorios Clínicos según la Norma ISO 15189:2007, que recibe a través de SALUD la ayuda de la empresa valenciana ICSA. Icsa realizó ya una auditoría externa (1º Documentación y 2º Presencia física) del Servicio, y tras exhaustivo análisis emitió sus conclusiones y recomendaciones. Dichos informes han sido sufragados por los fondos concedidos al Presente Proyecto de Mejora de Calidad de 2008.
Las peculiaridades de nuestra especialidad, algunas de ellas de difícil encaje en la Norma ISO 15189/2007 (i.e. intercomparativas), y el ritmo de instrucciones de trabajo prefijado por Icsa en los Laboratorios del HUMS nos hicieron desvincularnos del Proyecto de acreditación de los Laboratorios del HUMS, sin que ello suponga renunciar a la convergencia con la acreditación. Estamos estudiando la convergencia con líneas similares del CAP (Colegio Americano de Patólogos), más adaptable a nuestra especialidad, y desde luego no incompatible con la Norma ISO 15189/2007.

Propuestas de Mejora:
1. Análisis de los indicadores del CAP, especialmente las propuestas intercomparativas que nos permitirían allanar las dificultades de la ISO 15189.
2. Remodelar los indicadores para facilitar el seguimiento de los mismos. Elaborar una estrategia para el seguimiento temporal, mensual, anual, más indicado para cada uno de ellos.
3. Diseñar plantilla para un CV del servicio actualizable anualmente
4. A los fines de la acreditación de calidad según las normas ISO deben delimitarse responsabilidades que quedan ajenas a la dirección del Servicio y que consten en el Manual del Servicio.
5. Inventariar equipamiento y proveedores

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Estructuración optimizada de la Intranet de Anatomía Patológica (cuota de Intranet del Hospital disponible para el servicio), como órgano interactivo de comunicación, y archivo documental activo y disponible.
2. Constitución de un Grupo de Mejora estructurado, con miembros de todos los estamentos, un coordinador de calidad, desarrollo de normas de funcionamiento y compromiso de reuniones formales periódicas de al menos una vez cada dos meses.
3. Reuniones monográficas no periódicas para el desarrollo y seguimiento de Áreas de Mejora seleccionadas. El Grupo de Mejora tiene responsables asignados para cada Mejora y ellos organizan reuniones entre ellos o con otras personas implicadas.
4. Priorización de áreas de Mejora al inicio del año en función de su necesidad y posibilidad de éxito y se continúa el desarrollo y control de las de años anteriores, con evaluación individualizada de cada Mejora a final de año.
5. Aplicación de la Metodología REDER (EFQM) de ciclos de mejora continua para cada Área de Mejora: Enfoque, despliegue, evaluación y revisión.
6. Desarrollo de una herramienta informática sencilla (‘Programa Continuo de Mejora’) basada en una hoja (libro) de cálculo que permite agrupar en un solo documento, así como actualizar y consultar, desde cualquier ordenador del servicio. Este libro incluye la descripción de cada una de las mejoras y la fase de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

1. TÍTULO

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

desarrollo actualizada en se encuentran. Orientación de las mejoras hacia una futura acreditación global del servicio según la norma UNE EN ISO 15189:2007.
7. Plan Estratégico 2008-2012: La experiencia laboral obtenida en el cuatrienio 2004-2008, con sus logros, insuficiencias y frustraciones, nos invita a elaborar una propuesta para el cuatrienio 2008-2012. Ha de tratarse de una propuesta continuista que consolide los logros obtenidos, pero también innovadora que tenga en cuenta nuevos retos para los ahora estamos mejor preparados.
8.- Revision por la Dirección (Memoria Anual del Servicio): Este año 2010 se ha concluido la 1ª (fecha 31-01-2010).
La jefatura del servicio lleva a cabo una revisión anual del sistema de gestión de la calidad del Servicio así como de sus actividades asistenciales, docentes y de formación continuada e investigación, todo lo cual, en conjunto constituye la Memoria Anual del Servicio. Dicha Revisión-Memoria se realiza de un modo protocolizado que incluye:
a) Informes del personal directivo y de supervisión (Actas de las Comisiones del Servicio)
b) evaluación de la satisfacción de los usuarios y de sus quejas (MC-4-H2)
c) auditoría interna del sistema de gestión de la calidad (MC-4-H3)
d) auditoría interna de los procesos de análisis (MC-4-H4)
e) informes de la evaluación externa de la calidad (MC-4-H5)
f) informes de evaluación realizados por organismos externos
g) estado de las acciones preventivas, correctivas y de mejora (MC-4-H6)
h) principales cambios en la organización y la gestión de los recursos o en los procesos que se recogen en ficheros de texto en una subcarpeta (‘Novedades’) del ficheros de documentos
i) seguimiento de revisiones anteriores de la dirección
j) Actividades asistenciales
k) Actividades docentes y de Formación Continuada
l) Actividades de Investigación

Estos son nuestros objetivos:
1. Grado de cumplimiento de los objetivos del Proyecto Técnico de Gestión 2004: Consolidar los logros y profundizar en ellos.
Calidad (Grupo de Mejora)
? Mantenimiento del Programa Continuo de Mejora
? Transferencia progresiva de lo que hasta ahora hemos conceptualizado como Manual del Servicio (en la Intranet) al Manual de Calidad (ISO).
? Compromiso de alcanzar el más alto nivel de Calidad inspirándose para ello en los requisitos de la norma ISO 15189:2007. Los objetivos de acreditación ENAC no deben interferir ni desvirtuar los objetivos de calidad del servicio. El servicio apoyará y trabajará por este objetivo en la medida en que la administración y dirección del hospital pongan los medios necesarios en las áreas externas a la propia gestión del servicio: personal; instalaciones y ambiente; equipos y materiales.
2. Nuevas acciones desarrolladas entre 2004 y 2008: Consolidar los nuevos logros (no programados) y profundizar en ellos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Grado de desarrollo del proyecto medido a través del número de documentos elaborados.
2. Nº de auditorías internas (al menos 1/año)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En relación a las Propuestas de Mejora referidas alfinal del apartado 7:
1. Antes del 30 de junio, 2010
2. Antes del 28 de febrero, 2010
3. Antes del 30 de junio, 2010
4. Antes del 30 de junio, 2010
5. Antes del 30 de noviembre, 2010

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

1. TÍTULO

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

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Auditoría externa a cargo de la empresa ICSA	1.200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. Ver Protectos/Becas previamente concedidas y Memorias de las mismas.
El Sº de Anatomía Patológica del HUMS, dada la magnitud y grado de compromiso con este Proyecto, no ha presentado ningún otro proyecto de mejora de calidad en Salud

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 160

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS EN LA CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ANDRES OROS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA-JEFE DE SECCION-HUMS-OBSTETRICIA
MARIA LAPRESTA MOROS-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-HUMS-OBSTETRICIA
OSCAR GIL LAFUENTE-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-HUMS-OBSTETRICIA
MARTA LATRE PERALTA-MATRONA-HUMS-OBSTETRICIA
ISABEL LAHOZ PASCUAL--FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-HUMS-OBSTETRICIA
RAQUEL CRESPO ESTERAS-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-HUMS-OBSTETRICIA
EVA PRADO HERRERO-MATRONA-HUMS-OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A la consulta de Medicina Materno-Fetal o Alto Riesgo Obstétrico (ARO) se remiten gestantes con mayor posibilidad de desarrollar complicaciones tanto maternas como fetales. El embarazo es un proceso dinámico en el que confluyen muchos factores implicados, incluyendo el estado de salud materno previo a la gestación, las complicaciones que puedan aparecer durante la misma, los antecedentes reproductivos y obstétricos y las alteraciones en el desarrollo fetal. Una gran proporción de las gestantes controladas en ARO padecen enfermedades crónicas concomitantes que pueden influir en el desarrollo fetal tales como hipertensión, diabetes, coagulopatias, enfermedades autoinmunes, etc.
El principal objetivo es identificar y registrar en una base de datos informatizada las patologías de las gestantes atendidas en nuestro área de trabajo a fin de manejar los diagnósticos que presentan con mayor fluidez, habida cuenta de la dificultad que supone la multiplicidad de diagnósticos que se manejan en este tipo de gestantes.
Se pretende asimismo cuantificar la prevalencia y la incidencia de patologías propias de la gestación en nuestra población, lo cuál se verá simplificado al tener un registro informático de la información arriba descrita.
Previamente se realizó el intento de recoger los diagnósticos principales en unas fichas en las que manualmente se anotaban el diagnóstico principal y, en los casos en los que era posible, los diagnósticos añadidos en la evolución de cada embarazo. Se abandonó dicha práctica por la elevada cantidad de diagnósticos que se perdían además de por ser un sistema poco práctico y excesivamente laborioso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificar las principales causas por las que se remiten a las pacientes a la ARO.
- Conocer las principales complicaciones que aparecen en las gestantes que son atendidas en la consulta.
- Cuantificar la incidencia y prevalencia de los diagnósticos más frecuentemente identificados en la población atendida.
- Estudiar a nivel estadístico la coexistencia de complicaciones observadas en las pacientes en función de las patologías de base.
- Analizar los datos obtenidos en nuestra población real de trabajo a fin de optimizar los recursos asistenciales, así como estudiar la necesidad de realizar campañas preventivas necesarias para disminuir la morbimortalidad de estas pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Consensuar por todos los miembros del grupo de mejora los criterios diagnósticos. (Todoslos miembros del grupo de mejora)
- Desarrollo de una base de datos informatizada en la que se incluya el diagnostico principal de admisión en la consulta. La base de datos habrá de contemplar igualmente los diagnósticos asociados de que se vayan observando en el transcurso de la gestación. (Pilar Andrés)
- En la base de datos se incluirá de igual modo, el motivo de la finalización electiva de la gestación en aquellos casos en que sea necesario. (Pilar Andrés)
- Presentación de la base de datos a la Comisión de Calidad para su evaluación y modificación en caso de que se aporten mejoras a la misma. (Todos los miembos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 160

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS EN LA CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO

del grupo de mejora)
- Inicio de introducción de los datos en la base, una vez esté esta constituida y aceptada. (Facultativos de ARO)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Aceptación de la base de datos una vez elaborada por la Comisión de Calidad; se evaluará este parámetro de forma dicotómica (sí/no).
- Medida de los datos introducidos en la base, desde la puesta en marcha del funcionamiento operativo de la misma: se contrastará el número de pacientes de primer día visitadas en la consulta de ARO con el número de las mismas cuyos datos han sido introducidos en la base. El objetivo será alcanzar el 100% de gestantes registradas en la base del total de las atendidas, y se medirá de manera porcentual.
- Se presentarán al cabo de un año los resultados preliminares obtenidos a fin de poder evaluar la funcionalidad del instrumento informático diseñado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo-Abril 2010:
    - Consensuar los diagnósticos de primeros días y de seguimiento.
    - Creación de la base de datos.
    - Presentación a la Comsión de Calidad de la base de datos.
- Mayo 2010:
    - Puesta en marcha de la recogida de datos en la base.
    - Inicio del contaje paralelo de las primeras visitas realizadas en la consulta de ARO para evaluación posterior.
- Diciembre 2010:
    - Análisis preliminar de la cumplimentación de la base y de los primeros resultados obtenidos.
- Mayo 2011:
    - Evaluación general de la cumplimentación de la base de datos y análisis de los datos arrojados hasta la fecha.
    - Propuestas de mejora para continuar la línea de calidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil e impresora	700 €
· Mobiliario oficina	800 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. Este presupuesto es comun a los proyectos:
- Embarazo múltiple: Protocolización de la información a la gestante sobre control gestacional, riesgos y complicaciones. Elaboración y difusión de material informativo (Responsable Dra. Lapresta Moros- Obstetricia HUMS)
- Revisión y protocolización de los estudios analíticos serológicos en gestantes. Análisis según población de origen. (Responsable Dr.Gil Lafuente.-Obstetricia HUMS)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 240

1. TÍTULO

ESTIMACION DEL RIESGO CARCINOGENICO (DOSIS EFECTIVA) ASOCIADO A LAS EXPLORACIONES CON TC EN LA UNIDAD DE RADIOLOGIA DE URGENCIA DEL HUMS

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA ARTIGAS MARTIN
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTA RODRÍGUEZ EMBID -TSDI-S. RADIODIAGNÓSTICO-HUMS
TERESA GOMEZ GIL - TSDI-S. RADIODIAGNÓSTICO-HUMS
Mª JOSÉ MÉRIDA MARQUÉS - ENFERMERA-S. RADIODIAGNÓSTICO-HUMS
ALMUDENA GANDÍA MARTINEZ- FÍSICO-SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA-HUMS
CARLOS FERRER GRACIA - FÍSICO-SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA-HUMS
MIGUEL ANGEL MARÍN CÁRDENAS-MÉDICO-S. RADIODIAGNÓSTICO-HUMS
LUIS SARRÍA OCTAVIO DE TOLEDO-MÉDICO-S. RADIODIAGNÓSTICO-HUMS

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

1. La Tomografía Computarizada (TC) ha supuesto un avance extraordinario en el diagnóstico médico. Se calcula que el número de exploraciones con TC realizadas, se ha incrementado un 300% en los últimos 15 años, con aproximadamente 70 millones de exploraciones realizadas en EEUU durante 2007 y un riesgo de cáncer radioinducido estimado para esta población de 29.000 nuevos casos y que, en el futuro, puede verse incrementada hasta el 1%-2% (Berrington de Gonzalez A et al. Arch Intern Med 2009).
2. Recientemente, se ha sugerido una amplia variabilidad de dosis administrada (factor 13) intra e intercentros (Smith-Bindman R et al. Arch Intern Med 2009) , en relación con factores como: tipo de examen, parámetros del equipo, edad, sexo, problema clínico, equipo empleado, radiólogo, técnico, lo que sugiere amplias posibilidades de mejora.
3. Los equipos de TC actuales, proporcionan parámetros (índice de dosis TC y producto dosis-longitud) indirectos sobre los efectos biológicos de la dosis administrada, que hay que combinar con otros como edad, región anatómica explorada o características técnicas del examen, para calcular la dosis efectiva (riesgo de desarrollar cáncer).
4. El RD 815 de 2001 señala la necesidad de "justificar las exposiciones médicas de manera que los beneficios para la salud sean superiores al detrimento que pueda causar la exposición". De esta forma, el empleo de la dosis efectiva (E), como medida de referencia universal para todas las exploraciones que emplean radiaciones ionizantes (RI), no sólo es recomendable, sino que puede considerarse imperativo legal. A pesar de sus limitaciones, inherentes a ser datos extrapolados, son múltiples las ventajas que se reconocen a su empleo:
- Traduce efectos biológicos (riesgo carcinogénico), en lugar de meras medidas físicas.
- Permite comparar riesgo entre las diferentes técnicas y exploraciones que emplean RI. De esta forma, se constituye como herramienta fundamental de mejora de calidad en un servicio de imagen, con impacto directo sobre la seguridad de los pacientes, e imprescindible para:

• Comparar diferentes protocolos de exploración
• Establecer criterios de riesgo/beneficio a la hora de indicar una exploración o elegir entre dos o más opciones
• Realizar control y seguimiento dosimétrico real de las dosis acumuladas por los pacientes ("cartilla de dosis").
• Identificar y corregir desviaciones en la dosis entre equipos, profesionales y centros, con el fin de minimizar la variabilidad y garantizar la seguridad de los pacientes. En este punto, sería factible, igualmente, emplear medias absolutas, aportadas por los equipos, si bien su capacidad de "comunicar" al usuario es menor.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 240

1. TÍTULO

ESTIMACION DEL RIESGO CARCINOGENICO (DOSIS EFECTIVA) ASOCIADO A LAS EXPLORACIONES CON TC EN LA UNIDAD DE RADIOLOGIA DE URGENCIA DEL HUMS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Estimar dosis efectiva (E) de los estudios de TCMD más frecuentes o con mayor dosis, realizados en el equipo TOSHIBA Aquilion 64, situado en el edificio multifuncional del HUMS: cráneo, angioTC pulmonar, abdomen, tórax y abdomen y cuerpo completo (politraumatismo). Rango de edad: 18-70 años.
2. Generar información diseminable al ámbito de la Comunidad Autónoma
3. Dar el primer paso hacia una unidad de medida común (E) a todas las exploraciones con RI que permita sumar y comparar entre ellas, cumpliendo con ello, la normativa actualmente existente. El objetivo último sería la "cartilla de dosis de radiación" de la Comunida Autónoma, incluida en el RIS corporativo que se está implantando en la CA.
4. Mejorar la seguridad de los pacientes, con información ajustada sobre los riesgos personalizados inherentes al empleo de cada una de las exploraciones elegidas (el objetivo futuro sería de todas las existentes en la cartera de servicios del SALUD, que impliquen empleo de RI), así como del riesgo acumulado.
5. Apoyo a la decisión del médico, que en cada situación clínica concreta, podrá conocer la dosis que cada exploración radiológica conlleva, así como la dosis acumulada por cada paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. JM Artigas:
- Coordinación
- Consecución e implantación de la herramienta informática ImPACT CT patient dosimetry calculator

MA Marín y L Sarría:
- Monitorización de indicadores
- Soporte informático

Almudena Gandía y Carlos Ferrer
- Control de calidad del equipo
- Soporte en radioprotección

Marta Rodríguez y Teresa Gómez
- Formación TSDI e implantación de ImPACT CT patient dosimetry calculator.
- Recogida de datos y cálculo de DE.

Maria José Mérida
- Gestión de pacientes e información

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de técnicos que manejan la herramienta ImPACT CT patient dosimetry calculator/nº total de técnicos que prestan servicio en el equipo.

Datos del responsable de TSDI
- Número de exploraciones TC con dosis efectiva calculada/número de estudios por turno (inicialmente mañanas) realizados, del grupo seleccionado.

Datos desde RIS.

Inicialmente se incluirán los resultados en una base de datos, pero el objetivo es incluir la herramienta en el RIS (Sistema de Información de Radiología)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: abril de 2010, fin: diciembre 2010.

Cronograma:
- Abril:
  Formación con ImPACT CT patient dosimetry calculator.
  Desarrollo de la base de datos en Excel
- Mayo-agosto: reuniones mensuales del grupo. Primer corte. Evaluación de indicadores, problemas encontrados, implantación de soluciones.
- Septiembre-diciembre: reuniones mensuales del grupo. Segundo corte. Evaluación final. Resultados conseguidos, problemas encontrados. Líneas de mejora. Utilidad. Posibilidades de extrapolación a otros equipos y centros, así como de inclusión en RIS.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 240

1. TÍTULO

ESTIMACION DEL RIESGO CARCINOGENICO (DOSIS EFECTIVA) ASOCIADO A LAS EXPLORACIONES CON TC EN LA UNIDAD DE RADIOLOGIA DE URGENCIA DEL HUMS

Redacción de memoria final

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· - Ordenador portátil "note book" ..... 700 €

Total ..... 700 €

11. OBSERVACIONES. Cualquier exploración que entrañe el empleo de RI tiene un riesgo carcinogénico pequeño pero innegable, especialmente aquellas que por su frecuencia, mayor dosis o ambas, como es el caso de la TC, contribuyen en mayor proporción a la dosis acumulada por la población. Catalogar estas exploraciones según dicho riesgo puede considerarse, además de un objetivo de calidad, un imperativo legal. Para ello, el primer paso es dotarse de un instrumento de medida universalmente aceptado como es la dosis efectiva y que hoy no se emplea, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en ningún ámbito de la Radiología diagnóstica en Aragón

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 485

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA GESTION DEL PROCESO DE CANCER COLO-RRECTAL (CCR) EN EL SECTOR DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET: PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD AMBULATORIA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON CCR

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BAJADOR ANDREU
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ALONSO- MÉDICO- ONCOLOGÍA MÉDICA
ANDRÉS MONZÓN- MÉDICO- CIRUGÍA COLORRECTAL
MARTÍN TEJEDOR- MÉDICO- ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA
RAQUEL VICENTE- MÉDICO- DIGESTIVO
JUDITH MILLASTRE- MÉDICO- DIGESTIVO
MARIA JOSÉ CIRIA- ADMINISTRATIVO- ONCOLOGÍA MÉDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una gran mayoría de las actividades del Proceso de CCR pueden realizarse en régimen ambulatorio. En la actualidad, los subprocesos de diagnóstico y estadificación, se realizan en régimen de hospitalización para evitar demoras y molestias a los pacientes, pero esta atención conlleva un consumo de recursos innecesario, al tiempo que genera molestias a los pacientes.
El objetivo es crear una Unidad Funcional en un entorno físico común, que integre el diagnóstico, estadificación, consulta de tratamiento quirúrgico, oncológico médico y radioterápico, así como apoyo psicológico y consulta especializada de enfermería.
La Unidad deberá tener un apoyo administrativo que facilite la gestión de las distintas consultas y exploraciones de los pacientesy también encargarse de mantener el Registro del Comité de Tumores y de la Base de Datos del Proceso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El Grupo de Gestión del Proceso de CCR viene trabajando desde hace 5 años en el desarrollo del proceso, habiendo participado todos los años en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.
En este tiempo se ha redactado toda la Documentación del Proceso, realizando el despliegue completo de subprocesos y actividades, análisis de puntos críticos y determinación de indicadores de subproceso, se ha diseñado una Vía Clínica de Rectorragia en colaboración con el S. de Urgencias, se ha puesto en marcha una CARE para el diagnóstico rápido de CCR en colaboración con Atención Primaria, se ha realizado un estudio del Valor Predictivo de la sintomatología en la que se han evaluado a 1000 pacientes, se lleva a cabo un Proyecto de Mejora para evitar transfusiones sanguíneas a los pacientes antes de la intervención, mediante la administración de hierro intravenoso, se participa en el Proyecto Vikingo para la mejora de la calidad en la Cirugía del Cáncer Rectal, para la exéresis total del mesorrecto, se han revisado, redactado de nuevo y aprobado por la Comisión correspondiente los Protocolos de Cáncer de Colon y de Cáncer de Recto y se ha diseñado un sistema de registro informático de cada subproceso en la base de daos HPDoctor del hospital, incluyendo registro informático de las decisiones del Comité de CCR

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La puesta en marcha de la Unidad Ambulatoria de Atención Integral al Paciente con CCR proporcionará los siguientes resultados:
1- Una mejora de la calidad percibida por los pacientes con CCR que podrán realizar a cabo una parte importante de su atención clínica en régimen ambulatorio, sin precisar separarse de su medio habitual, familia, etc.
3- Una importante mejora del confort del paciente al ser atendido durante todo el proceso en un mismo entorno físico, por el mismo personal, facilitándole la realización de todas las actividades con un mínimo de "contactos" (agrupar pruebas diagnósticas y citas para evitar múltiples viajes).
3- Una importante reducción en la utilización de camas hospitalarias para la realización de el subproceso de diagnóstico, de estadificación y para la Vía Clínica de la Rectorragia, que podrán llevarse a cabo desde la Unidad Ambulatoria. Estimamos que, al menos, 120 pacientes podrán ser manejados por la Unidad, que con una estancia media de unos 6 días, supondría un ahorro de unoas 720 estancias hospitalarias al año.
4- Facilitar la recogida de datos del Proceso y la obtención de Indicadores

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 485

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA GESTION DEL PROCESO DE CANCER COLO-RRECTAL (CCR) EN EL SECTOR DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET: PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD AMBULATORIA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON CCR

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear 3 nuevas consultas semanales del Proceso de CCR, para el diagnóstico, estadificación, prevención en familiares y población de riesgo y seguimiento de pacientes tratados de bajo riesgo, así como la atención a la Vïa Clínica de la Rectorragia. Estas consultas serían atendidas por un especialista de Digestivo.
La nuevas consultas se integrarían con las de Oncología Médica, Cirugía de CCR y Oncología Radioterápica, en un mismo entorno físico. En un futuro, esperamos contar con una consulta de Apoyo Psicoterápico y de Enfermería.
Para llevar a cabo este proyecto se precisa:
-Entorno físico, disponible en el nuevo edificio de Consultas.
-1-2 médicos de Digestivo, que podrían compatibilizar esta actividad, con su trabajo habitual en el Servicio, requiriendo únicamente una reubicación de las consultas que se realizan en CE Ramón y Cajal, en horario de tarde, para pasar a realizar estas consultas en el Hospital.
-1 Auxiliar Administrativo, responsable de la citación coordinada de visitas y exploraciones complementarias, así como de la preparación del orden del día, documentación y registro de las decisiones del Subcomité de CCR, y de mantenimiento de la base de datos del Proceso de CCR, asistiendo a los pacientes a lo largo de su trayectoria en el Proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 Indicador: Puesta en funcionamiento de las Consultas de Diagnóstico y Estadificación del Proceso de CCR. Fecha estimada: 1 de Junio de 2010.
2 Indicador: Puesta en funcionamiento de toda la labor administrativa del Proceso.
Fecha estimada: 1 de Junio de 2010.
3 Indicador: Nº de pacientes atendidos en la Unidad Ambulatoria. Evaluación cada 6 meses.
4 Indicador: Encuesta de Satisfacción a los pacientes con CCR. Evaluación a los 6 meses de la entrada en funcionamiento de la Unidad Ambulatoria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Proyecto debería entrar en funcionamiento el 1 de junio de 2010.
Dadas sus características, una vez iniciado se mantendrá operativo de forma indefinida, realizando los ajustes pertinentes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. No precisamos ayuda material para desarrollar este Proyecto, que completaría el desarrollo de la Gestión del Proceso en el Sector del Hospital U. Miguel Servet. Sin embargo, si precisamos de la implicación decidida de los Órganos Directivos del Hospital y del Salud para poder llevarlo a cabo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 189

1. TÍTULO

MEJORAR EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS MEDICOS QUE SOLICITAN NUESTRAS PRUEBAS CON LA RESPUESTA OBTENIDA

2. RESPONSABLE ..... TERESA BARINGO FUENTES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLORES ABÓS OLIVARES- MÉDICO-H.U.MIGUEL SERVET- MEDICINA NUCLEAR
PAULA LIEBANO-MIR 3 AÑO-H.U.MIGUEL SERVET- MEDICINA NUCLEAR
LETICIA DE LA CUEVA-MEDICO-H.U.MIGUEL SERVET- MEDICINA NUCLEAR
MARIO GONZÁLEZ ESCALANTE-MIR2-H.U.MIGUEL SERVET- MEDICINA NUCLEAR
ANA GUALLAR LABRADOR-QUÍMICO-H.U.MIGUEL SERVET- MEDICINA NUCLEAR
ENCARNACIÓN MUÑOZ SÁENZ-ENFERMERA-H.U.MIGUEL SERVET- MEDICINA NUCLEAR
MARISA VELA MARQUINA-TÉCNICO DE GESTIÓN-H.U.MIGUEL SERVET-UCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. No conocemos más que de forma intuitiva por el contacto diario o reuniones periódicas con los Comités, las necesidades y expectativas de nuestros clientes internos con respecto a nuestros servicios.
Se pretende con esta línea de mejora, obtener indicadores reales de la situación actual, con vistas a detectar áreas mejorables y cuantificar el resultado de las acciones correctoras implantadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Conocer y mejorar el grado de satisfacción de los médicos solicitantes de pruebas con respecto a la demora en su realización
2.Conocer y mejorar el grado de satisfacción de los médicos clientes con respecto al tiempo tardado en recibir el informe de la prueba
3.Conocer y mejorar el grado de satisfacción con respecto a si el resultado de la prueba le ha ayudado en manejo clínico del paciente, la claridad y comentarios de los informes
4.Conocer y mejorar el grado se satisfacción con el trato con los profesionales del servicio
5.Conocer y mejorar el grado de satisfacción con los procedimientos de cirugía radioguiada
6.Conocer el grado de satisfacción con la hoja de petición de pruebas del servicio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Confección de un listado de especialidades y nombre de los médicos que solicitan las pruebas y serán encuestados. Dra. Abós y Dr. González
2.-Diseño del modelo de encuesta de opinión. Dra. Abós
3.-Diseño del sistema para informara los profesionales implicados y del de entrega y de recogida de encuestas y datos. Marisa Vela
4.-Análisis estadístico de los datos. Dra. Baringo
5.-Reunión del grupo de mejora para evaluar los resultados obtenidos.Todos
6.-Priorizar áreas de mejora. Todos
7.-Propuesta de acciones de mejora para al menos una de las áreas de mejora priorizadas, como objetivo del Grupo para el año 2011. Todos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de médicos satisfechos con el tiempo de demora en la realización de la prueba/nº de encuestas contestadas x100
Nº de médicos satisfechos con el tiempo de demora en recibir el informe /nº de encuestas contestadas x 100
Nº médicos satisfechos con la ayuda obtenida/ nº de encuestas contestadas x 100
Nº médicos satisfechos con la hoja de petición de pruebas/ nº de encuestas contestadas x 100

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 189

1. TÍTULO

MEJORAR EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS MEDICOS QUE SOLICITAN NUESTRAS PRUEBAS CON LA RESPUESTA OBTENIDA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Confección de listados de médicos por especialidades. Enero-febrero 2010
Diseño del modelo de encuesta de opinión. Enero a marzo 2010
Diseño del sistema de información, entrega y recogida de encuestas y datos. Febrero a abril 2010
Ensayo del procedimiento con 8 médicos encuestados al azar. Abril 2010
Envío y recogida de encuestas. Mayo a julio 2010
Análisis estadístico de los datos.Agosto-septiembre 2010
Reunión del grupo para evaluar los resultados
Reunión del grupo y del resto del servicio para priorizar áreas de mejora.Noviembre 2010
Priorizar una línea de mejora y proponer acciones de mejora para realizar durante 2011. Diciembre 2010- enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 289

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO BARRANCO DOMINGUEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PILAR CEBOLLERO BENITO-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL-UNIDAD DE CIRUGÍA DE MELANOMA Y MAMA
SONIA CANTÍN BLÁZQUEZ-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL-UNIDAD DE CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA
EMILIO LAGUNAS LOSTAO-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL-UNIDAD DE CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA
MIGUEL ÁNGEL DOBÓN RASCÓN-JEFE DE SECCIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL-UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINA Y OBESIDAD
CONCEPCIÓN MARTÍNEZ CASAMAYOR-SUPERVISORA DE ENFERMERÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
PAZ MENA GARCÍA-AUXILIAR DE CLÍNICA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
JESÚS ESARTE MUNIAÍN-JEFE DE SERVICIO CIRUGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El interés por los riesgos y los sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo, sin embargo en los últimos tiempos está recobrando un papel importante dentro de la calidad asistencial. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios.
La asistencia que proporciona un hospital consiste esencialmente en tratar de alcanzar la curación o paliar las dolencias y los problemas de salud de la población de su entorno. En este complejo intercambio intervienen un gran número de bienes y servicios, desde administración, hostelería y material médico, hasta los cuidados médicos y de enfermería.

La integración de todos estos elementos en la organización sanitaria debe aspirar a ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tiene la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado. Sin embargo la creciente complejidad de los sistemas sanitarios puede favorecer la proliferación de errores y acontecimientos adversos.

En el Reino Unido, la preocupación por los errores y acontecimientos adversos ha llevado a promover la política de identificación y reducción de errores médicos: se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente, que queda recogido en el programa Building a Safe NHS. Este programa ha llevado a la creación de un sistema obligatorio para notificar los acontecimientos adversos y las complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, que será gestionado por un organismo de reciente creación: la National Patient Safety Agency.

Múltiples estudios actuales encuentran unas tasas de incidencia de efectos adversos de alrededor de un 10% de los pacientes ingresados. El estudio ENEAS, referencia en España en este tema, observó una incidencia del 9,3% de EA en el global de pacientes ingresados en un hospital. Por tanto estamos hablando de un problema de considerables proporciones y consecuencias.

Conocer la epidemiología de los acontecimientos adversos y los errores asistenciales permite desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos. La mejora de la calidad asistencial que de ello emana constituye el objetivo principal de la Gestión de Riesgos Sanitarios.

Los procedimientos quirúrgicos son particularmente proclives a asociarse a acontecimientos adversos y sin embargo apenas han sido estudiados desde esta perspectiva en la bibliografía española. Parece, por tanto, necesario emprender un estudio de la incidencia y de las características de los acontecimientos adversos y sus factores de riesgo en un servicio de cirugía, buscando la mejor forma de monitorizarlos y extrayendo las posibles consecuencias que en materia preventiva puedan derivarse.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 289

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Es importante destacar que la descripción detallada, registro y posterior análisis sobre incidentes y efectos adversos propios proporcionan un aprendizaje más significativo que los ejercicios realizados sobre modelos teóricos, situaciones ficticias o ajenas.

Con ese objetivo diseñamos desde el grupo de mejora del servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Miguel Servet, este programa para intentar identificar, analizar, corregir y tomar medidas para evitar estos efectos adversos en nuestra unidad de hospitalización

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Reconocer los riesgos y efectos adversos que conlleva la atención a la salud.
2. Llevar a cabo un registro de EA.
3. Analizar los efectos adversos acaecidos.
4. Establecer medidas correctoras en las situaciones que lo permitan.
5. Crear un planteamiento docente del proceso de enseñanza-aprendizaje de las cuestiones de seguridad clínica y la prevención de los sucesos adversos en grado y postgrado para el personal de la unidad: médicos, enfermeras y personal no sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar sesiones informativas audiovisuales para el personal de la unidad.
Designar un grupo reducido de personas que analizarán los EA detectados.
Crear un documento de notificación del EA.
Disponer de de un buzón para notificación de EA.
Crear un registro de EA.
Establecer un calendario de reuniones periódicas.
Establecer medidas correctoras para evitar nuevos EA.
Responsables: todos los miembros del equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES
Hoja de notificación individual del EA por parte del trabajador.
Registro de todos los EA detectados.
Memoria anual confidencial de la actividad.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO
Formación de los miembros del grupo de calidad y posteriormente de todo el personal de la unidad de cirugía (planta 3ªB del HUMS) sobre EA y seguridad clínica.
Registro informático y en soporte papel de los EA.
Memoria anual confidencial de la actividad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación de los miembros del grupo de calidad y posteriormente de todo el personal de la unidad de cirugía (planta 3ªB del HUMS) sobre EA y seguridad clínica.
Registro informático y en soporte papel de los EA.
Memoria anual confidencial de la actividad.
Fecha inicio: febrero 2010.
Fecha finalización: diciembre 2010
Actividades:
Sesiones informativas personal de la unidad: marzo y abril 2010
Reuniones grupo de análisis de EA: marzo, mayo, julio, septiembre, noviembre 2010

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 289

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Memoria anual: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	800 €
· Fotocopiadora	500 €
· Cañón de proyección	400 €
· 1 inscripción en el congreso de Sociedad Española de Calidad Asistencial	505 €
· Gastos de desplazamiento	500 €
Total	2.705 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 290

1. TÍTULO

POTENCIACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORECTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO BARRANCO DOMINGUEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CIRUGIA COLOPROCTOLOGICA.
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JESÚS ESARTE MUNIAÍN- JEFE DE SERVICIO CIRUGÍA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
ANDRÉS MONZÓN ABAD- JEFE DE SECCIÓN- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
PASCUAL IBÁÑEZ MIRALLAS- FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
EMILIO LAGUNAS LOSTAO- FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
ANTONIO MARTÍNEZ GERMÁN- FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA-- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
ALBERTO PONS BOSQUE- FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA-- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
VIRGINIA RODRIGO VINUÉ- FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA-- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer colorectal (CCR) es una enfermedad con alta incidencia (50-60 casos / 100.000 habitantes / año) y que se halla en aumento en los últimos años. En España se diagnostican unos 21000 casos nuevos al año, en Aragón unos 700 y en el sector Zaragoza II unos 250, la mayoría de los cuales precisarán tratamiento quirúrgico.

Múltiples estudios científicos avalan que los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica colorectal (CLCR), en contraposición a los sometidos a cirugía convencional, presentan un mejor curso postoperatorio, menos dolor, menos complicaciones respiratorias y de pared, menor tasa de infección nosocomial, menor estancia hospitalaria, una precoz reincorporación a la actividad laboral y similares resultados oncológicos. Su grado de satisfacción al alta hospitalaria y en las revisiones en consultas externas es muy superior.

Además debemos tener en cuenta que los usuarios del sistema de salud cada vez están mejor informados debido a la universalización del acceso a la información (prensa escrita, revistas de divulgación, internet…) por lo que cada vez más demandan este tipo de técnicas cuando son informados de padecer patologías susceptibles de ser corregidas mediante abordaje laparoscópico.

En la actualidad esta claro que la CLCR se terminará imponiendo en todos los hospitales y el nuestro no debía quedarse atrás en comparación con los de su entorno y nivel.

La introducción de las técnicas mínimamente invasivas en la patología quirúrgica digestiva ha tenido un desarrollo desigual. Técnicas quirúrgicas como la colecistectomía o la cirugía del hiato esofágico hace años que son realizadas por técnicas laparoscópicas, mientras que otras patologías, como el CCR han retrasado su puesta en marcha en muchos centros del país por diversas particularidades como el coste del material específico necesario, las dificultades inherentes al aprendizaje y la complejidad técnica de la cirugía y de las eventuales complicaciones.

Además la implantación de esta técnica en un hospital general es un proceso complejo que involucra a un gran número de profesionales: cirujanos, anestesistas personal de enfermería tanto de quirófanos y de hospitalización, digestólogos…etc. Este punto ya está conseguido con el esfuerzo de todos los implicados.

También hay que tener en cuenta, en el aspecto puramente económico, que la cirugía laparoscópica también presenta sensibles ventajas frente a la cirugía abierta o convencional. A priori es cierto que supone una inversión en material quirúrgico específico, sin embargo los materiales inventariables actuales han reducido de manera sensible este gasto. Y lo más importante, la cirugía laparoscópica conjuga una menor estancia hospitalaria con una menor tasa de complicaciones y con una vuelta a la actividad laboral más temprana.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 290

1. TÍTULO

POTENCIACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORECTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Hoy día la CLCR ha superado su fase de implantación en la unidad de cirugía coloproctológica del HUMS, habiendo superado con éxito la curva de aprendizaje.

Sin embargo, es preciso ampliar las indicaciones de la CLCR, incorporar a otros cirujanos al manejo de esta técnica, y en un futuro cercano extenderla a los médicos residentes en formación.

Con una serie de sencillas medidas creemos poder mejorar de manera notable la asistencia global al enfermo con patología quirúrgica colorectal. Podremos mejorar nuestra formación en cirugía laparoscópica y ofrecer esta técnica a un mayor número de pacientes del sector Zaragoza II, con el consecuente aumento de la calidad asistencial.

En otros muchos centros del país se han seguido programas similares al que ahora proponemos para ir introduciendo y posteriormente ampliando la técnica en la cartera de servicios del hospital, para lograr formar de la mejor manera posible a los profesionales y aumentar la calidad de la atención al paciente y la satisfacción global del usuario del sistema de salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde la implantación de la CLCR en el HUMS, entre enero de 2008 y septiembre de 2009 se han ingresado en el servicio de Cirugía General un total de 3715 pacientes. 439 pacientes (11,81%) fueron intervenidos por padecer un CCR (tanto de manera urgente como programada), 302 (61,6%) fueron intervenidos por la unidad de cirugía colorectal y de éstos, 42 pacientes (13,9%) por patología maligna colorectal mediante abordaje laparoscópico. Los resultados clínicos y oncológicos han sido superponibles a los publicados en la cirugía tradicional, con una baja tasa de complicaciones y unos resultados estéticos y de satisfacción del paciente muy superiores

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Actualmente, una vez superada la fase inicial de implantación, debemos ampliar las indicaciones de la CLCR a casos más complejos y menos seleccionados, debemos formar a otros cirujanos en la técnica y en breve extender esta formación a los médicos residentes.

Además seguiremos realizando cursos de técnica laparoscópica en animales de experimentación y nuevas sesiones quirúrgicas contando con los especialistas más renombrados a nivel nacional, con los que ya estamos manteniendo conversaciones para pactar su colaboración y asistencia, teniendo confirmada la asistencia del Dr Targarona (Hospital de Sant Pau, Barcelona) para una sesión quirúrgica el próximo 11 de marzo.

En breve, vamos a disponer de una base de datos específica para los pacientes intervencidos de CLCR, para poder recabar datos para futuros análisis.

Finalmente estamos redactando los pasos iniciales de una vía clínica específica para los enfermos de CLCR.

En resumen pretendemos aumentar nuestra formación, ampliar las indicaciones de CLCR beneficiar a un mayor número de pacientes, monitorizar los resultados obtenidos, autoanalizarnos y con ello aprender de nuestra propia experiencia, es fundamental en una profesión como la nuestra, para ver si la dirección de nuestros esfuezos es la adecuada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Crear un espacio específico para la formación de los cirujanos en esta técnica con la presencia de torres laparoscópicas, pelvitrainers… (ya solicitados y concedidos por la industria farmaceútica).

Responsables: Dr Barranco, Dr Lagunas

2. Crear una biblioteca (libros, CD, DVD…) con técnicas quirúrgicas laparoscópicas básicas a disposición de todos los cirujanos interesados.
3. Llevar a cabo un registro específico de todos los pacientes intervenidos por vía laparocópica de patología colorectal con datos relativos a la intervención, complicaciones…
4. Analizar esos datos periódicamente y comunicarlo en los congresos de la especialidad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 290

1. TÍTULO

POTENCIACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORECTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

5. Diseñar y establecer un programa específico de formación en cirugía laparoscópica colorectal para los médicos residentes mayores de Cirugía General, con participación y responsabilidad progresiva en las cirugías programadas.
6. Dar charlas al personal de enfermería de la unidad tratando los aspectos específicos y posibles complicaciones de esta nueva técnica.
7. Establecer una jornada de "Cirugía Laparoscópica Colorectal HUMS" con periodicidad anual organizada por la Unida de Cirugía Colorectal con la presencia de cirujanos expertos invitados con charlas científicas y retransmisión de cirugías en directo.

Responsables: Dr Barranco y Dr Monzón

8. Facilitar la asistencia a cursos específicos de cirugía laparoscópica colorectal por los médicos en formación.
9. Facilitar la estancia en otros centros de reconocido prestigio en cirugía laparoscópica a nivel nacional, para ampliar experiencia, compartir dudas o errores y "aprender de los demás".

Responsables: Dr Monzón y Dr Esarte (Jefe de Unidad y de Servicio)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

1. Registro de los pacientes intervenidos por vía laparoscópica de patología colorectal.
2. Biblioteca con técnicas quirúrgicas laparoscópicas básicas a disposición de todos los cirujanos interesados.
3. Espacio de formación para el residente con pelvitrainer, torres de laparoscopia…
4. Asistencia a cursos, congresos, estancias en otros centros…

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

1. Elaboración de una memoria anual con las actividades asistenciales, científicas y formativas de la cirugía laparoscópica colorectal.
2. Formación del personal de staff y médicos residentes.
3. Elaboración de una vía clínica para el paciente con cáncer colorectal abordable por vía laparoscópica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: febrero 2010.
Fecha finalización: enero 2011 (renovable anualmente).
Actividades:
Asistencia a cursos de formación marzo-diciembre 2010
Base de datos específica: marzo-abril 2010.
Espacio formativo para residentes: mayo 2010.
Memoria anual: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Financiación para asistencia a cursos/estancias en otros centros	2.000 €
· Cañón de proyección	400 €
· Impresora multifunción	100 €
Total	2.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 375

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE VIA AEREA DIFICIL LA UNIDAD DE ANESTESIOLOGIA DEL H.MATERNAL

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER BONED NAVARRO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA UNIDAD MATERNAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AUGUSTO NAVARRO HERNANDO-SERVICIO DE ANESTESIOLOGIAUNIDAD MATERNAL
EVA ROVIRA FLORES-SERVICIO DE ANESTESIOLOGIAUNIDAD MATERNAL
CRISTINA CARLUCCIO-SERVICIO DE ANESTESIOLOGIAUNIDAD MATERNAL
NOELIA LAFUENTE OJEDA-SERVICIO DE ANESTESIOLOGIAUNIDAD MATERNAL
JOSÉ LUIS BORQUE MARTÍN-SERVICIO DE ANESTESIOLOGIAUNIDAD MATERNAL
JOSÉ MARÍA REMARTINEZ FERNANDEZ-SERVICIO DE ANESTESIOLOGIAUNIDAD MATERNAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El la actualidad el Servicio de Anestesia no cuenta con protocolos de detección, anticipación y actuación de Vía Aérea Difícil (VAD).

Aunque la muerte por anestesia ha disminuido y hoy en día es rara, la dificultad en el manejo de la vía aérea sigue siendo el principal factor individual implicado en morbilidad grave o muerte ocasionado por la anestesia, 1:10.000 – 1:100.000.

La frecuencia de VAD en los pacientes quirúrgicos es muy variable según definición o Aspecto considerado y según especialidades quirúrgicas, siendo para el fracaso de intubación entre el 0,1 y 0,3% de los pacientes.

La mejora de los protocolos y dotaciones para el manejo de la vía aérea difícil es un área de inquietud entre los profesionales y se encuentra entre los listados de situaciones mejorables elaborados por los grupos de mejora del servicio de anestesia.

Los protocolos de la vía aérea, además de elementos trascendentes para el manejo y seguridad de los pacientes, puede servir de indicador de la cultura de seguridad en el entorno asistencial y del servicio clínico en concreto.

Desde el punto de vista organizativo, la existencia de protocolos de vía aérea y planes de formación, es un factor con correlación negativa con complicaciones graves anestésicas, ingresos en UCI no planeados y muertes relacionados con la anestesia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la Cultura de seguridad del Servicio de Anestesia
2. Mejorar el manejo del paciente con VAD
3. Disminución de la incidencia de Vía Aérea Difícil No Anticipada
4. Mejorar la satisfacción de los pacientes con problemas en el manejo de la vía aérea

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaborar Protocolo de detección y anticipación de la VAD para el conjunto del Servicio, consensuado y adaptado a las distintas Unidades
Responsables: Dres. Boned y Navarro
2. Elaborar Protocolo de Información y Consentimiento Informado de técnicas de manejo de VAD para pacientes con VAD anticipada.
Responsables: Dres. Carluccio y Lafuente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 375

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE VIA AEREA DIFICIL LA UNIDAD DE ANESTESIOLOGIA DEL H.MATERNAL

3. Elaborar Protocolo de Información e Informe a pacientes con dificultad de manejo de VA no anticipada
Responsables: Dres. Rovira y Borque
4. Diseño de Tarjetas, Hojas y Carteles de difusión, conocimiento y guía de protocolos, criterios y algoritmos de actuación ante la VAD.
Responsables: Dres. Boned y Remartínez
5. Diseminación, conocimiento de Protocolos a todas personas con actividad en la Unidad.
Responsables: Dres. Boned y Navarro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Protocolo de detección: Elaborado
2. Protocolo de Información y Consentimiento Informado: Elaborado
3. Protocolo de Información e Informe: Elaborado
4. Diseño de Tarjetas, Hojas y Carteles: Realizados
5. Encuesta a los miembros del Servicio sobre conocimiento de los protocolos, opinión de utilidad, uso y adscripción

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo Abril:
Protocolo de detección
Protocolo de Información y Consentimiento Informado
Elaborar Protocolo de Información e Informe

Abril-Mayo:
Diseño de Tarjetas, Hojas y Carteles

Junio:
Diseminación e información

Noviembre-Diciembre:
Encuesta de evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Diseño y edición de Carteles, Tarjetas y Hojas ..... 1.000 €
Total ..... 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 336

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA LOS CUIDADORES DE NIÑOS TRAQUEOTOMIZADOS CON VENTILACION ASISTIDA EN UNA UCI PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR BRUNA MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERIA
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. UCI PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN VIÑADO COCA-ENFERMERA-UCI PEDIATRIA-HMI
ROSA LAFUENTE MAZA-ENFERMERA-UCI PEDIATRIA-HMI
MONTSERRAT LLURDA SANMARTIN-ENFERMERA-UCI PEDIATRIA-HMI
ROSANA FERRANDO TRIVIÑO-ENFERMERA-UCI PEDIATRIA-HMI
CARMEN ROIG VISCARRO-AUXILIAR ENFERMERIA-HMI
MªISABEL GASTON MOLINA-AUXILIAR ENFERMERIA-HMI
MªJOSE OROZ SIERRA-AUXILIAR ENFERMERIA-HMI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las indicaciones de la traqueotomía pediátrica han estado sometidas a numerosos cambios en las últimas décadas. Actualmente se ha convertido en una de las técnicas más habituales en las unidades de cuidados intensivos pediátricas, para los niños que presentan obstrucción, adquirida o congénita, de vía aérea superior y en condiciones que requieren apoyo ventilatorio prolongado. A este hecho han contribuido la introducción de la técnica percutánea y las teóricas ventajas que se le atribuye: aumento de la comodidad del paciente, disminución del espacio muerto, mejoría de la higiene bronquial y disminución en el requerimiento de sedación.
La necesidad de estos pacientes de mantener su traqueostomía por largos períodos de tiempo ha impulsado su manejo domiciliario como una apropiada alternativa frente a hospitalizaciones prolongadas, ya que esto permite la inserción familiar, social y escolar, favoreciendo el desarrollo integral de este grupo especial de niños, mejorando su calidad de vida y disminuyendo los costos de hospitalización. Para ello, es prioritario, poner en marcha un programa educativo, bien estructurado, sobre cuidados de la traqueotomía, en el reconocimiento de la necesidad de aspiración de las mucosidades e instruirlos en unas buenas técnicas de fisioterapia respiratoria o clapping.
para los padres de estos niños; programa, que les permita adquirir habilidades necesarias para formar parte del cuidado seguro de su hijo, no solamente en el hospital si no en un futuro próximo y si las condiciones lo permiten, en la calidez de su hogar. En la Uci Pediátrica del HMI del HUMS, es fundamental, el papel que desarrolla el personal de enfermería en el adiestramiento de los padres de niños traqueotomizados Los padres requieren un aprendizaje que les ayude a reducir el miedo y el estrés que les produce la condición en la que se encuentra su hijo, así como la inseguridad e incertidumbre de cómo realizar estas técnicas, posteriormente en su domicilio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El Correcto adiestramiento de los padres/cuidadores de niños ingresados en la UCI Pediátrica portadores de traqueotomía previo al alta hospitalaria. Incluirá los cuidados de la traqueotomía, la aspiración de secreciones y el manejo del respirador si es preciso

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaborar documento informativo sobre los cuidados que precisa el niño portador de traqueostomia, basado en las últimas evidencias para todos los profesionales y cuidadores. Responsable Montse y Mª Jose
2. Actualizar los conocimientos del personal de enfermería de la unidad en la materia. Responsable Rosana y Carmen
3. Instruir a los padres en los cuidados de estos niños para un adecuado manejo al alta hospitalaria, para evitar múltiples reingresos. Responsables Rosa, Carmen e Isabel

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Personal de enfermería formado
Total plantilla de enfermería de UCI P ------el 100% de la plantilla fija de la unidad se habrá formado

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 336

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA LOS CUIDADORES DE NIÑOS TRAQUEOTOMIZADOS CON VENTILACION ASISTIDA EN UNA UCI PEDIATRICA

- Documento informativo realizado
- Nº de cuidadores principales formados

Nº de niños portadores de traqueostomía

El 100% de padres de niños traqueotomizados que han sido dados de alta a su domicilio estarán formados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ? Marzo 2010: Formación del grupo de trabajo.
? Abril 2010: Búsqueda bibliográfica de evidencia sobre el tema.
? Mayo 2010: Elaboración del documento de recomendaciones en los cuidados que vamos a realizar.
? Junio a Julio 2010: Formación del Personal.
? Agosto a Diciembre 2010: Adiestramiento de los padres en los cuidados.
? Enero a Marzo 2011: Evaluación y definición de áreas de mejora si se precisa

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 Televisores con TDT y DVD ... (*)	600 €
· 2 Inscripciones para el Congreso de Calidad	1.260 €
Total	1.860 €

11. OBSERVACIONES. (*) 2 Televisores con TDT y DVD para hacer más agradable la estancia en Uci de estos niños cronicos y parientes

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 045

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BUSTAMANTE RODRIGUEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRISTINA GARCÉS SANJOSÉ, ANTONIO GIMÉNEZ VALVERDE, DANIEL LAHOZ RODRIGUEZ, ROSARIO MARTINEZ HERRAEZ, CONSUELO MUNUERA BARAHONA, MARÍA ÁNGELES JAVIERRE LORIS, JOAQUIN VELILLA MOLINER

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disminución de la variabilidad de la práctica clínica y la incorporación de la mejor evidencia científica en el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes y/o trascendentes por su impacto clínico o social es uno de los objetivos del plan de calidad del Servicio de Urgencias.
Identificada esta necesidad, se vienen priorizando las situaciones clínicas sobre las que actuar en base a las recomendaciones de protocolización establecidas en el Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencias elaborado por el Departamento de Salud en 2006.
La elaboración de protocolos asistenciales del Servicio de Urgencias son consensuados con los Servicios implicados en cada caso y adaptados a nuestro medio y realidad asistencial.
En la actualidad, el Servicio de Urgencias dispone de distintos protocolos, algunos adaptados al reglamento de protocolos del Sector II

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Realización de los protocolos siguientes:
1. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UNA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (ID. PROTOCOLO Z2-109). Elaborado en 02/09 y APROBADO POR la Comisión de Tecnología 06/09.
2. MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO LEVE-MODERADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (ID. PROTOCOLO Z2-119). Elaborado en 06/09 y APROBADO POR la Comisión de Tecnología 11/09.
3. EVALUACIÓN del SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN (ID. PROTOCOLO Z2-110)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Actualizar los protocolos existentes en el Servicio y adaptarlos a los requisitos del Reglamento de protocolos del Sector II
2.- Revisar los indicadores de seguimiento de los protocolos del Servicio de Urgencias
3.- Establecer un sistema periódico de revisión de dichos indicadores como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisión de los protocolos existentes para adaptarlos al reglamento de procesos del sector II.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
2.- Revisión y definición de los indicadores de seguimiento de los protocolos Responsable: Eduardo Bustamante, de acuerdo con el coordinador de la Unidad.
3.- Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
4.- Para cada protocolo evaluado, se realizará un análisis de los resultados y se discutirán las medidas necesarias para mejorar su seguimiento, cuando sea necesario.
Responsable: Todos los miembros del grupo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:

1.- Protocolos elaborados o actualizados durante 2010: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 045

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Tecnología y disponibles a través de la intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2010 y 2009

2.- Protocolos evaluados en 2010: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Revisión de los protocolos existentes y proyecto de los nuevos: Marzo-Junio 2010

2.- Revisión y definición de los indicadores de seguimiento: Marzo-Junio 2010

3.- Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores de aquellos protocolos en periodo de revisión: Septiembre-Noviembre 2010

4.- Análisis de los resultados y diseño de las medidas necesarias para mejorar su seguimiento: Octubre-Noviembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cuenta UpTODATE (*)	530 €
· Inscripción al congreso Nacional de calidad asistencial (500x 2)	1.000 €
Total	1.530 €

11. OBSERVACIONES. (*) La Cuenta UpTODATE es una cuenta para realizar revisiones sistemáticas para apoyo documental. htt

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 456

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE POST-STENT CORONARIO

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CALVO CEBOLLERO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABRIEL GALACHE OSUNA-MÉDICO-HUMS-CARDIOLOGIA-HEMODINAMICA
Mª CRUZ FERRER GRACIA-MÉDICO-HUMS-CARDIOLOGIA-HEMODINAMICA
CRISTINA MORENO AMBROJ-MÉDICO-HUMS-CARDIOLOGÍA-HEMODINÁMICA
JUAN SANCHEZ-RUBIO LEZCANO-MÉDICO-HUMS-CARDIOLOGÍA-HEMODINÁMICA
CONCEPCIÓN SANTOLARIA AISA-DUE-SUPERVISORA-HUMS-HEMODINÁMICA
PURIFICACIÓN MARTÍN TELLO-DUE-SUPERVISORIA-HUMS-CARDIOLOGIA-HOSPITALIZACIÓN
GREGORIO MOYANO BENITO-MÉDICO-HUMS-CARDIOLOGIA-HOSPITALIZACIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La angioplastia coronaria, habitualmente con implante de Stent, es de los procedimientos terapéuticos intervencionistas más frecuentes. En nuestro hospital (HUMS), en el año 2009 se realizaron 747 procedimientos coronarios percutáneos, que supusieron el implante de más de mil stents. Su beneficio en mejora de la calidad de vida y en muchos casos en supervivencia está demostrado, pero la presencia de material metálico dentro de la arteria exige la utilización de doble antiagregación (AAS+ Clopidogrel) durante un periodo prolongado de tiempo para evitar el riesgo de trombosis del Stent. Esta ocurre en nuestro entorno y con el uso de stents farmacoactivos con una incidencia acumulada del 2% a los 3 años. La mortalidad es
La trombosis de Stent conlleva tasas de mortalidad del 15-45% según las series.

El uso adecuado del tratamiento antiagregante es el primer factor preventivo de trombosis del Stent, pero en ocasiones los pacientes portadores no son conscientes de la importancia de la continuidad del tratamiento. En otras ocasiones son los facultativos los que indican la supresión del tratamiento antes de intervenciones quirúrgicas electivas, odontológicas, o maniobras que pueden conllevar riesgo de sangrado (exploraciones endoscópicas y/o biopsias).

El problema ha sido detectado en las unidades de hemodinámica y recogido en un registro multicentrico de pacientes portadores de Stent recubierto en el que participa nuestra unidad (Registro ESTROFA) y publicado en JACC 2008; 51; 986-990. Un 31.6% de los pacientes registrados con trombosis del Stent, no estaban tomando el tratamiento antiagregante prescito. Las razones más frecuentes fueron: Decisión del paciente, Sangrado, Intervención quirúrgica y reacción alérgica.

Una información más amplia y mejor sobre la importancia del tratamiento antiagregante, tanto del paciente portador de Stent como de los profesionales de otras especialidades, que puedan indicar la supresión de la misma, podría mejorar los resultados de la intervención coronaria disminuyendo las complicaciones mayores en el seguimiento.

La Sección de Hemodinámica de la SEC, elaboró materiales en este sentido que precisan de adaptación para conseguir una mayor difusión y eficacia informativa en pacientes y profesionales y que dichas acciones puedan ser evaluadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos:

1. Mejorar la información del paciente con Stent coronario farmacoactivo de la necesidad de llevar doble antiagregación durante un año post-implante
2. Mejorar la información al paciente sobre los riesgos de suspender la doble antiagregación antes del año post-implante de un Stent farmacoactivo.
3. Mejorar la información de los profesionales de la salud sobre los riesgos de suspender el tratamiento antiagregante en pacientes con stents farmacoactivos.
4. Mejorar la información de los profesionales de las especialidades quirúrgicas, anestesistas, intensivistas, sobre los riesgos de suspender el tratamiento antiagregante en pacientes con stents farmacoactivos.
5. Incluir en el informe de alta recomendación sobre la duración del doble tratamiento antiagregante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 456

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE POST-STENT CORONARIO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Elaboración contenido informativo para profesionales: “Riesgo trombótico en pacientes con Stent recubierto”.
Responsables: Dres. Ferrer Gracia y Sánchez-Rubio Lezcano
2.- Elaboración contenido informativo para profesionales: Stent coronario: Recomendaciones ante procedimientos quirúrgicos y odontológicos.
Responsables: Dres. Moreno Ambroj y Galache
3.-Elaboración contenido informativo para pacientes: ¿Por qué el tengo que tomarme las pastillas? ¿Qué pasa si las dejo?
Responsables: Dra. Calvo Cebollero; DUE: Santolaria Aisa
4.-Elaboración recomendaciones al paciente con Stent farmacoactivo.
Responsables: Dra. Calvo Cebollero; DUE: Santolaria Aisa
5.-Impresión tarjetas-carnet del paciente con Stent.
6.-Impresión/Intranet hoja informativa profesionales.
Responsable: Equipo de mejora.
7.-Intervención oral breve al final del procedimiento/Stent sobre la importancia de seguir correctamente el tratamiento.
Responsable: Equipo de mejora.
8.- Entrega de la tarjeta-carnet informativo
Responsable: Equipo de mejora.
9.-Inclusión en el informe de alta de tipo, dosis y duración del tratamiento antiagregante. Nota final que indica que se adjunta información complementaria.
Responsable: Dr. Gregorio Moyano Benito
10.-Entrega de hoja informativa para M de Familia junto con informe clínico al alta del paciente
Responsable: DUE: Purificación Martin (Supervisora)
11.- Coordinación con Farmacia para que todos los pacientes portadores de Stent coronario dispongan al alta de medicación antiagregante (Clopidogrel) suficiente para que no se produzcan interrupciones en el tratamiento derivada de los trámites administrativos para su dispensación.
Responsables:
Dr. Gregorio Moyano Benito y DUE Purificación Martin Supervisora)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores: Objetivo 2010
1.-Existencia de tarjeta específica para pacientes.
2.-Existencia de hoja diseñada para profesionales.
3.-Pacientes con Stent farmacoactivo en los que figura en el informe de alta la duración del tratamiento antiagregante.
Evaluación indicadores:
1.-Elaboración soporte informativo para profesionales SI/NO
2.- Elaboración soporte informativo para pacientes SI/NO
Para 1 y 2 no procede formula. Se evaluará como positiva o si el que se hayan diseñado los soportes informativos.
3.- Indicador: Pacientes con Stent farmacoactivo en los que figura en el informe de alta la duración del tratamiento antiagregante.
Formula del Indicador: Pacientes con Stent recubierto y duración AAS +Tienopiridina en informe alta /pacientes con Stent recubierto x 100.
Estándar: 95%. Objetivo 2010: 90%.
Fuente de datos: Base Artemisa para pacientes con Stent recubierto +Historia clínica/Intranet altas
Evaluación: Anual.
Responsable: Isabel Calvo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto: Marzo de 2010 - Marzo de 2011
1-Elaboracion contenido informativo pacientes: Marzo-Junio de 2010.
2-Elaboracion contenido informativo profesionales: Marzo-Junio de 2010

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 456

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS MEDICOS QUE LO ATIENDEN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE POST-STENT CORONARIO

3-Impresión hoja/folleto profesionales color
Junio –Septiembre de 2010
4-Impresión carnet pacientes color.
Junio –Septiembre de 2010
6- Inclusión recomendaciones informe alta
Junio-Diciembre 2010
7-Entrega soportes informativos pacientes /profesionales. Septiembre-Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición 1000 carnets antiagregación pacientes	1.000 €
· edición e impresión folleto profesionales	600 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 131

1. TÍTULO

INCREMENTO EN LA TASA DE EXITO DEL TRATAMIENTO MEDICO DE LA GESTACION EXTRAUTERINA, MEDIANTE LA ASOCIACION DEL FARMACO MIFEPRISTONA CON EL PREPARADO HABITUAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARÍA LAPRESA MOROS-MÉDICO OBSTETRA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA
OSCAR GIL LAFUENTE-MÉDICO OBSTETRA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA
PILAR ANDRÉS ORÓS-MÉDICO OBSTETRA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA
RAQUEL CRESPO ESTERAS-MÉDICO OBSTETRA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA
ISABEL LAHOZ PASCUAL-MÉDICO OBSTETRA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA
JAVIER TOBAJAS HOSMS- MÉDICO JEFE SERVICIO OBSTETRICIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gestación extrauterina ocurre en el 1-2% de los embarazos. Su evolución sin tratamiento puede conducir a la rotura de la trompa con un cuadro grave de hemoperitoneo y un riesgo elevado para la paciente.
Mediante el tratamiento médico actual, conseguimos cifras de resolución elevadas, entre el 85 y el 90%, reservándose la cirugía para el 10-15% de pacientes que no responden al tratamiento médico y para los cuadros de rotura tubárica no diagnósticados de extrauterino previamente.
El tratamiento actual con methotrexato, es insuficiente para resolver un determinado tipo de pacientes con cifras hormonales de beta HCG elevadas o con gran actividad del trofoblasto.
Existen estudios que ponen de manifiesto, el incremento en la tasa de resolución de los extrauterinos, al asociar la mifepristona por su acción antiprogestativa con el tratamiento habitual con methotrexato.
El incremento en la resolución médica de este tipo de embarazos conllevaría la disminución del tratamiento quirúrgico, empleado en este tipo de situaciones. Esto aumentaría la seguridad de la paciente, evitando una anestesia general y un proceso quirúrgico laparoscópico o laparotómico con los riesgos implícitos de la intervención. También disminuiría los tiempos de estancia y aumentaría el grado de satisfacción de la paciente.
Por último, en el capítulo económico, el precio del fármaco es muy inferior al costo de material empleado en una intervención quirúrgica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incremento en la tasa de éxito del tratamiento médico de la gestación extrauterina no complicada, hasta llegando a porcentajes de resolución entre el 95 y el 100%

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentación al Servicio de Farmacia del proyecto, explicitando la indicación exclusiva de la indicación. Dr Tobajas
Inclusión en el protocolo actual de tratamiento médico de la gestación extrauterina, utilizado en el Servicio. Dr Campillos
Utilización de forma clínica en pacientes incluidas en la indicación prevista: Dra. Lapresta, Dr. Gil, Dra. Andrés, Dra. Crespo, Dra. Lahoz, Dr. Campillos
Evaluación de resultados: Dra. Lapresta, Dr. Gil, Dra. Andrés, Dra. Crespo, Dra. Lahoz, Dr. Campillos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de extrauterinos no complicados resueltos mediante tratamiento médico.
2. Tiempo medio de estancia hospitalaria en estas pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: primer trimestre de 2010
Finalización: cuarto trimestre de 2010
Cronograma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 131

1. TÍTULO

INCREMENTO EN LA TASA DE EXITO DEL TRATAMIENTO MEDICO DE LA GESTACION EXTRAUTERINA, MEDIANTE LA ASOCIACION DEL FARMACO MIFEPRISTONA CON EL PREPARADO HABITUAL

Primer trimestre: Comunicación con el Servicio de Farmacia para implantar el uso de la mifepristona con la indicación explícita contenida en este proyecto de calidad
Segundo trimestre: introducción del uso del preparado dentro del protocolo de actuación sobre la gestación extrauterina disponible actualmente en el Servicio.
Comienzo en la utilización clínica del preparado
Tercer trimestre: Utilización clínica del preparado en pacientes tributarias.
Cuarto trimestre: Evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Oficina/Obstetricia	500 €
· Docente/Obstetricia	300 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 503

1. TÍTULO

DIFUSION DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CAMPOS CALLEJA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAVIER LÓPEZ PISON- PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
M. CONCEPCION GARCIA JIMENEZ- PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
ANA LATORRE IZQUIERDO- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
Mª ÁNGELES GARCÍA DÍAZ- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
YOLANDA ALIAGA MAZAS- PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
YOLANDA ROMERO SALAS- PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
RAQUEL PEREZ DELGADO- PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Grupo de Mejora de Calidad de Urgencias de Pediatría del Hospital Infantil, constituido en el 2004, priorizó como línea de trabajo el "PROGRAMA PERMANENTE DE ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS". Así, se elaboran, actualizan y evalúan de forma periódica Protocolos de Urgencias de Pediatría que exigen incorporar las evidencias disponibles, establecer consenso con las diferentes unidades clínicas implicadas (hospitalización, especialidades pediátricas, servicios centrales, UCI pediátrica) y seguir las normas establecidas del "Manual de realización de protocolos" vigente en nuestro centro. Tras su presentación en la Sesión Clínica del Servicio de Pediatría son enviados a la Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos del HUMS para su aprobación y posterior disponibilidad en la Intranet. En este momento contamos con más de 70 protocolos.
Nos proponemos la mejora de la calidad de la asistencia pediátrica de urgencias mediante la difusión de nuestros protocolos clínicos y circuitos asistenciales a través de la web del conocimiento que proporciona el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Los profesionales del campo de las Ciencias de la Salud podrán compartir sus conocimientos y establecer vías de comunicación y consenso, lo que sin duda mejorara el continuum asistencial de Urgencias con Atención Primaria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Difundir la información basada en la evidencia a través de Protocolos consensuados.
- Disminuir la variabilidad en la asistencia pediátrica .
- Establecer vías de comunicación con otros profesionales, en especial entre Urgencias, Áreas Específicas de Pediatría y Atención Primaría.
- Mejorar la calidad de la asistencia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión del equipo de Mejora y designar grupos de trabajo (especialidades pediátricas).
- Acordar la difusión de Protocolos con los responsables de cada especialidad.
- Diseñar el Área de Trabajo Compartido (ATC) en la web del iacs donde se incluyan los Protocolos de Urgencias de Pediatría, circuitos asistenciales, foros de debate y otras informaciones de interés.
- Activación de la ATC.
- Revisión por el Grupo de Mejora de la puesta en marcha.
- Difusión de la disponibilidad y accesibilidad de la ATC con Sesión clínica del Servicio de Pediatría y, a través de la Sociedad Científica de Pediatría, a todos los pediatras de Aragón.
- Registro de usuarios que acceden.
- Registro de sugerencias recibidas.
- Registro de usuarios que participan en foros de debate.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 503

1. TÍTULO

DIFUSION DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

- Reunión del equipo para estudiar modificaciones de propuestas recibidas.
- Diseño del modelo de encuesta de opinión.
- Reunión del grupo de mejora para evaluar y monitorizar los resultados.
- Sesión Clínica informativa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº usuarios registrados que acceden a los Protocolos de Urgencias Pediatría
- Nº de sugerencias recibidas
- Nº foros de debate iniciados
- Nº profesionales satisfechos (encuesta)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-Abril 2010:
- Reunión del equipo de Mejora y designar grupos de trabajo de especialidades pediátricas.
- Acordar la difusión de Protocolos con los responsables de cada especialidad.
- Diseño y activación

Abril - Diciembre2010:
- Monitorización de usuarios y de sugerencias
- Actualizaciones de Protocolos, modificaciones

Diciembre 2010- Enero 2011:
- Evaluación de encuesta, análisis de resultados
- Reunión del grupo y evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 421

1. TÍTULO

VALORACION DE CARGAS DE TRABAJO ENFERMERO CON LA ESCALA NEMS A TRAVES DE UN APLICATIVO INFORMATICO EN UCI

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CANO MATEO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UCI-CRTQ
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONSUELO PAREJA MOLINA-DUE-HUMS-UCI-CRTQ
BEGONA LIPE-DUE-HUMS-UCI-CRTQ
DELIA GONZÁLEZ DE LA CUESTA-DUE-HRV-UCI
Mª JESÚS BARRADO NARVIÓN-DUE-HRV-UCI
Mª PAZ MAINER SANMARTIN-DUE-HUMS-REA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una parte fundamental de la calidad asistencial es la seguridad del paciente. Las unidades de cuidados intensivos son unidades de alto riesgo debido al estado crítico de los pacientes. Diversos estudios señalan que la relación enfermera/paciente es directamente proporcional a la disminución de la mortalidad y los efectos adversos que sufren los pacientes.
La escala NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score) desarrollada y validada por la FRICE, mide la carga de trabajo de enfermería y su distribución a lo largo de la jornada laboral.
A través del aplicativo informático recientemene implementado mediremos estas cargas de trabajo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad de los pacientes ingresados en UCI.
Optimizar los recursos humanos disponibles en UCI.
Rentabilizar el aplicativo informático

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Cumplimentar la escala NEMS (personal de la unidad)
2. Recoger los datos (Isabel Cano, Begoña Lipe, Consuelo Pareja, Paz Mainer)
3.Elaborar los datos obtenidos (Mª Jesús Barrado, Delia González)
4.Analizar los datos obtenidos (equipo)
5.Proponer medidas para rentabilizar al máximo los recursos disponibles. (equipo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº escalas Nems cumplimentadas/total de pacientes ingresados
nº días con escala Nems cumplimentada/nº de días de ingreso del paciente
Resultados de la escala

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año
Recogida de datos Marzo- Noviembre
Análisis, elaboración de los datos y presentación de resultados Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- Memorias portátiles (6) 1GB ..... 100 €

Total ..... 100 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 421

1. TÍTULO

VALORACION DE CARGAS DE TRABAJO ENFERMERO CON LA ESCALA NEMS A TRAVES DE UN APLICATIVO INFORMATICO EN UCI

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 167

1. TÍTULO

MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE FARMACOS INHALADOS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL CARBONEL RAMON
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SUPERVISOR GENERAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASUNCION ALBERICIO GIMENO-ENFERMERA -HUMS
PILAR GARCIA FAU-ENFERMERA-HUMS
PILAR LECEA RODRIGO-ENFERMERA-HUMS
Mª JESUS LORENTE GENZOR-ENFERMERA-HUMS
GLORIA PALACIOS TORRELLAS-ENFERMERA-HUMS
FERNANDO BAYONA ESTRADERA-ENFERMERO-HUMS
MARIA JOSE CASTAÑO CARDONA-ENFERMERA-HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de fármacos por vía inhalatoria ha contribuido a la mejoría de los pacientes con enfermedades de las vías aéreas tanto agudas como crónicas. Diferentes estudios demuestran que un alto porcentaje de pacientes utilizan mal los dispositivos de administración de fármacos inhalados. Es necesario un gran esfuerzo de aprendizaje y de control del mismo para que lo que adquiere se mantenga correctamente aprendido;por lo que es necesario un aprendizaje de la técnica, por lo quen creemos que el sistema con el que se puede obtener un mayor rendimiento es la introducción de programas de educación(tanto teóricos como prácticos) tanto para pacientes como para familiares.para ello es necesario contar con el esfuerzo de todo el personal sanitario, pacientes y familiares.que esten al cuidado de este.
Este programa se llevará a cabo en la Unidad de Neumología (pta. 9) Hospital General.HUMS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Una correcta utilización de los inhaladores por parte de los pacientes que ayudará a que puedan controlar su enfermedad y a llevar una vida lo más autónoma posible.
Que el cuidador principal, tras el alta hospitalaria, con los conocimientos adquiridos, pueda detectar errores en la técnica y corregirlos, ya que muchos pacientes no son capaces de aprender o realizar la técnica correctamente por un deterioro físico o cognitivo,los ancianos, constituyen un grupo muy importante con estas características

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Procedimiento para conseguir los objetivos deseados:
? Elaborar un díptico que recoja información básica los aspectos más importantes en la terapia inhalatoria.
? Distribuir a pacientes y familiares el díptico al inicio de la terapia inhalatoria.
? Elaborar una encuesta de evaluación de conocimientos previos al inicio de la terapia.
? Distribuir la encuesta a pacientes al inicio de la terapia.
? Programar sesiones formativas (prácticas y teóricas) semanales para resolver las dudas que se puedan plantear en el paciente y cuidador.
? Educar en planta en las acciones que se realizan sobre el paciente
? Detectar y analizar los problemas y dudas que con mayor frecuencia se presenten a los pacientes/cuidadores
? Elaborar una guía especifica para el paciente y cuidador del enfermo con terapia inhalatoria.
? Elaborar y poner en marcha una encuesta de valoración de conocimientos adquiridos al alta hospitalaria.
? Elaborar y poner en marcha una encuesta especifica de satisfacción

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 167

1. TÍTULO

MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE FARMACOS INHALADOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de cuidadores formados = nº de cuidadores que asisten a los talleres/ nº de pacientes con t. inhalatoria

% de pacientes formados = nº de pacientes que asisten a los talleres/

nº de pacientes con t. inhalatoria

Nº de talleres realizados

Encuesta de satisfación a los pacientes y cuidadores de pacientes con fractura de cadera

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ACT/MES	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Elaboración Tríptico	x	x	x									
Distribución Tríptico				x	x	x	x	x				
Elaboración Enc.conoc.	x	x	x									
Distribución Encuesta				x	x	x	x	x				
TALLERES				x	x	x	x	x				
Educar en planta				x	x	x	x	x				
Análisis de Problemas más frecuentes				x	x	x	x	x				
Elaborar guía								x				
Elaborar enc. evalua.		x	x	x								
Poner en marcha				x	x	x						

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 167

1. TÍTULO

MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE FARMACOS INHALADOS

enc. eval.
Elaborar
encuesta sat. x x x

Poner en x x x

marcha enc. sat

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Guia para pacientes y cuidadores ..... 600 €

Total ..... 600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 358

1. TÍTULO

CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE ADMISION

2. RESPONSABLE ..... SONIA CARRERAS GRACIA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ADMISION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN CARLOS ABAD CEBOLLA - JEFE DE GRUPO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE ADMISIÓN
ANA MARÍA SANZ BASELGA - JEFE DE SECCIÓN - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE ADMISIÓN
MIGUEL ANGEL PUEYO NERÍN - MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE ADMISIÓN
MIGUEL MORENO VERNIS - MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - UNIDAD DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
MERCEDES SUBÍAS FERRER - ABOGADO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - UNIDAD DE APOYO JURÍDICO
BLANCA GERONA IÑIGUEZ - TÉCNICO INFORMÁTICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE INFORMÁTICA
Mª DOLORES CURRÁS MATEO - MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SUBDIRECCIÓN SERVICIOS CENTRALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Admisión es un servicio con frecuente relación directa con el usuario, lo que requiere especial atención a las normas de Confidencialidad. Por ello, es importante regular la información que se puede dar, tanto en persona como telefónicamente, al paciente y sus familiares, así como la información escrita, como pueden ser los justificantes de ingreso, y también, en el caso de los niños, muy particularmente en los casos de custodias compartidas, que son especialmente sensibles

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende elaborar un protocolo de actuación en los casos arriba reseñados para mejorar la información suministrada al paciente así como adecuarla a los requerimientos legales vigentes. El resultado del proyecto se incluirá como procedmiento ISO dentro de la Acreditación en la que está trabajando el Servicio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actividad: Revisión de la normativa legal existente e instrucciones internas de la organización. Método: Reuniones de trabajo. Responsables: Sonia Carreras, Mercedes Subías, Miguel Moreno, Mª Dolores Currás
- Actividad: Detección de situaciones relacionadas. Método: Reuniones de trabajo. Responsables: Sonia Carreras, Miguel Angel Pueyo, Ana Mª Sanz, Blanca Gerona
- Actividad: Elaboración del procedimiento escrito. Método: Reuniones de trabajo. Responsables: Sonia Carreras, Juan Carlos Abad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Actas de las reuniones
- Procedimiento elaborado en formato ISO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo/Abril: Revisión de la legislación
- Mayo/Octubre: Adaptación de la normativa
- Noviembre/Diciembre: Elaboración del procedimiento

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 Auriculares inalambricos para teléfono	250 €
· Grapadora eléctrica	250 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 280

1. TÍTULO

APLICACION DEL SUBPROCESO MANEJO OPTIMO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO QUE PRESENTA UNA FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION CASSINELLO OGEA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO HERRERA RODRÍGUEZ-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-JEFE DE SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
ANTONIO LOBO ESCOLAR-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-TRAUMATÓLOGO RESPONSABLE DEL PROCESO DE FRACTURA DE CADERA
ANTONIO PEGUERO BONA-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-TRAUMATÓLOGO COORDINADOR DE LA UNIDAD DE FRACTURAS
JUAN PABLO ORTEGA LAHUERTA-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-COORDINADOR DE ANESTESIA EN EL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA
JOSÉ FELIX LUCIA-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-JEFE DE SECCIÓN DE COAGULACIÓN
MERCEDES BLASCO BORDEJÉ-ENFERMERA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SUPERVISORA DE LA UNIDAD DE FRACTURAS DE CADERA
ADRIAN ROCHE-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

El 6% de los ancianos con fractura osteoporótica del fémur proximal, están anticoagulados por una fibrilación auricular. El tratamiento anticoagulante ha demostrado disminuir la incidencia de embolia arterial y de ictus embólico en los pacientes con fibrilación auricular, sin embargo en pacientes con fractura de fémur aumenta la hemorragia asociada a la fractura y a su cirugía por lo que es necesario interrumpir temporalmente los anticoagulantes orales. A su vez se ha visto que la suspensión ambulatoria de la anticoagulación eleva el riesgo anual de embolia al 8% en los pacientes con fibrilación auricular (NE II). Además la fractura de cadera es altamente trombogénica, por lo que al suspender o revertir el tratamiento anticoagulante el riesgo de trombosis aumenta, por ello son pacientes de alto riesgo y de difícil manejo.

En el Hospital Miguel Servet entre los años 2004 y 2008 ingresaron 3145 ancianos con fractura osteoporótica del fémur proximal, de ellos estaban anticoagulados por fibrilación auricular el 6,2%. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes previamente anticoagulados y con fractura de cadera fue del 13,26% que es el doble de la presentada entre los pacientes no anticoagulados previamente a la fractura (6,35%); según datos que se pueden confirmar con las bases de datos en los archivos de historias clínicas del Hospital.

El primer paso para disminuir la morbimortalidad en los ancianos con fractura de cadera fue detectar los subgrupos con mayor morbimortalidad, entre los que destacan los pacientes previamente anticoagulados. El segundo paso fue consensuar protocolos que disminuyeran los eventos adversos en estos pacientes. En el año 2007 se consensuó un protocolo de manejo perioperatorio de antiagregantes y anticoagulantes en la fractura de cadera (Protocolo: Z2-042). La aplicación del protocolo de antiagregantes ha disminuido las complicaciones cardiovasculares a los 6 meses de la fractura a la mitad en los pacientes previamente antiagregados, y la aplicación del protocolo de anticoagulantes ha disminuido la estancia media preoperatoria en 1 día, entre los pacientes previamente anticoagulados. De acuerdo con las últimas evidencias científicas el protocolo de anticoagulantes fue revisado y modificado en Julio del 2009, y nuevamente el protocolo fue aprobado por el Hospital Miguel Servet.

La modificación de la práctica actual de manejo del paciente anticoagulado y con fractura de cadera, aplicando completamente el protocolo consensuado en el 2009, puede incidir de manera significativa en la evolución de estos pacientes, disminuyendo por un lado el sangrado y la transfusión y por otro la demora desde la caída y fractura hasta el tratamiento definitivo mediante cirugía:

- El sangrado asociado a la fractura de cadera, va a depender del tipo de fractura, de la hemostasia del paciente y del tipo de cirugía y anestesia. El sangrado perifractura varía entre 700 y 1500mL. La hemorragia tiene una “distribución trimodal”. El sangrado se produce desde la fractura hasta la cirugía, durante la cirugía y en el periodo postoperatorio inmediato. Los pacientes anticoagulados consumen una media de 1,66 concentrados de hematíes durante la hospitalización mientras que los pacientes no anticoagulados consumen de media 1,17 concentrados de hematíes. (Datos recogidos del seguimiento prospectivo de 3145 pacientes).
- Uno de los objetivos de la atención inicial en urgencias es reducir este sangrado y sus consecuencias, y esto sólo puede ocurrir si se entiende el manejo diferente de estos pacientes. Son pacientes ya anticoagulados y con una fractura que sangra. Se debe revertir la anticoagulación con vitamina K, cuando esté revertida poner la HBPM, e intervenir a los 3 días del ingreso hospitalario en lugar de a los 5 días que es lo que se está haciendo actualmente. En cualquier

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 280

1. TÍTULO

APLICACION DEL SUBPROCESO MANEJO OPTIMO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO QUE PRESENTA UNA FRACTURA DE CADERA

caso la diferente pauta desde la admisión en Urgencias puede ahorrar concentrados de hematíes y las consecuencias del sangrado y transfusión.
- Además es mandatario cumplir los intervalos de seguridad, en los que el paciente está libre de heparina y de anticoagulantes orales para poder realizar la anestesia y cirugía, sin tener una hemorragia incoercible o un hematoma espinal que conduciría a la paraplejia y a las consecuencias de la dependencia y demanda al Hospital.
- La disminución de la demora quirúrgica, puede disminuir la morbimortalidad y tendría consecuencias en el nº de camas disponibles y en el coste por proceso de fractura de cadera y paciente.

En España no se han desarrollado proyectos integrales de atención al paciente anticoagulado y con fractura de cadera. Aragón no dispone de un protocolo regional dirigido a mejorar la calidad asistencial a este tipo de pacientes, si bien, en la elaboración del proceso de fractura de cadera se ha realizado un protocolo de manejo de los anticoagulantes que se debe aplicar y su aplicación puede contribuir a unificar criterios entre los profesionales sanitarios que intervienen en el manejo integral del paciente anticoagulado y con fractura de cadera, y a dar forma a uno de los procesos más prevalentes en nuestra comunidad. Por otra parte, la aplicación del protocolo de manejo de la anticoagulación en los pacientes con fractura de cadera, por ser un grupo grande de pacientes, oferta rápidamente datos sobre las consecuencias del cambio de actuación en el paciente traumatizado que sangra que pueden ser exportadas a otros procesos del traumatizado, donde el manejo de la anticoagulación es una prioridad.

Como en otras patologías, la atención al paciente con fractura de cadera y anticoagulado debe estructurarse en torno al concepto de continuo asistencial. Para los profesionales, el manejo del anciano anticoagulado y con fractura de cadera supone un ejercicio de coordinación y priorización de acciones, encaminado a la reversión rápida de la anticoagulación, manejo de la terapia puente y planteamiento terapéutico definitivo, con la menor demora posible.

El _____26 de __Abril del 2004__ se creó un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs representantes de los servicios más directamente implicados en el H. Universitario Miguel Servet con el objeto de consensuar las medidas asistenciales, en la fractura osteoporótica de cadera del anciano. Esta iniciativa permitió que el Servicio de Anestesia consensuara con los diferentes servicios con los que interactúa un protocolo de actuación en los pacientes anticoagulados y antiagregados con fractura de cadera que se aprobó en el año 2007 y se ha renovado en el año 2009. Se solicita una financiación del proyecto de mejora en la calidad asistencial a estos pacientes, presentado para la convocatoria del 2010 del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

Este proyecto es continuación del que se viene desarrollando sin financiación Consideramos que es necesario continuar en esta línea de trabajo para finalizar la elaboración del documento, difundirlo entre los diferentes servicios implicados y terminar de ponerlo en funcionamiento. Los objetivos iniciales del mismo son:

- Minimizar la variabilidad en la asistencia al paciente previamente anticoagulado y con fractura de cadera
- Aumentar la seguridad clínica
- Establecer un plan coordinado de actuación entre los diferentes Servicios implicados, utilizando metodología de gestión por procesos
- Implantarlo en el Sector 2
- Analizar las consecuencias de su aplicación y exportarlo tras su publicación.

Bibliografía:
1- Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Fang MC, Go AS, Halperin JL, et al. Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrilation. ACCP (8th edition). Chest 2008; 133:540S-592S.
2- D. Ost, J. Tepper, H. Mihara, O. Lander, R. Heinzer, and A. Fein Duration of Anticoagulation Following Venous Thromboembolism: A Meta-analysis JAMA, 2005; 294: 706 - 715.
3- Meurin P, Tabet J Y, Weber H, Renaud N, Driss A B, Kearon C, Hirsh J. Low-Molecular-Weight Heparin as a Bridging Anticoagulant Early After Mechanical Heart Valve Replacement Circulation 2006;113:564-569
4- Douketis JD, Johnson JA, Turpe AG. Low-molecular-weight heparin as bridging anticoagulation during interruption of warfarin: assessment of a standardized

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 280

1. TÍTULO

APLICACION DEL SUBPROCESO MANEJO OPTIMO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO QUE PRESENTA UNA FRACTURA DE CADERA

periprocedural anticoagulation regimen. Arch Intern Med 2004; 164: 1319-1326
5- Agustí A, Tonos P, Tratamiento anticoagulante crónico durante el periodo perioperatorio. Med Clin 2005; 125: 353-355
6- LLau Pitarch JV et al. Guía clínica de fármacos inhibidores de la hemostasia y anestesia regional neuroaxial. Rev Esp Anestesiol Reanim 2005; 52: 413-42
7- Llau J. V. , De Andre J. Gomar C, Gómez-Luque A., Hidalgo F, Torres L. M. Anticlotting drugs and regional anaesthetic and analgesic techniques: comparative update of the safety recommendations European J Anaesth 2007; 24: 387–398
8- Geerts WH, Pineo GF, Heit JA et al. Prevention of venous thromboembolism: the sventh ACCP Conference on antithrombotic and antithrombolytic therapy. Chest 2004; 126: 338S-400S

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El trabajo realizado durante los años 2004-2009 ha establecido y mejorado canales de comunicación entre los servicios implicados, así como un mayor conocimiento del proceso que sigue el paciente desde su llegada a urgencias hasta la cirugía y alta hospitalaria posterior. Es preciso continuar en esta línea de trabajo haciendo partícipes al conjunto de los profesionales de cada uno de los servicios.

La aplicación del protocolo de manejo del paciente previamente anticoagulado y con fractura de cadera, va a permitir: disminuir la demora quirúrgica, disminuir el nº de transfusiones de concentrado de hematíes por paciente, establecer una pauta de actuación con menor variabilidad en la que los profesionales implicados sepan cuando programar al paciente considerando los riesgos y beneficios del tratamiento anticoagulante y de la terapia puente para poder ser intervenido con seguridad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reevaluación del protocolo (Responsables: Concepción Cassinello-Jose Félix Lucia)
2. Implantación del protocolo en cada uno de los Servicios implicados (Responsables: Concepción Cassinello, Antonio Lobo)
3. Evaluación y seguimiento del cambio de pauta asistencial (Responsable:Concepción Cassinello)
4. Publicación e internacionalización de los resultados (Responsable: Concepción Cassinello)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Demora quirúrgica
2. Mortalidad intrahospitalaria
3. Complicaciones trombóticas y hemorrágicas intrahospitalarias
4. Complicaciones trombóticas y hemorrágicas al mes de la fractura

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fin de Marzo 2010: protocolo consensuado y aprobado por el grupo e integrado en el proceso
- Fin de Mayo 2010: Realizada la difusión del protocolo y distribuidas las octavillas
- Diciembre 2010: “corte” para valorar nivel de implantación y resultados parciales del cambio de pauta asistencial

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Póster/Anestesia	360 €
· Difusión protocolo/Anestesia	180 €
· Revisión Análisis y publicación/Anestesia	1.500 €
· Sistema mecánico antitromboembolismo/Traumatología	2.000 €
Total	4.040 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 440

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS

2. RESPONSABLE ..... SERGIO CASTAN MATEO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YASMINA JOSÉ GUTIÉRREZ-FEA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-SECCIÓN PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA-FEA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-SECCIÓN PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
MÓNICA HERNANDEZ ARGÓN-FEA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-SECCIÓN PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
SUSANA TEJERO SANCHO-FEA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-SECCIÓN PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
LAURA RODRIGEZ LÁZARO-MIR-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-SECCIÓN PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
JESSICA MARQUES GALAN-MIR-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-SECCIÓN PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
FRANCISCO VILLALOBOS SALGUERO -MIR-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-SECCIÓN PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección de herida quirúrgica es la causa más importante de infección en el paciente intervenido y ocupa el segundo o tercer lugar como causa de estas infecciones en los pacientes hospitalizados.

La presencia de infección quirúrgica duplica la estancia hospitalaria e incrementa en un 20-30% los costes sanitarios.

El uso correcto de una profilaxis antibiótica disminuye de forma significativa el porcentaje de infección de la herida quirúrgica al prevenir la proliferación bacteriana, siendo esta reducción en algunos procedimientos mayor al 50%. La profilaxis antibiótica en cirugía no evita las infecciones no relacionadas al sitio quirúrgico, es un complemento de la apropiada preparación del paciente, la adecuada evaluación preoperatoria, la buena técnica quirúrgica, el quirófano seguro y los cuidados postoperatorios.

La profilaxis antibiótica se recomienda en cirugías con riesgo de infección mayor o igual al 5%, o en aquellas en que el riesgo es menor pero su presencia podría producir una elevada morbimortalidad.

El espectro de microorganismos a cubrir debe dirigirse a aquellos que son causa prevalente de infección del sitio quirúrgico, representados por la flora habitual del paciente. La actividad del antibiótico deberá mantenerse durante todo el tiempo quirúrgico, por ello se prefieren agentes de vida media prolongada y que no induzcan fácilmente resistencia bacteriana.

Debemos tener en cuenta la toxicidad del fármaco, las alergias de las pacientes y la interacción potencial con otras drogas. Los agentes seleccionados deben tener un coste económico razonable.

El momento óptimo de la administración del antibiótico es de 30 a 60 minutos antes de la incisión para lograr niveles inhibitorios del agente escogido en el periodo crítico en el

que se produce la contaminación microbiana de la herida. Deberá considerarse la administración de una dosis intraoperatoria cuando la cirugía tiene una duración prolongada (> 3 horas) o cuando ocurre una hemorragia severa (sangrado > 1 litro).

La infección de la pared abdominal se produce aproximadamente en el 5% de todos los partos realizados mediante cesárea. Los factores de riesgo más comúnmente reconocidos para la infección son:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 440

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS

-Cesárea urgente
-Corioamnionitis
-Obesidad
-Diabetes
-Malnutrición
-Enfermedades que ocasionan inmunodepresión
-Prolongación del tiempo quirúrgico
-Pérdida hemática excesiva
-Exámenes vaginales repetidos

La infección se produce por contaminación de la flora cutánea o por diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los organismos más comúnmente responsables son el Estafilococo aureus y los Estreptococos del grupo A. Más raramente bacilos como Clostridios, Bacteroides y Peptoestreptococcus, que causan celulitis de pared y pueden asociarse a crepitación subcutánea o secreciones malolientes

Bibiografía:

1.Horan TC, GAynes RP, MArtone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 1992; 13:606-8.
2.Page CP, Bohnen JM, Fletcher JR, McManus AT, Solomkin JS, Wittmann DH. Antimicrobial prophylaxis for surgical wounds. Guidelines for clinical care. Arch Surg. 1993;128:79-88
3.Cisneros J, Mensa J, Rodriguez Baño J, Trilla A, Cainzos M. Guías de Profilaxis con Antimicrobianos en Cirugía. Documentos del Grupo de Infección Hospitalaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2001; http://www.seimc.org/geih/.
4.Cainzos M, Lozano F, Dávila D, Alcaraz P, Apechea A, Balibrea JL, Bouza E y cols por la Asociación Española de Cirujanos. Protocolos recomendables de profilaxis antibiótica. Rev Cir Esp 1996; 59(1): 3-6.
5.Nichols RL. Surgical antibiotic prophylaxis. Med Clin North Am. 1995; 79:509-22.
6.Puerperio Normal y Patológico. Protocolo de la SEGO 2008; http://www.prosego.com

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Implemetar un protocolo asistencial de actuación, para la realización de la profilaxis antibiótica de la herida quirúrgica, en el procedimiento de la cesárea.
2-Realización correcta de la profilaxis de herida quirúrgica, en todas las gestantes que cumplan los criterios de inclusión, expuestos con anterioridad, a las que se les practique una cesárea en el Hospital Universitario Miguel Servet.
3-Planificar una estrategia multidisciplinar que incluya a los cirujanos, anestesistas, enfermeras de quirófano y auxiliares clínicas, implicados en el trato directo con las pacientes, en el momento de la intervención.
4-Disminuir la incidencia de infección de herida quirúrgica, mediante la instauración de un protocolo de fácil aplicación. (Efectividad)
5-Disminuir los tratamientos antibióticos innecesarios, prolongados, con sus posibles efectos adversos y coste económico asociado.(Mejorar la eficiencia)
6-Adecuar el consumo de recursos sanitarios, sin incrementar las tasas de infección de la herida quirúrgica. (Eficacia y eficiencia).
7-Mejora de la calidad asistencial de las pacientes que acuden a la Sección de urgencias de maternidad y paritorio

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 440

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS

Para disminuir la incidencia de infección de la herida quirúrgica, el Servicio de Obstetricia propone la instauración de una profilaxis antibiótica en los siguientes casos:(Dres. Castan, Rodriguez, Hernández, Tejero y José)
-Cesárea urgente
-Cesárea en pacientes con bolsa rota de duración superior a 12 horas
-Cesárea con fetos que han sido controlados mediante monitorización interna.
-Cesárea tras múltiples exámenes vaginales
-Cesárea en diabéticas
-Cesáreas en partos en inducciones prolongadas
-Cesáreas programadas

Para mejorar la profilaxis, se ha de realizar previa a la administración del antibiótico una limpieza de la zona quirúrgica mediante lavado con agua y jabón, seguido de la aplicación de un antiséptico cutáneo externo no yodado. (Auxiliares clínicas de quirófano- personal de enfermería de quirófano)

La profilaxis antibiótica se realizará con los siguientes fármacos:
(Dres. Castan, Rodriguez, Hernández, Tejero y José)

?Amoxicilina- Clavulámico: 2 gramos I.V, en dosis única.
-Idealmente se aplicará unos 30 minutos antes de la apertura de la piel
-Si no es posible ajustarse al tiempo refrido por la urgencia del cuadro, la aplicación del antibiótico se realizará lo más precoz posible, antes de incidir la piel.
-Si la cirugía dura > 3 horas o se produce una pérdida hemática superior a 1 litro, se deberá administrar una dosis adicional de 1 gramo I.V.

?En pacientes alérgicos la pauta administrada será:
-Gentamicina 80 mg + Clindamicina 900 mg: Dósis única
-Se realizará una dilución en 100cc de solución fisiológica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Nº de procedimientos quirúrgicos (cesáreas) con profilaxis antibiótica conforme a protocolo/Nº total de procedimientos quirúrgicos (cesáreas) evaluadas x100: % esperado >80%

2.Nº de pacientes a las que se practica una cesárea que presentan una infección de la herida quirúrgica/ Total de pacientes a las que se les practica una cesárea x100: % esperado < al 10%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Febrero 2010
Recogida de datos: mensual
Evaluación: trimestral/semestral
Autoevaluación definitiva: anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR PORTATIL PANTALLA 10 PULGADAS (2)	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 398

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE ACREDITACION SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN BIOQUIMICA GENERAL Y METALES Y AMPLIACION DE LOS NUEVOS ALCANCES EN INMUNOQUIMICA Y NEFELOMETRIA EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DENTRO DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE LOS LABORATORIOS CLINICOS DEL SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGEL GARCÍA DE JALÓN COMET - JEFE DE SERVICIO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
PEDRO VENTURA VENTURA - F.E.A. BIOQUÍMICA CLÍNICA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
Mª LUISA CALVO RUATA - F.E.A. BIOQUÍMICA CLÍNICA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
LUIS RELLO VARAS - F.E.A. BIOQUÍMICA CLÍNICA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
JOSE MANUEL GARCÉS LATASA - ADMINISTRATIVO JEFE DE GRUPO- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
CARMEN MARTÍN CASTILLO - ENFERMERA - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA - AREA PREANALÍTICA
MARISA VELA MARQUINA - COORDINADORA DE CALIDAD LABORATORIOS - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - U.C.A

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos, Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia está dirigida a la acreditación de los laboratorios clínicos y contempla tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, e incluye la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales.
La acreditación de los laboratorios clínicos según la norma UNE-EN ISO 15189 es un proceso largo que conlleva cambios relevantes en la sistemática de trabajo y una vez implantada ha de mantenerse en el tiempo y progresivamente ir ampliando a nuevos alcances. El objetivo de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 15189 es llevar a cabo de manera eficaz la gestión de la la actividad de un laboratorio clínico
El proceso de acreditación se inició en el año 2006 con el apoyo de una consultora y ha culminado la primera fase con la realización de la auditoría externa por parte de ENAC con resultado satisfactorio.
ENAC evalúa regularmente a las entidades acreditadas, comprobando que mantienen su competencia técnica mediante visitas de seguimiento y auditorías de reevaluación.
Por tanto nuestra oportunidad de mejora es por una parte el mantenimiento de la acreditación hasta ahora conseguida (Bioquímica General y Metales) y la ampliación a nuevos alcances, concretamente los bloques de Inmunoquímica y Nefelometría.
La Inmunoquímica incluye una parte importante de la cartera de servicios de Bioquímica clínica, entre ellos las hormonas de fertilidad, marcadores tumorales y marcadores cardíacos principalmente. Con esta ampliación se completaría toda la cartera de servicios que se realiza en la sección de Bioquímica General y Urgencias, totalmente automatizado y asegurando la trazabilidad en todo el proceso analítico.
La nefelometría es la técnica empleada en la medición de proteínas, grupo de parámetros importante de la cartera de servicios de Bioquímica clínica. Las proteínas están implicadas en el diagnóstico, control y seguimiento de una serie de patologías tales como enfermedades autoinmunes, reumáticas, gammapatía monoclonal, control de proteínas de fase aguda y estudio nutricional, entre otras

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ENAC ha otorgado la acreditación de los alcances de Bioquímica General y Metales, Acreditación nº 742/LE1584 con fecha de entrada en vigor 25/09/2009

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo final del proyecto para este año será conseguir la acreditación ENAC para los nuevos alcances de Inmunoquímica y Nefelometría

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades encaminadas al mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las fases pre-analítica y analítica, claves del laboratorio clínico.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 398

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE ACREDITACION SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN BIOQUIMICA GENERAL Y METALES Y AMPLIACION DE LOS NUEVOS ALCANCES EN INMUNOQUIMICA Y NEFELOMETRIA EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DENTRO DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE LOS LABORATORIOS CLINICOS DEL SALUD

Fase pre-analítica: Revisión y adaptación de los procedimientos de Preanalítica; Realización de auditorías en los centros periféricos; Formación del personal médico en el registro online de las solicitud de análisis. Responsable: Mª Angeles César, Jose Manuel Garcés, Carmen Martín

Fase analítica: Revisión de los procedimientos técnicos en vigor y elaboración de los procedimientos para los nuevos alcances; Validación de las técnicas analíticas de los nuevos alcances; Realización de controles externos para todos los parámetros del alcance de la acreditación; Formación del personal técnico en las nuevas metodologías. Responsables: Mª Angeles César, Pedro Ventura, Mª Luisa Calvo, Luis Rello.
Realización de auditorías internas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluarán las 3 fases analíticas mediante los siguientes criterios:
Fase pre-analítica
Criterio: Sesiones de formación para la petición online de solicitud de análisis
Indicador: Porcentaje de consultas externas con formación
Estándar: > 90% consultas externas del HUMS
Criterio: Realización de auditorías del proceso preanalítico a los centros de salud
Indicador: Número de informes de auditorías realizadas
Estándar: 2
Fase analítica
Criterio: Las actividades de control externo de las técnicas del alcance de la acreditación han de presentar resultados aceptables
Indicador: Porcentaje de resultados aceptables
Estándar: > 80%
Fase post-analítica
Criterio: Cumplimiento de los tiempos de respuesta pactados
Indicador: Tiempos de respuesta obtenidos mediante el S.I.L.
Estándar: Media tiempo de respuesta anual = tiempo pactado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades de la fase preanalítica y analítica: Febrero – Junio 2010
Auditorías internas de seguimiento: Abril 2010
Auditorías internas de nuevos alcances: Junio 2010
Auditoría externa ENAC: Septiembre – Octubre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portatil	450 €
· Material de oficina	300 €
· Inscripción a congreso	250 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 138

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR EN ESCOLARES DEL SECTOR

2. RESPONSABLE ..... LUIS MANUEL CLARACO VEGA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SILVIA ALCALDE LÓPEZ-MÉDICO DE FAMILIA-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ZARAGOZA
PILAR CUADRA GIMÉNEZ-MÉDICO DE FAMILIA-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- ZARAGOZA
ANTONIO MONREAL HIJAR-MÉDICO DE FAMILIA-COORDINADOR UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA- SECTOR II
Mª PILAR OLIETE BLANCO-MÉDICO DE FAMILIA-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- ZARAGOZA
FRANCISCO JOSÉ PABLO CEREZUELA-MÉDICO DE FAMILIA-TÉCNICO DE SALUD-UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA-SECTOR II
PEDRO PARRILLA HERRANZ-MÉDICO DE FAMILIA-JEFE SECCIÓN UNIDAD DE URGENCIAS-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ZARAGOZA
PEDRO SORRIBAS RUBIO-MÉDICO DE FAMILIA-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Diferentes trabajos han demostrado que las medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP) son tanto más eficaces cuanto más precozmente se realicen. También se ha evidenciado que estas maniobras además de hacerse de manera precoz deben garantizarnos buena calidad para que sean eficaces.

Por otra parte, uno de los objetivos estratégicos del Sector, es desarrollar la línea estratégica 7: “Impacto en la sociedad”, promoviendo el impacto docente y científico impulsando la difusión de los nuevos conocimientos y proyectos de docencia e investigación en la comunidad.

Intentando consolidar un objetivo común de las dos oportunidades de mejora arriba planteadas, y trabajando desde una perspectiva docente, nos proponemos conseguir implementar una política de aprendizaje de las maniobras de soporte vital básico, según las recomendaciones internacionales de la American Heart Association, en los alumnos de primero de bachiller, de una muestra de centros educativos de nuestro sector

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En los últimos años se viene desarrollando por parte de profesionales del Servicio de Urgencias y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, como parte de su programa formativo dentro de las actividades comunitarias de educación para la salud, intervenciones puntuales en centros educativos, sobre la población implicada, teniendo experiencias muy satisfactorias tanto desde el punto de vista del docente como del discente. Se exponen a continuación algunos datos obtenidos en un estudio descriptivo, transversal sobre una muestra de 185 alumnos, mediante un cuestionario de 11 preguntas, nos aporta los siguientes datos: El 43.2% de los alumnos son capaces de reconocer emergencias potencialmente fatales (ataque cardíaco); este porcentaje es similar a la hora de solicitar ayuda en primer lugar (avisar 061). En el caso de niños y lactantes únicamente el 15.1% inicia de manera correcta la activación de la cadena de supervivencia. Sólo el 38,9% son capaces de reconocer si el paciente está consciente o inconsciente. Sin embargo, el 76,8% valoran correctamente si el paciente respira. El 47,6% proporcionan respiraciones de rescate. En adultos un 41.1% localiza de forma adecuada el punto de las compresiones torácicas, siendo menor el porcentaje de alumnos que dan una relación correcta compresiones – ventilaciones (30,8%).
Un 84,3% son capaces de resolver un problema de obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) en un adulto, mientras que el 10.3% lo resuelven correctamente en el lactante.
El análisis de esta muestra nos pone en evidencia, claras oportunidades de mejora en aspectos básicos de la atención de urgencias: reconocer la emergencia y solicitar ayuda al servicio de emergencias médicas, aprendizaje integrado de las maniobras de reanimación básica y resolución de una obstrucción de la vía aérea.
Por otra parte, y hasta este momento, las actividades desarrolladas en este sentido obedecen a iniciativas aisladas, que difícilmente tienen continuidad, no obstante en algunas ocasiones se ha conseguido cierta repercusión mediática en los medios de comunicación tanto escritos como en televisión

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En un primer paso esperamos establecer los centros escolares que pertenecen a nuestro sector, ya que la delimitación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 138

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR EN ESCOLARES DEL SECTOR

sectorial sanitaria no se corresponde con la sectorización educativa. Con ello obtendremos un mapa de centros escolares, en cada centro realizaremos un estudio del número de clases de primero de bachiller y fijaremos como objetivo la realización de 5 cursos anuales, a poder ser en diferentes centros escolares, con esta intervención y con los resultados obtenidos en la muestra de nuestro estudio no nos cabe ninguna duda de que al final del curso el estudiante adquirirá una serie de conocimientos teóricos (describir los eslabones de la Cadena de Supervivencia y los pasos de la reanimación cardiopulmonar de adultos y niños), y habilidades prácticas (respiración artificial mediante ventilación boca-boca, reanimación cardiopulmonar y liberación de la OVACE en la víctima consciente).

Por otra parte, y para cumplir nuestro otro objetivo, mejorar el impacto en la comunidad de nuestro Sector Sanitario, cada una de estas actividades serán publicitadas en los medios de difusión del centro educativo (revistas escolares, páginas web)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El calendario de actividades, se ajustará al calendario escolar, para no coincidir con el calendario vacacional o de exámenes.

1) En la primera etapa, a desarrollar desde marzo hasta septiembre de 2010 se definirá:
1. Número de centros educativos dentro del área de influencia de nuestro sector.
2. Número de clases de primero de bachiller en cada uno de los centros educativos.
3. Selección de las clases sobre las que se darán los cursos de acuerdo al siguiente cronograma:
i) Reunión con la Dirección del Centro y Tutores de los alumnos. Supone la primera toma de contacto con el colegio. En esta primera reunión se explica la necesidad de formar a los alumnos Reanimación Cardiopulmonar, detallando principalmente los objetivos y la metodología del curso. Se presentan también en esta reunión los resultados obtenidos en otros colegios y con material iconográfico – fotografía y vídeo –, se seleccionan los espacios más adecuados para la realización del curso.
ii) En esta reunión se fijarán las fechas de realización del curso, y el cronograma del mismo.
iii) Se explicará tanto al Director del Centro, como a los tutores, que nuestro objetivo es también promover el impacto docente y científico del Sector, por lo que solicitaremos la inclusión de la actividad en sus medios de difusión habituales.

2) Segunda etapa, a desarrollar durante los meses de septiembre – noviembre de 2010 y febrero – mayo de 2011. En las fechas concretadas en la entrevista anterior, se realiza una reunión ya con los alumnos, con varios objetivos:
1. Hacer una presentación a los alumnos, de unos 15 minutos aproximadamente, pretendiendo captar su interés al tema que vamos a tratar, y obtener así la mayor predisposición para la preparación previa del curso.
2. Seguidamente a la presentación se realiza un cuestionario de once preguntas, tipo test, con la finalidad de recabar información sobre los conocimientos previos de los alumnos, y tener una base previa para evaluar la efectividad del curso.
3. Entrega del libro "Salvacorazones RCP en las escuelas". Al finalizar el test, y para que los alumnos preparen con antelación el curso, se entrega el libro recomendado por la American Heart Association para este curso, ilustrado con las situaciones y maniobras que deben aprender.
4. Celebración del curso. 15 – 20 días después de la reunión con los alumnos. El curso está organizado en bloques de 40 minutos, para poder integrarlo fácilmente al cronograma característico de las clases. La duración del curso es, en promedio, de 4 a 6 horas, y depende del contenido incluido y de las relaciones estudiante – maniquí y estudiante – instructor. Si estas relaciones son bajas, el curso se puede completar en un período más breve, porque los participantes se abocan el máximo tiempo posible a la práctica supervisada de maniobras. A fin de lograr que el curso sea breve, se selecciona cuidadosamente el contenido para que esté centrado en la información esencial y la práctica de maniobras. A la finalización del curso se pasa una encuesta de satisfacción del alumno.
Materiales de apoyo para el curso
El curso ha sido desarrollado y probado de forma "piloto" sobre la base del principio de que, a través de la práctica repetitiva, el estudiante puede aprender a practicar maniobras por acto reflejo. Para ayudar a que los participantes logren este dominio de las maniobras se utilizan diversas técnicas de entrenamiento.
En primer lugar, los vídeos mirar – después – practicar presentan el material de manera concisa para garantizar que el contenido educacional y de entrenamiento sea uniforme en los distintos cursos. Uno de los vídeos se utiliza para enseñar el módulo de RCP en el adulto y el otro, para enseñar el módulo de niños. Estos vídeos aportan la siguiente información:
1. Repaso general de la Cadena de Supervivencia.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 138

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR EN ESCOLARES DEL SECTOR

2. Presentación de los signos de alarma de ataque cardiaco, paro cardiaco, accidente cerebrovascular y asfixia, con hincapié en el rol CRUCIAL que desempeña el estudiante (= reanimador).
3. Métodos para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y de las lesiones fatales más comunes en niños.
4. Demostraciones concisas de maniobras seguidas de tiempo de práctica.

El segundo elemento del curso, destinado a apoyar al instructor y a garantizar la adquisición efectiva y eficiente de aptitudes por parte del participante, es una relación estudiante – maniquí baja (3 – 5 estudiantes para 1 maniquí); con ello se asegura el máximo tiempo de práctica.
FUNCIONES DEL INSTRUCTOR
El instructor es el elemento clave del curso. Trabajamos con instructores a dos niveles, especialistas en medicina familiar y comunitaria, con actividad asistencial como médicos de urgencia hospitalaria, y acreditados como instructores por la American Heart Association, encargados de formar y supervisar la labor desarrollada por el médicos residentes de medicina familiar y comunitaria durante cada uno de los cursos realizados en los colegios, en donde su misión fundamental pasa por supervisar y entrenar a los estudiantes durante las sesiones de práctica, complementando así, la información adquirida en el vídeo. Se brinda así, orientación respecto al manual del curso (texto – apuntes), reforzando los puntos fundamentales y corrigiendo las acciones de los estudiantes durante el tiempo empleado para la práctica (RCP-maniquí)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de planificación:
1. Etapa de planificación inicial: Realización del trabajo de campo para enmarcar los centros educativos dentro de nuestro sector sanitario. Grado de cumplimiento: 100%.
2. Número de cursos realizados / número de cursos planificados: Grado de cumplimiento: 100%.

Indicadores de evaluación de resultados:
3. Alumnos que activan correctamente el número de emergencias médicas. Indicador: Nº de alumnos que activan correctamente el número de emergencias médicas a la finalización del curso / Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 80%.
4. Alumnos capaces de reconocer una emergencia potencialmente letal. Indicador: Nº de alumnos que son capaces de reconocer una emergencia potencialmente letal a la finalización del curso /Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 80%.
5. Alumnos que realizan la secuencia correcta de RCP tras detectar que el paciente está inconsciente. Indicador: Nº de alumnos que realizan la secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está inconsciente a la finalización del curso /Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 80%.
6. Localización correcta del lugar de masaje. Indicador: Nº de alumnos que localizan correctamente el lugar del masaje cardíaco tras la realización del curso / Nº total de alumos. Grado de cumplimiento: 80%.
7. Relación adecuada compresiones ventilaciones. Indicador: Nº de alumnos que saben cual es la relación de ventilaciones y compresiones, a la finalización del curso / Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 90%.
8. Resolución de una situación de obstrucción de la vía aérea: Nº de alumnos que resuelven adecuadamente una situación de obstrucción de la vía aérea a la finalización del curso / Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 85%.

Evaluación de la calidad percibida del programa.
1. Cada actividad es evaluada de manera individual, mediante un cuestionario de evaluación, que cubre aspectos organizativos, de idoneidad y de satisfacción.

Evaluación del impacto.
2. Se recogerá en documentación gráfica las publicaciones tanto escritas como en soporte informático de cada una de las acciones formativas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMERA ETAPA: Marzo de 2010 hasta septiembre de 2010.
Esta etapa tiene los condicionantes del calendario escolar, que en mayo comienzan los exámenes y posteriormente el periodo vacacional.
Actividades a realizar:
1. Comprende la realización del mapa de los colegios ubicados dentro de nuestro Sector Sanitario. Estableceremos contactos con los Directores de los colegios,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 138

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR EN ESCOLARES DEL SECTOR

para presentar la actividad, solicitándoles información sobre el número de alumnos de primero de bachiller para posteriormente realizar un muestreo y seleccionar los 5 colegios en donde se impartirán las acciones formativas.
2. Seleccionados los colegios se establecerán contactos mediante entrevistas personales, para concretar las fechas de las acciones formativas a realizar en la segunda etapa.

SEGUNDA ETAPA.
A desarrollar durante los meses de septiembre de 2010 a mayo de 2011.
Actividades a realizar:
1. Se realizarán cada uno de los cursos, según la metodología arriba indicada, en los colegios.
2. Evaluación, seguimiento del programa y realización de la memoria anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1.	50 manuales de soporte vital básico para el alumno	442 €
· 2.	Maniki Face Shields. Mascarillas de protección individual	94 €
	Total	536 €

11. OBSERVACIONES. El manual del alumno no sería imprescindible, pues el grupo de trabajo dispone de encartes en donde se abordan los aspectos básicos del Soporte Vital básico

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 140

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A LOS ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR

2. RESPONSABLE ..... LUIS MANUEL CLARACO VEGA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SILVIA ALCALDE LÓPEZ. MÉDICO DE FAMILIA. Sº DE URGENCIAS. H.U. MIGUEL SERVET
PILAR CUADRA GIMÉNEZ. MÉDICO DE FAMILIA. Sº DE URGENCIAS. H.U. MIGUEL SERVET
ANTONIO MONREAL HIJAR. MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SECTOR II
Mª PILAR OLIETE BLANCO. MÉDICO DE FAMILIA. Sº URGENCIAS. H.U. MIGUEL SERVET
FRANCISCO JOSÉ PABLO CEREZUELA. MÉDICO DE FAMILIA. TÉCNICO DE SALUD. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SECTOR 2
PEDRO PARRILLA HERRANZ. MÉDICO DE FAMILIA. JEFE DE SECCIÓN. Sº URGENCIAS. H.U. MIGUEL SERVET
PEDRO SORRIBAS RUBIO. MÉDICO DE FAMILIA. Sº DE URGENCIAS. H.U. MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Diferentes trabajos han demostrado que las medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP) son tanto más eficaces cuanto más precozmente se realicen. También se ha evidenciado que estas maniobras además de hacerse de manera precoz deben garantizarnos buena calidad para que sean eficaces.

Por otra parte, uno de los objetivos estratégicos del Sector, es desarrollar la línea estratégica 7: “Impacto en la sociedad”, promoviendo el impacto docente y científico impulsando la difusión de los nuevos conocimientos y proyectos de docencia e investigación en la comunidad.

Intentando consolidar un objetivo común de las dos oportunidades de mejora arriba planteadas, y trabajando desde una perspectiva docente, nos proponemos conseguir implementar una política de aprendizaje de las maniobras de soporte vital básico, según las recomendaciones internacionales de la American Heart Association, en los alumnos de primero de bachiller, de una muestra de centros educativos de nuestro sector

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En los últimos años se viene desarrollando por parte de profesionales del Servicio de Urgencias y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, como parte de su programa formativo dentro de las actividades comunitarias de educación para la salud, intervenciones puntuales en centros educativos, sobre la población implicada, teniendo experiencias muy satisfactorias tanto desde el punto de vista del docente como del discente. Se exponen a continuación algunos datos obtenidos en un estudio descriptivo, transversal sobre una muestra de 185 alumnos, mediante un cuestionario de 11 preguntas, nos aporta los siguientes datos: El 43.2% de los alumnos son capaces de reconocer emergencias potencialmente fatales (ataque cardíaco); este porcentaje es similar a la hora de solicitar ayuda en primer lugar (avisar 061). En el caso de niños y lactantes únicamente el 15.1% inicia de manera correcta la activación de la cadena de supervivencia. Sólo el 38,9% son capaces de reconocer si el paciente está consciente o inconsciente. Sin embargo, el 76,8% valoran correctamente si el paciente respira. El 47,6% proporcionan respiraciones de rescate. En adultos un 41.1% localiza de forma adecuada el punto de las compresiones torácicas, siendo menor el porcentaje de alumnos que dan una relación correcta compresiones – ventilaciones (30,8%).
Un 84,3% son capaces de resolver un problema de obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) en un adulto, mientras que el 10.3% lo resuelven correctamente en el lactante.
El análisis de esta muestra nos pone en evidencia, claras oportunidades de mejora en aspectos básicos de la atención de urgencias: reconocer la emergencia y solicitar ayuda al servicio de emergencias médicas, aprendizaje integrado de las maniobras de reanimación básica y resolución de una obstrucción de la vía aérea.
Por otra parte, y hasta este momento, las actividades desarrolladas en este sentido obedecen a iniciativas aisladas, que difícilmente tienen continuidad, no obstante en algunas ocasiones se ha conseguido cierta repercusión mediática en los medios de comunicación tanto escritos como en televisión

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En un primer paso esperamos establecer los centros escolares que pertenecen a nuestro sector, ya que la delimitación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 140

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A LOS ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR

sectorial sanitaria no se corresponde con la sectorización educativa. Con ello obtendremos un mapa de centros escolares, en cada centro realizaremos un estudio del número de clases de primero de bachiller y fijaremos como objetivo la realización de 5 cursos anuales, a poder ser en diferentes centros escolares, con esta intervención y con los resultados obtenidos en la muestra de nuestro estudio no nos cabe ninguna duda de que al final del curso el estudiante adquirirá una serie de conocimientos teóricos (describir los eslabones de la Cadena de Supervivencia y los pasos de la reanimación cardiopulmonar de adultos y niños), y habilidades prácticas (respiración artificial mediante ventilación boca-boca, reanimación cardiopulmonar y liberación de la OVACE en la víctima consciente).

Por otra parte, y para cumplir nuestro otro objetivo, mejorar el impacto en la comunidad de nuestro Sector Sanitario, cada una de estas actividades serán publicitadas en los medios de difusión del centro educativo (revistas escolares, páginas web …)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El calendario de actividades, se ajustará al calendario escolar, para no coincidir con el calendario vacacional o de exámenes.

1) En la primera etapa, a desarrollar desde marzo hasta septiembre de 2010 se definirá:
1. Número de centros educativos dentro del área de influencia de nuestro sector.
2. Número de clases de primero de bachiller en cada uno de los centros educativos.
3. Selección de las clases sobre las que se darán los cursos de acuerdo al siguiente cronograma:
i) Reunión con la Dirección del Centro y Tutores de los alumnos. Supone la primera toma de contacto con el colegio. En esta primera reunión se explica la necesidad de formar a los alumnos Reanimación Cardiopulmonar, detallando principalmente los objetivos y la metodología del curso. Se presentan también en esta reunión los resultados obtenidos en otros colegios y con material iconográfico – fotografía y vídeo –, se seleccionan los espacios más adecuados para la realización del curso.
ii) En esta reunión se fijarán las fechas de realización del curso, y el cronograma del mismo.
iii) Se explicará tanto al Director del Centro, como a los tutores, que nuestro objetivo es también promover el impacto docente y científico del Sector, por lo que solicitaremos la inclusión de la actividad en sus medios de difusión habituales.

2) Segunda etapa, a desarrollar durante los meses de septiembre – noviembre de 2010 y febrero – mayo de 2011. En las fechas concretadas en la entrevista anterior, se realiza una reunión ya con los alumnos, con varios objetivos:
1. Hacer una presentación a los alumnos, de unos 15 minutos aproximadamente, pretendiendo captar su interés al tema que vamos a tratar, y obtener así la mayor predisposición para la preparación previa del curso.
2. Seguidamente a la presentación se realiza un cuestionario de once preguntas, tipo test, con la finalidad de recabar información sobre los conocimientos previos de los alumnos, y tener una base previa para evaluar la efectividad del curso.
3. Entrega del libro "Salvacorazones RCP en las escuelas". Al finalizar el test, y para que los alumnos preparen con antelación el curso, se entrega el libro recomendado por la American Heart Association para este curso, ilustrado con las situaciones y maniobras que deben aprender.
4. Celebración del curso. 15 – 20 días después de la reunión con los alumnos. El curso está organizado en bloques de 40 minutos, para poder integrarlo fácilmente al cronograma característico de las clases. La duración del curso es, en promedio, de 4 a 6 horas, y depende del contenido incluido y de las relaciones estudiante – maniquí y estudiante – instructor. Si estas relaciones son bajas, el curso se puede completar en un período más breve, porque los participantes se abocan el máximo tiempo posible a la práctica supervisada de maniobras. A fin de lograr que el curso sea breve, se selecciona cuidadosamente el contenido para que esté centrado en la información esencial y la práctica de maniobras. A la finalización del curso se pasa una encuesta de satisfacción del alumno.

Materiales de apoyo para el curso

El curso ha sido desarrollado y probado de forma "piloto" sobre la base del principio de que, a través de la práctica repetitiva, el estudiante puede aprender a practicar maniobras por acto reflejo. Para ayudar a que los participantes logren este dominio de las maniobras se utilizan diversas técnicas de entrenamiento.

En primer lugar, los vídeos mirar – después – practicar presentan el material de manera concisa para garantizar que el contenido educacional y de entrenamiento sea uniforme en los distintos cursos. Uno de los vídeos se utiliza para enseñar el módulo de RCP en el adulto y el otro, para enseñar el módulo de niños. Estos vídeos aportan la siguiente información:
1. Repaso general de la Cadena de Supervivencia.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 140

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A LOS ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR

2. Presentación de los signos de alarma de ataque cardiaco, paro cardiaco, accidente cerebrovascular y asfixia, con hincapié en el rol CRUCIAL que desempeña el estudiante (= reanimador).
3. Métodos para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y de las lesiones fatales más comunes en niños.
4. Demostraciones concisas de maniobras seguidas de tiempo de práctica.

El segundo elemento del curso, destinado a apoyar al instructor y a garantizar la adquisición efectiva y eficiente de aptitudes por parte del participante, es una relación estudiante – maniquí baja (3 – 5 estudiantes para 1 maniquí); con ello se asegura el máximo tiempo de práctica.
FUNCIONES DEL INSTRUCTOR
El instructor es el elemento clave del curso. Trabajamos con instructores a dos niveles, especialistas en medicina familiar y comunitaria, con actividad asistencial como médicos de urgencia hospitalaria, y acreditados como instructores por la American Heart Association, encargados de formar y supervisar la labor desarrollada por el médicos residentes de medicina familiar y comunitaria durante cada uno de los cursos realizados en los colegios, en donde su misión fundamental pasa por supervisar y entrenar a los estudiantes durante las sesiones de práctica, complementando así, la información adquirida en el vídeo. Se brinda así, orientación respecto al manual del curso (texto – apuntes), reforzando los puntos fundamentales y corrigiendo las acciones de los estudiantes durante el tiempo empleado para la práctica (RCP-maniquí)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de planificación:
1. Etapa de planificación inicial: Realización del trabajo de campo para enmarcar los centros educativos dentro de nuestro sector sanitario. Grado de cumplimiento: 100%.
2. Número de cursos realizados / número de cursos planificados: Grado de cumplimiento: 100%.

Indicadores de evaluación de resultados:
3. Alumnos que activan correctamente el número de emergencias médicas. Indicador: Nº de alumnos que activan correctamente el número de emergencias médicas a la finalización del curso / Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 80%.
4. Alumnos capaces de reconocer una emergencia potencialmente letal. Indicador: Nº de alumnos que son capaces de reconocer una emergencia potencialmente letal a la finalización del curso /Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 80%.
5. Alumnos que realizan la secuencia correcta de RCP tras detectar que el paciente está inconsciente. Indicador: Nº de alumnos que realizan la secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está inconsciente a la finalización del curso /Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 80%.
6. Localización correcta del lugar de masaje. Indicador: Nº de alumnos que localizan correctamente el lugar del masaje cardíaco tras la realización del curso / Nº total de alumos. Grado de cumplimiento: 80%.
7. Relación adecuada compresiones ventilaciones. Indicador: Nº de alumnos que saben cual es la relación de ventilaciones y compresiones, a la finalización del curso / Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 90%.
8. Resolución de una situación de obstrucción de la vía aérea: Nº de alumnos que resuelven adecuadamente una situación de obstrucción de la vía aérea a la finalización del curso / Nº total de alumnos. Grado de cumplimiento: 85%.

Evaluación de la calidad percibida del programa.
1. Cada actividad es evaluada de manera individual, mediante un cuestionario de evaluación, que cubre aspectos organizativos, de idoneidad y de satisfacción.

Evaluación del impacto.
2. Se recogerá en documentación gráfica las publicaciones tanto escritas como en soporte informático de cada una de las acciones formativas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMERA ETAPA: Marzo de 2010 hasta septiembre de 2010.
Esta etapa tiene los condicionantes del calendario escolar, que en mayo comienzan los exámenes y posteriormente el periodo vacacional.
Actividades a realizar:
1. Comprende la realización del mapa de los colegios ubicados dentro de nuestro Sector Sanitario. Estableceremos contactos con los Directores de los colegios,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 140

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO A LOS ESCOLARES DE NUESTRO SECTOR

para presentar la actividad, solicitándoles información sobre el número de alumnos de primero de bachiller para posteriormente realizar un muestreo y seleccionar los 5 colegios en donde se impartirán las acciones formativas.
2. Seleccionados los colegios se establecerán contactos mediante entrevistas personales, para concretar las fechas de las acciones formativas a realizar en la segunda etapa.

SEGUNDA ETAPA.
A desarrollar durante los meses de septiembre de 2010 a mayo de 2011.
Actividades a realizar:
1. Se realizarán cada uno de los cursos, según la metodología arriba indicada, en los colegios.
2. Evaluación, seguimiento del programa y realización de la memoria anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1. 50 manuales de soporte vital básico para el alumno	442 €
· 2. Maniki Face Shields. Mascarillas de protección ... (1)	95 €
Total	537 €

11. OBSERVACIONES. El manual del alumno no sería imprescindible, pues el grupo de trabajo dispone de encartes en donde se abordan los aspectos básicos del Soporte Vital básico.

(1) Maniki Face Shields. Mascarillas de protección individual para la práctica de ventilación boca-boca

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 490

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA DEL ANCIANO ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

2. RESPONSABLE ..... JORGE CUENCA ESPIERREZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ERCE-MEDICO-HUMS-HEMATOLOGIA
MARTINEZ MARTIN-MEDICO-HUMS-CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
HERRERA RODRIGUEZ-MEDICO-HUMS-CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
PEGUERO BONA-MEDICO-HUMS-CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
IZUEL RAMI-FARMACEUTICA-HUMS-FARMACIA HOSPITALARIA
MAEO AGUDO-MEDICO-HUMS-CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto se plantea como un estudio observacional retrospectivo del tratamiento farmacológico de la anemia perioperatoria de los pacientes ancianos afectos de fractura osteoporótica de cadera remitidos entre 2006 y 2007. El objetivo es analizar la eficacia y seguridad de los protocolos aplicados en la administración de hierro endovenoso (FEEV) (hierro carboximaltosa), vitamina B12, ácido fólico y agentes estimulantes de la eritropoyesis (EPO) (epoetina alfa)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ANTECEDENTES

Los cambios fisiológicos del envejecimiento junto con una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades, muchas de ellas de carácter crónico, favorecen las situaciones de fragilidad en los ancianos y ésta es la responsable de su dependencia. La osteoporosis es una de las enfermedades que más aumentan su prevalencia. La complicación más grave de la osteoporosis, es la fractura de cadera de fémur proximal, con una incidencia en España entre 130-200 casos por cada 100.000 habitantes año. Entre las consecuencias más relevantes es su elevado coste económico de su tratamiento inmediato, elevada mortalidad (10% durante ingreso, y 30% al año) y su dependencia resultante. En nuestro hospital en el año 2007 se atendieron más de 750 pacientes (unos 65/mes) con un índice de mortalidad del 10% intrahospitalaria. Además, la prevalencia de anemia en estos pacientes sometidos a cirugía varía entre un 25-75% según su definición o co-morbilidad, el nivel de hemoglobina (Hb) es el factor de riesgo independiente más importante para recibir una transfusión sanguínea alogénica (TSA), y tres, la administración de TSA (entre el 40-85% pacientes) se asocia con un efecto-dosis con un mayor riesgo de infección nosocomial, mortalidad y reingreso (1-2).

Antecedentes del grupo:

En 2003, realizamos un primer estudio preliminar estudiando la seguridad y posible utilidad de la administración de hierro sucrosa endovenosa en pacientes afectos de fractura de cadera. Tratamos una pequeña serie (n: 23) con 100 mg de Venofer® y comparamos con una serie histórica (n: 104) encontramos una menor tasa de TSA (39,1% vs. 56,7%) y menor tasa de infección postoperatoria (20,3% vs. 35,4%) (p = 0,04) sin la aparición de efectos secundarios (3).

Luego examinamos el efecto de la administración preoperatoria de 200 mg de FEEV (ó 300 mg si nivel de Hb al ingreso inferior a 120 g/L) sobre el consumo de TSA y la morbi-mortalidad postoperatoria en una serie de 56 pacientes con fractura pertrocantérea de cadera respecto a un grupo control (102 pacientes). Se redujo el porcentaje de pacientes transfundidos (34% vs. 57%) y la incidencia de la infección postoperatoria, con una tendencia a una menor mortalidad a 30 días (4).

Resultados similares se observó en pacientes afectos de fractura subcapital desplazada (5): con una menor tasa de TSA (15% vs. 36,8%), con menor volumen (0,26 vs 0,77 unidades por paciente), menor tasa de mortalidad a 30 días (0% vs 19,3%), menor estancia hospitalaria postcirugía (11,9 vs. 14,1 días), y menor tasa de infección postoperatoria (15% vs 33%).

A continuación, se valoró administrar una mayor cantidad de FEEV junto al tratamiento adicional con EPO en pacientes anémicos (6). En un estudio observacional prospectivo de cohortes paralelas de 124 pacientes se comparó la efectividad de la administración de 600 mg de FEEV (200 mg/48 h), más 40.000 UI de EPO si la Hb al ingreso era menor de 13 g/dL, y la implantación de un protocolo restrictivo de transfusión (umbral de transfusión Hb <8 g/dL y/o signos y síntomas de anemia aguda) (Grupo 2, n = 83) frente al manejo estándar de los pacientes (Grupo 1, n = 41). La aplicación de esta estrategia redujo la incidencia de TSA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 490

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA DEL ANCIANO ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

(69,2% vs. 25,3%, para grupos 1 y 2, respectivamente; p<0,001), de infección postoperatoria (31,4% vs. 12,5%, respectivamente; p = 0,016) e indujo una tendencia a una menor mortalidad a 30 días (15% vs. 7,3%, respectivamente; p = 0,181).
Se realizó un estudio retrospectivo de todas las fracturas de cadera intervenidas durante 7 meses en nuestro centro hospitalario (n: 326) comparando el tratamiento de la anemia administrados (nada ó hierro oral, FEEV a bajas dosis e FEEV ± EPO) (7). En este trabajo no encontramos beneficio alguno del tratamiento con hierro oral y una significativa reducción de la TSA en el grupo tratado con mayor dosis de FEEV junto EPO (36,5% vs. 52-67,6%, p = 0,002) y una reducción de la infección postoperatoria. (Izuel 2006). Además, se hizo un estudio de impacto económico dónde se demostró el beneficio económico del protocolo propuesto (8). Finalmente, en un estudio prospectivo observamos que el déficit de hierro y la TSA se asocia con una mayor incidencia de infección postoperatoria, y el tratamiento con FEEV no implica un mayor riesgo (9).
Recientemente, el Documento “Sevilla” sobre el Consenso sobre Alternativas a la Transfusión Sanguínea ha recomendado con un grado de evidencia con nivel A la administración de AEEs y nivel B la eficacia de la DPSA y de la administración de FEEV en la reducción de la TSA (10). Finalmente, un reciente Documento basado en la evidencia auspiciado por la NATA y publicado en el BJA “sugieren la administración de FEEV en pacientes sometidos a cirugía ortopédica con elevado sangrado y gran riesgo de desarrollo de anemia postoperatoria” (11).
Aparentemente se puede concluir que la administración perioperatoria de FEEV solo o en combinación con EPO en los pacientes sometidos a cirugía para reparación de fractura de cadera reduce la TSA y la tasa de infecciones postoperatorias. Son necesarios estudios de coste-efectividad más amplios para identificar la dosis mínima de FEEV y EPO necesaria para cada paciente

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. HIPÓTESIS
- La administración de FEEV más EPO mejora la situación funcional del anciano al alta del proceso.
- La administración de FEEV más EPO reduce la necesidad de TSA.
- La administración de FEEV más EPO reduce las complicaciones médicas postoperatorias.
- La administración de FEEV más EPO mejora los resultados reduciendo costes sanitarios.

4. OBJETIVOS
Objetivo general: Analizar el cumplimiento, efectividad y seguridad de la utilización del protocolo vigente basado en FEEV y EPO en pacientes ancianos afectos de fractura osteoporótica de cadera.
Objetivos específicos:
- Analizar la incidencia de la anemia y déficit hematínicos de los pacientes afectos de fractura de cadera.
- Analizar el consumo de FEEV y EPO en pacientes ancianos afectos de fractura de cadera.
- Analizar el consumo de bifosfonatos
- Analizar la incidencia y volumen de TSA en pacientes ancianos afectos de fractura de cadera.
- Comparar la efectividad de la administración de FEEV más EPO con los resultados de la bibliografía y estimar el ahorro en fármacos y hemoderivados conseguidos con el cumplimiento del protocolo en vigor

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño. Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de fractura de cadera osteoporótica de cadera durante los años 2003 al 2007.
Ámbito del estudio. Hospital Universitario Miguel Servet.
Sujetos de Estudio. Pacientes ancianos intervenidos de fractura de cadera osteoporótica de cadera.
Fuente de información: Los datos de consumo de TSA se obtendrán del programa Informático del Servicio de Transfusión (Net Gold Bank?); los datos analíticos se revisarán del programa informático del Laboratorio de Hematología (Modulab Gold?); los datos sobre consumo de fármacos se obtendrán del Servicio de Farmacia Hospitalario; y los datos de los pacientes se consultarán en la historia clínica, en la la base de datos del Servicio de Cirugía Ortopédica, en los partes de quirófanos (y almacén), el programa de gestión (HP Doctor) y la intranet hospitalaria.
Tratamiento de la anemia: Se definirá “anemia” si los niveles de Hb sean inferiores a 12 g/dL en mujeres y a 14 g/dL en varones; “déficit de hierro” o “ferropenia”, cuando los niveles de ferritina sean inferiores a 40 mcg/L y saturación de transferrina <20%; y “anemia de trastornos crónicos + ferropenia”, cuando presente unos niveles elevados de PCR, y los niveles de ferritina sean inferiores a 100 mcg/L y saturación de transferrina <20%.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 490

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA DEL ANCIANO ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Protocolo del tratamiento perioperatorio de la anemia: FEEV: hierro carboximaltosa (ferinjet?) 500 mg ev cada 48 horas (máximo 1000 mg/semana). EPO: En caso de Hb<13 g/dL se administra una dosis (alfa epoetina 40000 UI sc, Eprex?). Vitamina B12: Optovite 1000 (1 amp i.m.). Vitamina C: 1 gramo vo díario. Ácido fólico: 1 comp diario

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE ESTOS FÁRMACOS EN FUNCIÓN DE LA ANEMIA Y DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS.
Se analizará la incidencia de la anemia y los diferentes déficits hematínicos para todos los pacientes afectos de fractura osteoporótica intervenidos por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, así como la evolución del consumo de los fármacos específicos.
Se estudiará el posible papel predictivo de los diferentes parámetros hematológicos, demográficos o antropométricos en la incidencia de la anemia, la necesidad de TSA y la respuesta al tratamiento farmacológico específico.
2. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
Evaluación del cumplimiento del protocolo del tratamiento de la anemia perioperatoria: Analizar la adecuación de los tratamientos farmacológicos administrados a los estándares admitidos.

Evaluación comparativa de los pacientes tratados con los fármacos (asociación FEEV y EPO) y las dosis recomendadas frente a los no tratados en los diferentes parámetros de efectividad: corrección de la anemia, evitación de la TSA y reducción del volumen transfundido, estancia hospitalaria (días), reingreso (sí/no), morbilidad (infección nosocomial/trombosis), mortalidad intrahospitalaria.
Estimación del coste-tratamiento por paciente intervenido. Todo ello se realizará basándonos en el PVP y en el precio de compra real del Servicio de Farmacia en euros de los fármacos dispensados y de los costes de la adquisición de los hemoderivados, sus pruebas cruzadas, su administración y sus efectos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-Junio. Revisión bibliográfica, revisión de datos y de las bases de datos.
Julio-Septiembre. Análisis del gasto en Fármacos y Hemoderivados.
Octubre-Noviembre. Análisis Estadístico e interpretación de resultados.
Diciembre. Revisión de los protocolos vigentes
Enero-Febrero. Difusión de los resultados: comunicaciones a congresos y publicaciones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material informático	6.000 €
· estudio estadístico	5.000 €
Total	11.000 €

11. OBSERVACIONES. Bibliografía:

1.- Goodnough LT, Shander A, Spivak JL, Waters JH, Friedman AJ, Carson JL et al. Detection, evaluation, and management of anemia in the elective surgical patient. Anesth Analg. 2005; 101(6):1858-61
2.- Hill GE, Frawley WH, Griffith KE, Forestner JE, Minei JP. Allogeneic blood transfusion increases the risk of postoperative bacterial infection: A meta-analysis. J Trauma 2003; 54: 908-14.
3.- García-Erce JA, Cuenca Espiérrez J, Izuel M, Solano VM, Modrego Aranda FJ. SEGURIDAD Y UTILIDAD ENDOVENOSO EN LA ANEMIA AGUDA POR FRACTURA TROCANTEREA DE CADERA EN EL ANCIANO. DATOS PRELIMINARES. Med Clin (Barc) 2004;123(8):281-5. (nº 29158)
4.- Cuenca J, García-Erce JA, Muñoz M, Izuel M, Martínez AA, Herrera A. PATIENTS WITH PERTROCHANTERIC HIP FRACTURE MAY BENEFIT OF PREOPERATIVE INTRAVENOUS IRON THERAPY: A PILOT STUDY. Transfusion 2004;44(10):1447-52.
5.- Cuenca J, Garcia-Erce JA, Martinez AA, Solano VM, Molina J, Munoz M. ROLE OF PARENTERAL IRON IN THE MANAGEMENT OF ANAEMIA IN THE ELDERLY PATIENT UNDERGOING DISPLACED SUBCAPITAL HIP FRACTURE REPAIR: PRELIMINARY DATA. Arch Orthop Trauma Surg. 2005.
6.- García-Erce JA, Cuenca J, Muñoz M, Izuel M, Martínez AA, Herrera A, Solano VM, Martínez F. PERIOPERATIVE STIMULATION OF ERYTHROPOIESIS WITH INTRAVENOUS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 490

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA DEL ANCIANO ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

IRON AND ERYTHROPOIETIN REDUCES TRANSFUSION REQUIREMENTS IN PATIENTS WITH HIP FRACTURE. A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY. Vox Sang 2005; 88 (4): 235-243.
7.- Izuel-Rami M, Cuenca Espiérrez J, García-Erce JA, Gómez-Barrera M, Carcelén Andrés J, Rabanaque Hernández MJ. [Perioperative anaemia in geriatric patients with hip fracture] Farm Hosp. 2005;29(4):250-7.
8.- Izuel Rami M, Gomez Barrera M, Villar Fernandez I, Rabanaque Hernandez MJ, Cuenca Espierrez J, Garcia-Erce JA. [Budget impact analysis of a blood saving program for urgent traumatological surgery] Med Clin (Barc) 2007; 128(1): 7-11.
9.- Izuel M, García-Erce JA, Gómez Barrera M, Villar I, Cuenca J, Rabanaque MJ. RELACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN Y LA FERROPENIA CON LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. Med Clin (Barc) 2008 (prensa)
10..- Leal R, Alberca I, Asuero MS, Boveda JL, Carpio N, Contreras E, et al. The <<Seville>> Consensus Document on Alternatives to Allogenic Blood Transfusion. Med Clin (Barc) 2006; 127(Supl.1): 3-20.
11.-Beris P, Muñoz M, García-Erce JA, Thomas D, Maniatis A, Van der Linden P. Anaemia management in surgery—consensus statement on the role of intravenous iron. Br J Anaesth. 2008 Mar 27; [Epub ahead of print]

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 389

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INFORMACION AL PACIENTE PARA REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE UNA INTERVENCION DE LARINGUECTOMIA HORIZONTAL SUPRAGLOTICA CON LASER CO2

2. RESPONSABLE ..... JORGE DAMBORENEA TAJADA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. O.R.L. (PTA 4ARIA)
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCISCA MARTÍNEZ LOZANO (SECRETARIA)-D.U.E.-PLANTA 4ªA
ANA ANGUAS GRACIA-D.U.E.-URGENCIAS
CARMEN CARRIQUIRI MILIAN-D.U.E.-PLANTA 8ªA
MERCHE RODRIGUEZ OLLERO-D.U.E.-PLANTA 4ªA
Mª PILAR GOMEZ DEL PULGAR ESCUDEO-SUPERVISORA-PLANTA 4ªA
LAURA PEREZ DELGADO-M. ADJUNTO-PLANTA 4ªA
SILVIA HERRERA TOLOSANA-M. ADJUNTO-PLANTA 4ªA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La laringuectomía horizontal supraglótica consiste en la exeresis de la mitad superior de la laríngе, incluyendo la epiglotis y las bandas ventriculares o cuerdas vocales falsas. Se practica en casos de cancer laríngeo que afecta a estas estructuras.
Los pacientes que se someten a una laringuectomía horizontal supraglótica ven amenazada su calidad de vida debido a la propia enfermedad y al proceso de amputación que sufren con la intervención quirúrgica, generándoles angustia que llega muchas veces a la depresión, inquietud, estrés y miedo, que afecta tanto a ellos como a su familia y que muchas veces se debe al desconocimiento de sus circunstancias.
La enseñanza y motivación del paciente es muy importante para aceptar y superar sus limitaciones y donde la intervención principal será el apoyo psicológico al paciente y a la familia. Es de vital importancia realizar programas de salud dirigidos a una Educación para la Salud (EPS) de estos pacientes.
El objetivo es realizar un programa de EPS, creado por el personal de la planta, para la disminución del temor y la ansiedad ante la pérdida de calidad de vida en los pacientes laringectomizados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Al ingreso valoraremos: Para determinar el nivel de temor y de ansiedad del paciente se utilizarán escalas validadas, heteroadministradas que se le entregarán a los pacientes antes y después de la EPS: Escala de Depresión de Hamilton (HAM-A) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Después se entregará una “Guía del paciente sometido a una laringuectomía horizontal supraglotica con laser” para que la lea él y la familia y consulten cualquier duda que tengan. A las 72 horas de la intervención se volveran a entregar las encuestas para poder determinar si la intervención que hacemos ha sido efectiva. Los dos cuestionarios que se realizan son:
Valorar el grado de depresión según la escala de Hamilton.
Valorar el grado de ansiedad según el Inventario de Beck.
Comprobar que el grado de depresión disminuye tras recibir la EPS.
Comprobar que el grado de ansiedad disminuye tras recibir la EPS.
Mejorar la Calidad de esta tarea.
Rentabilizar y por tanto aumentar la eficacia del tiempo empleado en esta tarea, sin menoscabo del resto de Cuidados de Salud sobre el paciente al evitar interrupciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tipo de estudio descriptivo transversal y prospectivo, periodo de estudio seis meses. Como la cantidad de pacientes totales durante un año susceptibles a una intervención de laringuectomía horizontal supraglótica con laser, en la planta de otorrinolaringología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza es de aproximadamente 10 pacientes, la muestra será de todos los pacientes susceptibles de dicha cirigía que deseen

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 389

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INFORMACION AL PACIENTE PARA REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE UNA INTERVENCION DE LARINGUECTOMIA HORIZONTAL SUPRAGLOTICA CON LASER CO2

participar en el programa de salud, teniendo como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.
Para determinar el nivel de temor y de ansiedad del paciente se utilizarán escalas validadas, heteroadministradas que se le entregarán a los pacientes antes y después de la EPS: Escala de Depresión de Hamilton (HAM-A) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Tras la finalización del programa de EPS, a las 72 horas de la intervención se entregará de nuevo a todos los sujetos incluidos en el estudio, los dos cuestionarios

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
1)% de los pacientes con la patología que intervienen en el estudio en relación a la población total
2)% de los pacientes que tras la actuación han reducido su nivel de ansiedad ante el proceso quirúrgico
Evaluación:
Variables dependientes:
Presencia y grado de depresión del paciente. Para ello se utilizará la escala de Depresión de Hamilton. Es una escala de 14 ítems, que se puntúan de 0 a 4 puntos, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Existen puntos de corte y rango de puntuación (0-52) .El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista.
Presencia y grado de ansiedad. Para ello se utilizará el Inventario de Ansiedad de Beck Tiene 21 ítems y se puntúan de 0 a 3 y su rango de puntuación (0->36)
Variables independientes:
Variables cuantitativas: Edad medida en años.
Variables cualitativas dicotómicas: Sexo, quimioterapia (si o no), radioterapia (si o no), apoyo familiar (si o no).
Variables cualitativas no dicotómicas: Situación laboral, localización tumoral y hábitos tóxicos.
Estadística descriptiva de todas las variables: proporciones, media, desviación estándar
Estadística analítica bivariante: significación estadística si p<0,05
Utilización de programa estadístico SPSS para significación estadística

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2010: Presentación de la solicitud de inclusión al programa de apoyo.
Abril 2010: Presentación del programa.
Mayo a Noviembre de 2010: Recogida de variables.
Diciembre de 2010: Integración y evaluación de los datos.
Enero de 2011: Presentación de los resultados, y toma de decisiones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Congresos	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. (*) Guía del paciente sometido a una laringuectomía horizontal supraglótica con laser

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 113

1. TÍTULO

MANEJO DE CUIDADOS PARA PACIENTES AFECTADOS DE ICTUS. FORMACION INTRAHOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE DEL CASTAÑO CARDONA
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION ENFERMERIA HG HUMS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLARAN CATALAN SANCHEZ-ENFERMERA-HUMS
Mª JESUS CHOPO ALCUBIERRE-ENFERMERA-SUPERVISORA-HUMS
BELEN FERNANDEZ CASTRO-ENFERMERA-ENFERMERA-HUMS
JAVIER GARCES HERRERO-ENFERMERO-SUPERVISOR GENERAL-HUMS
PALMIRA NAVARRO GARCIA-ENFERMERA-UNID.VALORACIÓN SOCIO-SANITARIA-HUMS
JOSEFA GARCIA SEVILLA-FISIOTERAPEUTA-RHB-HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Aragon, el ictus supone un 3,2 % de las estancias hospitalarias, y una importante carga sociosanitaria.Supone la 2ª causa de mortalidad y la primera causa de minusvalia (60%).
La pérdida del autocuidado hace necesaria la presencia de una persona que cubra ésta necesidad es decir el cuidador principal, quien tiene una importante labor de ayuda en la recuperación del paciente y que asume la responsabilidad del cuidado del mismo cuando éste es dado de alta.
Con objeto de favorecer la adaptación del paciente a su medio nosotros le enseñaremos como solucionar algunos problemas de la vida diaria, le daremos alternativas que le serviran de ayuda tanto al paciente como a su cuidador en el domicilio.
El programa se llevará a efecto en la Unidad de Neurologia (planta 7 de hospitalización del Hospital General) destinada a ingresos de pacientes con ICTUS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar las habilidades del paciente y cuidador principal para la mejor atención al alta del paciente con ICTUS.
Favorecer el retorno del paciente a su medio al alta hospitalaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Procedimiento para conseguir los objetivos deseados:
- Elaborar un tríptico que recoja información básica sobre el proceso del ICTUS
- Distribuir a familiares el tríptico cuando se produzca el ingreso.
- Programar sesiones formativas semanales para resolver las dudas que se puedan plantear en el cuidador.
- Educar en planta en las acciones que se realizan sobre el paciente
- Detectar y analizar los problemas y dudas que con mayor frecuencia se presenten a los pacientes/cuidadores
- Elaborar una guía especifica para el paciente cuidador
- Elaborar y poner en marcha una encuesta especifica de satisfacción

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de cuidadores formados = nº de cuidadores que asisten a los talleres / nº total de Pacientes ingresados con Ictus
- % de pacientes formados = nº de pacientes que existen a los talleres / nº de pacientes ingresados con ICTUS
- Nº de talleres realizados
- Encuesta de satisfación a los cuidadores y pacientes con ICTUS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABR MAY JUN JUL AG SEP OCT NOV DIC ENE FEB MAR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 113

1. TÍTULO

MANEJO DE CUIDADOS PARA PACIENTES AFECTADOS DE ICTUS. FORMACION INTRAHOSPITALARIA

ACT/MES										
Elaboración Tríptico	x	x	x							
Distribución Tríptico				x	x	x	x	x		
TALLERES				x	x	x	x	x		
Educar en planta				x	x	x	x	x		
Análisis de Problemas más frecuentes				x	x	x	x	x		
Elaborar guía								x		
Elaborar encuesta	x	x	x							
Poner en marcha				x	x	x	x	x		

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- ELABORACION DE GUIA PARA PACIENTES Y CUIDADORES ..... 500 €
- 2 Inscripciones Para el Congreso de Calidad ..... 1.000 €

Total ..... 1.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

1. TÍTULO

IMPLANTE DE PROTESIS VALVULAR AORTICA VIA TRANSCATETER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA SINTOMATICA Y CONTRAINDICACION O ALTO RIESGO PARA CIRUGIA DE RECAMBIO VALVULAR AORTICO TRADICIONAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO DIARTE DE MIGUEL
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISABEL CALVO CEBOLLERO - MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - CARDIOLOGÍA
MARIA CRUZ FERRER GRACIA -MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - CARDIOLOGÍA
FERNANDO IBARRA PELÁEZ - MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
EVA MORENO ESTEBAN - MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - CARDIOLOGÍA
CONCEPCIÓN SANTOLARIA AISA - D.U.E. - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - CARDIOLOGÍA
ELENA ANGULO HERVÍAS - MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - RADIODIAGNÓSTICO
ANA ASENSIO - MÉDICO - HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Estenosis Aórtica Severa es la enfermedad valvular más frecuente en los países desarrollados. Afecta al 4.6% de los individuos mayores de 75
años. La aparición se síntomas (insuficiencia cardíaca, angina de pecho o síncope) se asocia a una espectativa de vida inferior a 4 años si el problema no es resuelto. De igual modo, la no resolución del problema conlleva frecuentes ingresos hospitalarios prolongados de elevado coste económico. Hasta los últimos años , la cirugía de recambio valvular aórtico ha sido el “patrón oro” para el tratamiento de estos pacientes ya que mejora de manera contrastada tanto su calidad como su expectativa de vida.El número de pacientes que requiere intervención quirúrgica por este motivo es ya elevado y crece a medida que aumenta la expectativa de vida de la población. Baste decir como ejemplo que el número de intervenciones de recambio valvular aórtico se duplicó en el
decenio 1995-2004. Sin embargo, el riesgo quirúrgico de estos pacientes es con frecuencia elevado debido a su edad avanzada, comorbilidad y gravedad de la situación de su enfermedad valvular cuando alcanzan el monento de la cirugía. Así, la mortalidad a los 30 días promediada es del 8-9% en centros de volumen quirúrgico como el nuestro, pero puede alcanzar fácilmente el 25% pacientes de mayor riesgo e incluso el 60% en los subgrupos de mayor fragilidad y comorbilidad . Este es el motivo de que la cirugía de recambio valvular aórtico sea denegada a 30-40% de los candidatos a la misma fundamentalmente por edad avanzada, comorbilidad significativa y deterioro de la función ventricular izquierda según datoa del EuroHeart Survey de la Sociedad Europea de
Cardiología del año 2003. Estos pacientes , relegados tradicionalmente al tratamiento farmacológico contituyen un grupo sólido de potencial mejora con nuevas tecnologías ya que el tratameinto farmaológico no modifica su expectativa de vda y escamente logra algún efecto sobre la calidad de la misma ni sobre la tasa de hospitalización. En la actualidad, el Implante de Válvula Aórtica Transcatéter surge como una alternativa a la cirugía en estos pacientes seleccionados.
Esencialmente se trata de una bioprótesis montada sobre un stent metálico diseñados para ser implantados utilizando técnicas tradicionales de cateterismo cardíaco. Su carácter menos invasivo permite su aplicación en casos desestimados para recambio valvular por su riesgo quirúrgico o afrontar el restablecimiento de la función valvular con menor riesgo que la cirugía tradicional en determinados pacientes. En la actualidad esta tecnología se ha extendido en todos los países desarrollados y ya se aplica en la mayoría de grandes hospitales de nuestro país, con buenos resultados (mortalidad del 10% a
los 30 días) a pesar del perfil de alto riesgo de los pacientes tratados. En cualquier caso es una técnica que en la actualidad sólo se oferta cuando el paciente es rechazado para cirugía o su riesgo se considera más elevado. Habitualmente esto incluye sólo pacientes a p rtir de los 70-80 años de edad, cuya limitación funcional esencialmente sea debida a la enfermedad valvular y una expectativa de vida superior no inferior a un añopor otros motivos. En cualquier caso, la decisión de incluir a un paciente en éste grupo terapéutico se toma de manera consensuada por un comité formado por cardiólogos y cirujanos
cardíacos con el asesoramiento y cooperción de anestesistas, radiólogos, ecocardiografistas, cirujanos vasculares e intensivistas.
En la actualidad este proyecto cuenta ya con el visto bueno de la Consejería de Sanidad y Consumo y nuestro hospital actará como centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma cuando sea operativo en los próximos meses. Durante el último año se ha creado una Unidad de Estenosis Aórtica dependiente de la Sección de Hemodinámica del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet para laselección de candidatos que por el momento son remitidos al Hospital Universitario San Carlos de Madrid para ser intervenidos hasta que la técnica se halle operativa en nuestro centro.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

1. TÍTULO

IMPLANTE DE PROTESIS VALVULAR AORTICA VIA TRANSCATETER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA SINTOMATICA Y CONTRAINDICACION O ALTO RIESGO PARA CIRUGIA DE RECAMBIO VALVULAR AORTICO TRADICIONAL

Fuentes de información: Otto C, Bonow R. Valvular Heart Disease. In: Saunders-Elservier, editor. Branwald´s Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 8th ed; 2000. p. 1625-1635. Iung B, Baron G, Butchart EG, Delahaye F, Gohlke-Barwolf C, Levang OW, et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. Eur Heart J 2003;24(13):1231-43
Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, Butchart E, Dion R, Filippatos G, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease: The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2007;28(2):230-68.
Chiam PT, Ruiz CE. Percutaneous transcatheter aortic valve implantation: Evolution of the technology. Am Heart J 2009;157(2):229-42.
Kapadia SR, Goel SS, Svensson L, Roselli E, Savage RM, Wallace L, et al. Characterization and outcome of patients with severe symptomatic aortic stenosis referred for percutaneous aortic valve replacement. J Thorac Cardiovasc Surg 2009;137(6):1430-5.
Otten AM, van Domburg RT, van Gameren M, Kappetein AP, Takkenberg JJ, Bogers AJ, et al. Population characteristics, treatment assignment and survival of patients with aortic stenosis referred for percutaneous valve replacement. EuroIntervention 2008;4(2):250-5.
Piazza N, Grube E, Gerckens U, den Heijer P, Linke A, Luha O, et al. Procedural and 30-day outcomes following transcatheter aortic valve implantation using the third generation (18 Fr) corevalve revalving system: results from the multicentre, expanded evaluation registry 1-year following CE mark approval. EuroIntervention 2008;4(2):242-9.
Ussia GP, Mule M, Barbanti M, Cammalleri V, Scarabelli M, Imme S, et al. Quality of life assessment after percutaneous aortic valve implantation. Eur Heart J 2009

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la asistencia sanitaria a la poblaciónde la Comunidad Autónoma mediante el desarrollo un programa de Implante de Prótesis Valvular Aórtica Vía Transcatéter guiado por criterios de calidad, excelencia técnica y satisfacción de los usuarios y profesionales implicados. Aportar una nueva opción terapéutica a los pacientes con estenosis aórtica severa "no operables" prolongado su expectativa de vida y mejorando la calidad de la misma

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Difundir en nuestra Comunidad Autónoma la existencia de la técnica, sus características y los criterios que un paciente debe cumplir para su inclusión a través de medios de comuncicación, charlas en los centros hospitalarios de nuestra Comunidad, en la Sociedad Aragonesa de Cardiología y Colegios de Médicos provinciales y "mailing" a los

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

1. TÍTULO

IMPLANTE DE PROTESIS VALVULAR AORTICA VIA TRANSCATETER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA SINTOMATICA Y CONTRAINDICACION O ALTO RIESGO PARA CIRUGIA DE RECAMBIO VALVULAR AORTICO TRADICIONAL

profesionales médicos de las especialidades relacionadas -
Responsables: Dres. Diarte y Calvo.
2. Creación de una vía clínica que garantice la calidad del proceso y
un adecuado uso de los recursos humanos y materiales del Sistema
Sanitario: Responsables: Dr. Diarte. Dra. Calvo, Dra. Ferrer, Dr. Ibarra
3. Creación y gestión de una base de datos que recoja a los pacientes
sometido a "screening" y a los finalmente tratados y los resultados de
dicho tratamiento parapermitir análisis periódicos que permitan la
mejora continuada. Responsable: Dra Ferrer
4. Creación de un protocolo de ecdocardiografía para los procedimientos transapicales y transfemorales: Dra. Moreno
4. Desarrollo de un programa de formación de Enfermería relacionada con
todas la fases del proceso incluyendo especialmente enfermeras de
hemodinámica, quirófano, intensivos y planta de hospitalización.
Responsable: Concepción Santolaria
5. Creación de un protocolo radiólogico standarizado que disminuya la
variabilidad interindividual en los mediciones realizadas e informes
radiológicos generados y satisfaga las necesidades de hemodinamistas y
cardiocirujanos. Responable: Dr. Lample
6. Creación de un protocolo de anestesia específico procedimientos para
los procedimientos transapicales y transfemorales: Dra. Asensio
7. Creación de un protocolo de manejo de los accesos vasculares y
tratamieto de las complicaciones. Responsable: Dr. Marco Luque

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Mortalidad a los 30 días.
Método: Seguimiento de los pacientes tratados
y cumplimentación de la base de datos creada al efecto. Dado que el
número de paciente que se espera tratar se sitúa entre 10 y 15 al año,
será evaluada anualmente.
2. Cumplimentación de los objetivos de difusión, formación y
protocolización.
Método: Edición de un libro blanco donde se consignen de manera
justificada las actividades realizadas en divulgación y foirmación y se
recojan los documentos referentes a l desarollo de la vía clínica y
todos los protocolos específicamente desarrollados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1 de Abril de 2010
Finalización: 1 de Abril de 2011

Cronograma:
1. Actividades de difusión de información en la Comunidad Autónoma: 1 de Abril a 1 de Octubre de 2010
2. Creación de la base de datos: 1 de Abril a 30 de Junio de 2010
3. Actividades de formación de personal de Enfermería: 1 de Abril a 1 de Octubre de 2010
4. Creación de la vía clínica y prtocolos específicos: 1 De Abril a 1 de Octubre de 2010

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

1. TÍTULO

IMPLANTE DE PROTESIS VALVULAR AORTICA VIA TRANSCATETER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA SINTOMATICA Y CONTRAINDICACION O ALTO RIESGO PARA CIRUGIA DE RECAMBIO VALVULAR AORTICO TRADICIONAL

5. Evaluación y seguimiento: Contínuo. Última eevaluación y presentación de resultados a 1 de Abril de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Desplazamientos y dietas para acciones divulgativas y formativas	1.000 €
· Bolsas de viaje para asistencia a cursos/talleres de formación	1.500 €
· Material docente fungible para cursos de Enfermería	500 €
· Material Informático inventariable: Hardware y software específico	1.000 €
· Prolongación de actividades en 2011: edición de libro blanco	500 €
Total	4.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 466

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE HIPERTENSION PULMONAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO DOMINGO MORERA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ENRIQUE CHACÓN VALLÉS- NEUMÓLOGO- JEFE DE SECCIÓN- SERVICIO DE NEUMOLOGÍA- UNIDAD DE HIPERTENSIÓN PULMONAR- HOSPITAL MIGUEL SERVET
Mª TERESA ROSELL ABÓS- NEUMÓLOGA- FEA SERVICIO DE NEUMOLOGÍA- UNIDAD DE HIPERTENSIÓN PULMONAR-HOSPITAL MIGUEL SERVET
ISABEL CALVO CEBOLLERO-CARDIÓLOGA-JEFE DE SECCIÓN-SERVICIO DE CARDIOLOGÍA-UNIDAD DE HEMODINÁMICA-UNIDAD DE HIPERTENSIÓN PULMONAR-HOSPITAL MIGUEL SERVET
JUAN SÁNCHEZ-RUBIO LEZCANO-CARDIÓLOGO-FEA-SERVICIO DE CARDIOLOGÍA-UNIDAD DE HEMODINÁMICA-UNIDAD DE HIPERTENSIÓN PULMONAR-HOSPITAL MIGUEL SERVET
M CRUZ FERRER GRACIA. CARDIÓLOGA-FEA-SERVICIO DE CARDIOLOGÍA-UNIDAD DE HEMODINÁMICA-UNIDAD DE HIPERTENSIÓN PULMONAR-HOSPITAL MIGUEL SERVET
HERMINIA NAVARRO-FARMACÉUTICA-FEA-SERVICIO DE FARMACIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Hipertensión Pulmonar incluye un grupo numeroso de enfermedades caracterizadas por datos hemodinámicos obtenidos por cateterismo cardiaco derecho en el que se demuestre una PAPm (presión arterial pulmonar media) = 25 mmHg. El manejo clínico de estos pacientes requiere un diagnóstico y clasificación correcto del paciente ya que el número de pacientes para tratar es relativamente pequeño pero el de pacientes con hipertensión pulmonar en general sí es muy elevado. En los últimos años han aparecido fármacos para el tratamiento de la Hipertensión pulmonar de tipos I y de algunos casos de la de tipo IV. Se trata de fármacos de elevadísimo coste y que su uso se debe centrar en sus indicaciones reconocidas y sólo en alguna ocasión pueden ser usados en casos aislados de otras formas de hipertensión pulmonar. La creación de una Unidad de Hipertensión Pulmonar garantiza el uso adecuado de estos fármacos.

Por otra parte, el tratamiento y seguimiento de estos pacientes requiere su manejo en Unidades especializadas, en las que reciban educación y seguimiento de enfermería de los dispositivos de administración de fármacos (inhalada, SC ó IV continuas), evaluación médica de su evolución por neumólogos expertos en el manejo de la enfermedad y monitorización hemodinámica y ecocardiográfica por cardiólogos también expertos en las particularidades que estas técnicas tienen en la hipertensión pulmonar.

Seguirá habiendo casos que deban ser remitidos a otros hospitales de nuestro país para realizar técnicas como trasplante pulmonar o trombendarterectomía pulmonar. La selección correcta de estos casos en cuanto a la indicación y adecuada en cuanto al momento en el que se establezca, se ve muy favorecida por la Unidad de Hipertensión Pulmonar.

En resumen: es un grupo complejo de enfermedades que puede suponer un elevado gasto farmacéutico en su tratamiento y en el que la Unidad de Hipertensión Pulmonar consigue:

-Diagnóstico correcto
-Enfoque terapéutico adecuado
-Monitorización y seguimiento por personal experto
-Optimización del gasto farmacéutico.
-Derivación a hospitales de otras Comunidades sólo en casos con correcta indicación.

Con estos objetivos se creó por los Servicios de Cardiología y Neumología la Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar y se elaboró el “Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar” para cuyo desarrollo elaboramos este proyecto de mejora de calidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 466

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE HIPERTENSION PULMONAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objeto del presente programa de mejora es
-Actualizar el protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Pulmonar del Hospital Universitario Miguel Servet
-Monitorizar su aplicación en los casos con sospecha de hipertensión pulmonar
-Actualización en la formación de personal de enfermería en la administración de prostanoides en sus formas inhalada, subcutánea e intravenosa
-Desarrollo y puesta en marcha del test vasodilatador con oxido nítrico (NO)
-Elaboración y actualización de un modelo de informe diagnóstico y de tratamiento para facilitar la atención a los pacientes con hipertensión pulmonar.
-Coordinación con el Servicio de Farmacia en la dispensación de fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisión y actualización del protocolo vigente en este momento para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Pulmonar del Hospital Universitario Miguel Servet (2008)
Método: Revisión y adaptación a las recomendaciones actuales de las sociedades científicas de cardiología y neumología
Responsables: todo el equipo de mejora

2.-Monitorización de su aplicación
Método: Revisión de las historias de los pacientes estudiados en el año 2009.
Responsables: Dr Domingo Morera y Dra Rosell

3.-Actualización en la formación de personal de enfermería en la administración de prostanoides en sus formas inhalada, subcutánea e intravenosa, mediante realizaciòn de charlas.
Responsables: Dr Domingo Morera y Dra Rosell

4.-Desarrollo y puesta en marcha del test vasodilatador con óxido nítrico (NO)
Método: Diseño del circuito y adaptación de las tubuladuras necesarias para la administración del NO.
Responsables: Dr Sánchez-Rubio Lezcano, Dra Ferrer Gracia y Dra Calvo Cebollero

5.- Elaboración y actualización de un modelo de informe diagnóstico y de tratamiento para facilitar la atención a los pacientes con hipertensión pulmonar.
Método: Diseño y elaboración del modelo de informe
Responsables: Todo el equipo de mejora

6.- Coordinación con el Servicio de Farmacia en la dispensación de fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar
Método: Elaboración de un protocolo conjunto para dispensación de fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar
Responsables: Dr Domingo Morera, Dra Rosell Abós y Herminia Navarro (FEA Farmacia)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Actualizar el protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Pulmonar del Hospital Universitario Miguel Servet
Indicador: Protocolo actualizado
Estándar: Sí

2-Monitorizar la aplicación del protocolo en los casos con sospecha de hipertensión pulmonar
Indicador: Nº de casos con el protocolo aplicado/Nº de casos estudiados
Estándar: >80%

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 466

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA CONTINUA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE HIPERTENSION PULMONAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

3-Actualización en la formación de personal de enfermería en la administración de prostanoides en sus formas inhalada, subcutánea e intravenosa
Indicador: Nº de sesiones realizadas para formación de enfermería
Estándar: Al menos 1 sesión realizada

4-Desarrollo y puesta en marcha del test vasodilatador con oxido nítrico (NO)
Indicador: Protocolo iniciado
Estándar: Sí
5-Elaboración y actualización de un modelo de informe diagnóstico y de tratamiento para facilitar la atención a los pacientes con hipertensión pulmonar.
Indicador: Modelo de informe elaborado
Estándar: Sí

6-Coordinación con el Servicio de Farmacia en la dispensación de fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar
Indicador: Protocolo elaborado
Estándar: Sí

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto: Marzo de 2010 - Marzo de 2011
1-Actualizar el protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Pulmonar del Hospital Universitario Miguel Servet: Marzo-Junio de 2010
2-Monitorizar su aplicación en los casos con sospecha de hipertensión pulmonar. Junio 2010-Marzo 2011
3-Actualización en la formación de personal de enfermería en la administración de prostanoides en sus formas inhalada, subcutánea e intravenosa. Junio 2010- junio 2011
4-Desarrollo y puesta en marcha del test vasodilatador con oxido nítrico (NO)Marzo 2010 – Marzo 2011
5-Elaboración y actualización de un modelo de informe diagnóstico y de tratamiento para facilitar la atención a los pacientes con hipertensión pulmonar. Septiembre 2010
6-Coordinación con el Servicio de Farmacia en la dispensación de fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar. Septiembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	700 €
· Asistencia a Cursos/Congresos sobre hipertensión pulmonar	1.000 €
Total	1.700 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 233

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE INTUBADO EN LA UCI POLIVALENTE

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA ECHARRI MARTIN
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UCI POLIVALENTE
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA ANTONIA YARZA ALONSO-AUXILIAR ENFERMERIA-HUMS-UCI POLIVALENTE
ANA MARIA GONZALEZ PEREZ-ENFERMERA-HUMS-UCI POLIVALENTE
ANA MARIA MARTINEZ PEREZ-ENFERMERA-HUMS-UCI POLIVALENTE
ROSA BLANCA MAHAVE CARRASCO-ENFERMERA-HUMS-UCI POLIVALENTE
JOSE LUIS MARECA LOPEZ-MEDICO-HUMS-UCI POLIVALENTE
VICTOR GONZALEZ SANZ-MEDICO-HUMS-UCI POLIVALENTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. la importancia de mejorar la atención del paciente intubado viene dada por el número de pacientes intubados en nuestra unidad con los que trabajamos a diario y dedicamos gran parte de nuestra atención.
La utilidad de esta mejora redunda en la unificación de criterios de actuación actualizados, entre todo el personal de la unidad.
Los métodos de detección y priorización se basan en mejorar las tasas de infecciones , y las causas de extubaciones.
Las fuentes de información de nuestros procedimientos siguen las recomendaciones de la Semyciuc e indicadores de calidad en cuidados intensivos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir que nuestros pacientes intubados mejoren su estado en el menor tiempo y con las menores complicaciones posibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:
-revision de protocolos anteriores
-aplicación de nuevas metodologías que den una atención integral al paciente intubado.
-realización de un plan de cuidados actualizado.
-intervención multidisciplinar para la disminución de riesgos y el aumento de la seguridad en las distintas actuaciones con el paciente intubado.
Responsables: de coordinación , el grupo de mejora de la unidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Número de pacientes con nariz artificial(N.A) y recambio adecuado/Número de pacientes con (N.A) por 100. Se cambiará la N.A cada 24 h.o por mal funcionamiento o suciedad. Un cambio indiscriminado aumenta infecciones.
2-Número de reintubaciones/Número total de extubaciones programadas por100. Las reintubaciones aumentan la morbimortalidad por producirse con más frecuencia lesiones anatómicas e infecciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Marzo 2010
Fin: Diciembre 2010
Cronograma:
-realización plan de cuidados: Marzo-Abril- Mayo
-comunicación e inicio de actuaciones con pacientes:Mayo a Octubre.
-evaluación de indicadores: Noviembre-Diciembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 233

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE INTUBADO EN LA UCI POLIVALENTE

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fungibles	500 €
· bibliografia	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 232

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTANCIAS INADECUADAS ENTRE SERVICIOS MEDICOS Y CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE ..... JESUS ESARTE MUNIAIN
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. JEFE DE SERVICIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGEST
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLERMO GONZÁLEZ SANZ- MEDICO- CIRUGIA GRAL Y APTO DIGESTIVO- HUMS
CARLOS GRACIA ROCHE- MIR- CIRUGIA GRAL Y APTO DIGESTIVO- HUMS
JÉSSICA MARTÍNEZ BERNARD- MIR- CIRUGIA GRAL Y APTO DIGESTIVO- HUMS
OLGA GAVÍN BLANCO- MIR- MEDICINA INTERNA- HUMS
MARÍA LÁZARO RÍOS- MIR- APTO. DIGESTIVO- HUMS
MARTA GUTIÉRREZ DÍEZ- MIR- CIRUGIA GRAL Y APTO DIGESTIVO- HUMS
NIEVES SÁNCHEZ FUENTES- MIR- CIRUGIA GRAL Y APTO DIGESTIVO- HUMS
MARIA HERRERO LOPEZ-MIR-CIRUGIA GRAL Y APTO DIGESTSIVO-HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad del proyecto
En el día a día de nuestros hospitales una de las causas de pérdida de eficiencia y de disminución de la calidad asistencial es la variabilidad de la práctica clínica. Para un mismo problema, la actuación es muy diferente entre los distintos centros hospitalarios, los diferentes servicios e incluso médicos de la misma unidad.
Las estancias inadecuadas en España se sitúan entre el 15 y el 44% de todas las estancias hospitalarias. Entre los factores que determinan la adecuación de las estancias se encuentra el tipo de servicio en que se presta la atención. Por esta razón, el análisis de los factores que determinan la estancia inadecuada para cada especialidad puede arrojar información valiosa para implementar medidas correctoras específicas.
Situación de partida
Durante el año 2009 hemos llevado a cabo en el Servicio de Cirugía General un estudio para valorar la magnitud y causas de estancias inadecuadas en un servicio quirúrgico. Estos resultados y los datos obtenidos de la bibliografía referente a servicios médicos serán la base del nuevo proyecto.
Objetivo
Se pretende valorar la magnitud y determinar las causas de las estancias inadecuadas en servicios de tipo médico (Medicina Interna y Digestivo), para compararlas con los resultados en nuestro servicio y, de esta manera, tratar de reducirlas para aumentar la efectividad, la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2009 se ha llevado a cabo una revisión en nuestro servicio de 410 pacientes en un total de 10 cortes. 45% son mujeres y 55% son hombres. La media de días de estancia de los pacientes analizados es de 16.5 días. 172 ingresaron de forma urgente y 218 ingresaron de forma programada.

Los datos de estancias inadecuadas son los siguientes:

14% representan estancias inadecuadas.

Los porcentajes según el día de estudio han sido los siguientes:

Día 1	27%
Día 2	17%
Día 3	16%

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 232

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTANCIAS INADECUADAS ENTRE SERVICIOS MEDICOS Y CIRUGIA GENERAL

Día 4 12%
Día 5 11%
Día 6 19%
Día 7 22%
Día 8 24%
Día 9 10%
Día 10 8%

Las causas más frecuentes han sido las siguientes:

Pendiente especialista 21%
Pendiente pruebas 18%
Pendiente unidad sociosanitaria 11%
Pendiente IQ 11%
Pendiente curas 9%
Otros 9%
Sintrom 7%
Pendiente traslado a otro servicio 7%
Retraso preparación alta 5%
Rechaza alta 2%

Los datos de ingresos inadecuados son los siguientes

9% representan ingresos inadecuados

Día 1 3%
Día 2 3%
Día 3 16%
Día 4 12%
Día 5 6%
Día 6 13%
Día 7 8%
Día 8 13%
Día 9 7%
Día 10 14%

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.1 Dar a conocer a los facultativos que colaboran en el proyecto de los servicios de Digestivo y Medicina Interna el protocolo AEP de estancias inadecuadas y el método de recogida de datos. Al mismo tiempo, se pretende conseguir una coordinación de los 3 servicios y proporcionar la ayuda necesaria por parte del servicio de Cirugía para cualquier dificultad o duda que surja durante dicho periodo.
6.2 Obtener la información necesaria para realizar un análisis prospectivo comparativo de las causas de estancia inadecuada entre los servicios de Cirugía General, Digestivo y Medicina Interna.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 232

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTANCIAS INADECUADAS ENTRE SERVICIOS MEDICOS Y CIRUGIA GENERAL

6.3 Desarrollar intervenciones encaminadas a la reducción del uso inapropiado.
6.4 Determinar la efectividad de implicar a otros servicios en la reducción de dichas estancias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODO
Se pretende desarrollar un estudio observacional analítico prospectivo en los servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). El período de estudio comprendido será desde Marzo 2010 hasta Diciembre 2010.
Para definir caso (estancia inadecuada) se utilizará nuevamente el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP, Protocolo de evaluación del uso inapropiado). Este protocolo consta de 26 criterios que son objetivos e independientes del diagnóstico, y están referidos a la prestación de servicios médicos, de enfermería y la situación clínica del paciente. El AEP no evalúa la pertinencia de la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde ésta se presta y es aplicable tanto para servicios médicos como quirúrgicos.

ACTIVIDADES PARA MEJORAR
1.- Formar a los facultativos que participaran en la Línea de Mejora en el conocimiento del Appropiateness Evaluation Protocol (AEP) y en el método de recogida de datos
2.- Recogida de datos en los Servicios de Aparato Digestivo y Medicina Interna. Se llevará a cabo en 10 cortes (5 en el Servicio de Digestivo y 5 en Medicina Interna).
3.- Análisis de los datos obtenidos para averiguar el % de estancias inadecuadas y sus causas principales en dichos servicios.
4.- Comparación de dichos resultados con los obtenidos durante el año 2009 en el Servicio de Cirugía General.
5.- Desarrollar intervenciones encaminadas a la reducción del uso inapropiado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % total de estancia inadecuada
% parcial de las principales causas
Razón entre las tasas
Se llevará a cabo una evaluación de las historias clínicas por dos o más facultativos del proyecto con cierto grado de experiencia y entrenamiento previo en el uso del AEP.
Se utilizarán en la revisión todos los documentos contenidos en la historia clínica (ingreso, evolución, indicaciones médicas, hojas de enfermería, interconsultas…etc.) y se realizará una recogida activa de información para evitar situaciones que pueden no estar reflejadas en la historia clínica, como por ejemplo, las condiciones sociales de cada paciente, la presión de la familia..etc, que pueden actuar como factor de confusión

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010 Fecha de finalización: Diciembre 2010
Calendario:
Actividades 2010
1.- Formación de los colaboradores: abril.
2.- Recogida de datos: abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre.
3.- Análisis de resultados: diciembre.
4.- Presentación al Servicio y diseño de opciones de mejora: diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Ordenador portátil ..... 1.500 €
Total ..... 1.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 042

1. TÍTULO

CONSULTA DE VOZ. MEJORANDO EL DIAGNOSTICO DE LA DISFONIA

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ LIESA
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMÓN MARTÍNEZ-BERGANZA ASENSIO-JEFE DE SECCIÓN-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SERVICIO DE ORL
JORGE SEVIL NAVARRO-F.E.A. DE ORL. RESPONSABLE DE CALIDAD-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SERVICIO DE ORL
ANTONIO QUILES AMIGOT-ATS-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SERVICIO DE ORL
ROSA MARIA CASTIELLO MARTÍN-ATS-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SERVICIO DE ORL
SONIA ROS SANCHO-ATS-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SERVICIO DE ORL
GABRIEL SEBASTIÁN BELANCHE-ATS-HOSPITAL MIGUEL SERVET-SERVICIO DE ORL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problemas relacionados con el paciente:
•No se detectan en la consulta algunas patologías poco visibles causantes de disfonía (sulcus glotidis, vergetures, quistes pequeños, cicatrices vocales tras cirugía, etc) y como consecuencia de ello, no se ofrece un diagnóstico correcto al paciente. La poco visualizable alteración morfológica macroscópica con los procedimientos habituales de laringoscopia es lo que dificulta el diagnóstico, sería la causa raíz de este problema diagnóstico.
•La frecuencia de este problema es difícil de establecer, pero como dato, en cerca del 10% de los pacientes con lesiones benignas se detectan otras lesiones asociadas, como las antes mencionadas, que habían pasado desapercibidas(1). Otros estudios ascienden este porcentaje a mas de 50% (2). Si tenemos en cuenta que durante el año 2008 se practicó cirugía para laringoscopia y exéresis de lesiones laríngeas por microlaringoscopia en 248 pacientes, en un número significativo de pacientes, entre 24 y 124, habría lesiones desapercibidas antes de la cirugía. En esta circunstancia, como el cirujano no sospechaba antes de la cirugía la situación, se ve enfrentado durante la misma a tomar decisiones y a realizar una cirugía más difícil y de cuyas consecuencias vocales el paciente no ha sido advertido previamente con detalle. Por otra parte, en nuestro país, en una Unidad de Voz presentaron este tipo de lesiones un 4.5% de los pacientes evaluados (3).
•Se puede obtener el diagnóstico en estos pacientes (con disfonía y lesiones difícilmente visibles en la laringoscopia) tras someter al paciente a una exploración bajo anestesia general. No hay datos sobre cuantas exploraciones pueden ser realizadas por este motivo. Pero, aunque suponemos que el número es reducido, evitar un procedimiento quirúrgico bajo anestesia general, al conseguir el diagnóstico por otros medios, es siempre un objetivo deseable.
•Actualmente no se diferencian por laringoscopia las disfonías funcionales de las disfonías orgánicas sin lesiones evidentes y como consecuencia no se plantean correctamente los tratamientos diferentes para cada una de las situaciones patológicas.

La mejora propuesta basa su eficacia en completar la exploración de la voz con una técnica laringoscópica complementaria, la laringoestroboscópia. Este procedimiento permite la observación aparente de la vibración de las cuerdas vocales en “camara lenta”, detectando a menudo, las lesiones vocales poco apreciables.

Oportunidad de mejora de la organización:
•No existe una adecuada organización para la atención a los pacientes con disfonía sin lesiones fácilmente visibles, a pesar de disponer –desde hace poco tiempo- del equipamiento adecuado -laringoestroboscopio-.
•La Comisión Nacional de la Especialidad ha recomendado recientemente el desarrollo de la atención a los problemas de la voz en nuestro Servicio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el diagnóstico de los pacientes con disfonía, especialmente al:
•Permitir el diagnóstico de alteraciones mucosas de la cuerda vocal poco visibles, como sulcus, vergetures o cicatrices vocales, ahora desapercibidas hasta la

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 042

1. TÍTULO

CONSULTA DE VOZ. MEJORANDO EL DIAGNOSTICO DE LA DISFONIA

cirugía.
•Diferenciar las disfonías funcionales de las disfonías orgánicas sin lesiones laringoscópicas.

Mejorar el tratamiento de los problemas vocales al:
•Reducir el número de exploraciones bajo anestesia general para el diagnóstico de problemas vocales.
•Asignar más correctamente el tipo de tratamiento (médico, rehabilitador o quirúrgico) para cada tipo de paciente con disfonía.

Los resultados se obtendrá con inmediatez, en el momento de poner en marcha las exploraciones vocales previstas (laringoestroboscopia y exploración funcional de la voz).

No se necesitan equipamientos adicionales, se aprovecha la adquisición reciente del laringosestroboscopio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Habilitar la consulta –en el área de consultas externas de otorrinolaringología - en la que se realiza la exploración de la voz, donde se dispone el equipo de laringoestroboscopia –donde está actualmente-.
El responsable del equipo tiene la formación para el aprovechamiento del equipo y la realización de la exploración funcional de la voz. Preparará un informe de recogida de datos de la exploración de la voz realizada.
Formar al personal de enfermería –sencillo, puesto que tienen experiencia en otras exploraciones laríngeas-.
Disponer de un día cada cinco semanas para llevar a cabo la “consulta de voz” a lo largo de toda la mañana.
Presentar a los miembros restantes del Servicio de ORL la “consulta de voz” y su integración en la organización funcional del Servicio.
Elaborar un protocolo de derivación del paciente para evaluación vocal con laringoestroboscopia que se presentará a la Comisión de Tecnología.
Abrir una agenda de “consulta de voz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores básicos:
1. Número de evaluaciones vocales con laringoestroboscopia realizadas.
2. Número y porcentaje de pacientes con malformaciones menores de las cuerdas vocales diagnosticados (sulcus, vergeture, quiste epidérmico o puente mucoso).

Indicadores complementarios:
3. Porcentaje de pacientes en los que el diagnóstico ha cambiado con la evaluación vocal con laringoestroboscopia (= pacientes con diagnóstico de entrada diferente del diagnóstico de salida / total de pacientes evaluados).
4. Porcentaje de pacientes en los que se han incorporado cambios en el manejo del paciente tras la evaluación vocal con laringoestroboscopia (= pacientes con cambio en el tratamiento propuesto / total de pacientes evaluados)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo de 2009.
2ª semana. Formación del personal sanitario y no sanitario de consultas externas en la realización de la exploración de la voz con laringoestroboscopia.
4ª semana. Sesión clínica del servicio de ORL sobre laringoestroboscopia.
4ª semana. Presentación en el servicio de ORL de la puesta en marcha de la “consulta de voz”.
Abril de 2009.
2ª semana. Envío del Protocolo de derivación del paciente con disfonía para evaluación vocal con laringoestroboscopia a la Comisión de Tecnología.
4ª semana. Inicio de la actividad de la “consulta de voz” el 20 de Abril de 2009.
Consultas de voz sucesivas: 26 de Mayo, 30 de Junio, la programación restante dependerá de la organización laboral del Servicio.
Evaluación de los indicadores a los 6 y 12 meses del inicio.
Informe de evaluación a los 12 meses con propuestas de mejora consecuentes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 042

1. TÍTULO

CONSULTA DE VOZ. MEJORANDO EL DIAGNOSTICO DE LA DISFONIA

11. OBSERVACIONES. Bibliografía:

1.- Dailey, S, Spanou, K, Zeitels, S.The Evaluation of Benign Glottic Lesions: Rigid Telescopic Stroboscopy Versus Suspension Microlaryngoscopy. J Voice. 2006;21:112-8

2.- Eckley C.A., Swensson J, De Campos A., Donati F., Olival H.. Incidence of structural vocal fold abnormalities associated with vocal fold polyps. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2008;74:508-11

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 164

1. TÍTULO

CALIBRACION DE COLIMADOR MICROMULTILAMINAS DEL ACELERADOR ONCOR (SISMENS)Y MODELADO DE PLANIFICADOR DE TRATAMIENTOS ERGO++ PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOCIRUGIA CON CAMPOS PEQUEÑOS EN ADIOTERAPIA EN EL HUMS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO FONT GOMEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA ANGELES MENGUAL GIL-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
MERCEDES ANDRÉS REDONDO-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
ALMUDENA GANDÍA MARTÍNEZ-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
CARLOS LUIS FERRER GRACIA-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO CON CAMPOS PEQUEÑOS (PEQUEÑOS TUMORES CEREBRALES, METÁSTASIS CEREBRALES, MALFORMACIONES ARTERIO-VENOSAS) LA INCERTIDUMBRE EN LA DOSIS ADMINISTRADA AL PACIENTE CON LOS SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y COLIMACIÓN DE ACELERADOR CONVENCIONALES PUEDE SER ALTA. ESTA INCERTIDUMBRE SE VE AGRAVADA POR EL HECHO DE QUE ESTOS TRATAMIENTOS REQUIEREN SESIONES ÚNICAS (ALTAS DOSIS EN UNA ÚNICA SESIÓN. CON LA TÉCNICA DE RADIOCIRUGÍA, QUE INCORPORA SISTEMA DE PLANIFICACÍÓN Y COLIMACIÓN ESPECIALES, ESTA INCERTIDUMBRE SE VE DISMINUIDA A VALORES TOTALMENTE ACEPTABLES. CON LA TÉCNICA DE RADIOCIRUGÍA EL HU MIGUEL SERVET VA A PODER ADMINISTRAR TRATAMIENTOS A PACIENTES QUE ACTUALMENTE HAN DE SER DERIVADOS A OTROS CENTROS EN ESPAÑA. CON ESTA TÉCNICA EL HU MIGUEL SERVET SE CONVERTIRÁ EN REFERENCIA PARA ARAGÓN POR SER EL ÚNICO EN DISPONERLA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CALIBRACIÓN Y MODELADO DEL SISTEMA DE RADIOCIRUGÍA PARA SU PUESTA EN FUNCIONAMIENTO LO ANTES POSIBLE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EL PROCESO SE VA A REALIZAR EN DIFERENTES FASES:
1ª FASE: TOMA DE MEDIDAS GEOMÉTRICAS EXPERIMENTALES DEL COLIMADOR MICROMULTILÁMINAS DEL ACELERADOR ONCOR
2ª FASE: TOMA DE MEDIDAS DOSIMÉTRICAS EXPERIMENTALES EN CUBA DE AGUA
3ª FASE: MODELADO DEL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN PARA RADIOCIRUGÍA ERGO++
4ª FASE: COMPROBACIÓN DE QUE EL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN PARA RADIOCIRUGÍA ERGO++ FUNCIONA CORRECTAMENTE COMPARANDO LAS MEDIDAS EXPERIMENTALES A LAS CALCULADAS POR ÉL
LOS RESPONSABLES DE TODAS LAS FASES VAN A SER TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. COMO INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO TENDREMOS EN CUENTA LA REALIZACIÓN DE CADA FASE EN TIEMPO Y FORMA CON LOS MÁXIMOS CRITERIOS DE CALIDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. LA DURACIÓN APROXIMADA DE TODO EL PROCESO SE ESTIMA EN 100 HORAS.
EN CUANTO AL CALENDARIO, DEPENDEMOS DE EL TIEMPO DE ACELERADOR QUE NOS PUEDAN FACILITAR DESDE EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA YA QUE LA UNIDAD SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE EN USO EN DOS TURNOS CON EL TRATAMIENTO DE PACIENTES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- MANIQUÍ CONTROL DE CALIDAD TAC RADIOTERAPIA ..... 2.000 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 164

1. TÍTULO

CALIBRACION DE COLIMADOR MICROMULTILAMINAS DEL ACELERADOR ONCOR (SISMENS)Y MODELADO DE PLANIFICADOR DE TRATAMIENTOS ERGO++ PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOCIRUGIA CON CAMPOS PEQUEÑOS EN ADIOTERAPIA EN EL HUMS

Total ..... 2.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 177

1. TÍTULO

CALIBRACION DE MICROMULTILAMINAS DEL ACELERADOR ONCOR Y MODELADO DE PLANIFICADOR DE TRATAMIENTOS ERGO++ PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOCIRUGIA CON CAMPOS PEQUEÑOS EN RT

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO FONT GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MªANGELES MENGUAL GIL-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
MERCEDES ANDRÉS REDONDO-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
ALMUDENA GANDÍA MARTÍNEZ-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
CARLOS LUIS FERRER GRACIA-RADIOFÍSICO HOSPITALARIO-HUMS-Sº FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO CON CAMPOS PEQUEÑOS (PEQUEÑOS TUMORES CEREBRALES, METÁSTASIS CEREBRALES, MALFORMACIONES ARTERIO-VENOSAS, ETC.)LA INCERTIDUMBRE EN LA DOSIS ADMINISTRADA AL PACIENTE CON LOS SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y COLIMACIÓN DEL ACELERADOR CONVENCIONALES, PUEDE SER ALTA. ESTA INCERTIDUMBRE SE VE AGRAVADA POR EL HECHO DE QUE ESTOS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS REQUIEREN DOSIS ALTAS EN SESIÓN ÚNICA.
CON LA TÉCNICA DE RADIOCIRUGÍA, QUE INCORPORA SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN Y COLIMADOR ESPECIALES,ESTA INCERTIDUMBRE SE VE DISMINUIDA A VALORES TOTALMENTE ACEPTABLES.
CON LA TÉCNICA DE RADIOCIRUGÍA EL HU MIGUEL SERVET VA A PODER ADMINISTRAR TRATAMIENTOS A PACIENTES QUE ACTUALMENTE ESTÁN SIENDO DERIVADOS A OTROS CENTROS EN ESPAÑA.
CON ESTA TÉCNICA EL HU MIGUEL SERVET SE CONVERTIRÁ EN CENTRO DE REFERENCIA PARA ARAGÓN POR SER EL ÚNICO CENTRO EN DISPONER DE ELLA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CALIBRACIÓN Y MODELADO DEL SISTEMA DE RADIOCIRUGÍA PARA SU PUESTA EN FUNCIONAMIENTO CON PACIENTES LO ANTES POSIBLE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EL PROCESO SE VA A REALIZAR EN DIFERENTES FASES:
1ª FASE: TOMA DE MEDIDAS GEOMÉTRICAS EXPERIMENTALES DEL COLIMADOR MICROMULTILÁMINAS DEL ACELERADOR ONCOR DE RT.
2ª FASE: TOMA DE MEDIDAS DOSIMÉTRICAS EXPERIMENTALES EN PACIENTE VIRTUAL DE AGUA.
3ª FASE: MODELADO DEL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN ERGO++
4ª FASE: COMPROBACIÓN DE QUE EL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN PARA RADIOCIRUGÍA ERGO++ FUNCIONA CORRECTAMENTE EN TÉRMINOS DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS COMPARANDO LAS MEDIDAS EXPERIMENTALES A LAS CALCULADAS POR ÉL
LOS RESPONSABLES DE TODAS LAS FASES VAN A SER TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. COMO INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO TENDREMOS EN CUENTA LA REALIZACIÓN DE CADA FASE EN EL TIEMPO Y LA FORMA PREFIJADOS AJUSTÁNDONOS A LOS MÁXIMOS CRITERIOS DE CALIDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. LA DURACIÓN APROXIMADA DE TODO EL PROCESO SE ESTIMA EN 100 HORAS.
EN CUANTO AL CALENDARIO, DEPENDEMOS DEL TIEMPO DE ACELERADOR QUE NOS PUEDAN FACILITAR DESDE EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· MANIQUÍ PARA EL CONTROL DE CALIDAD TAC EN RT ..... 2.000 €
Total ..... 2.000 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 177

1. TÍTULO

CALIBRACION DE MICROMULTILAMINAS DEL ACELERADOR ONCOR Y MODELADO DE PLANIFICADOR DE TRATAMIENTOS ERGO++ PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOCIRUGIA CON CAMPOS PEQUEÑOS EN RT

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 347

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EXPOSICION A CAMPOS ELECTROMAGNETICOS DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA FONTANA JUSTES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PREVENCION RIESGOS LABORALES
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PILAR MARTÍNEZ COMÍN-FEA REHABILITACIÓN-HUMS-REHABILITACION
PIEDAD BONÉ PALOMAR-ENFERMERA-HUMS-REHABILITACIÓN
Mª JOSE GARCÍA GALÁN-FEA-REHABILITACIÓN-HUMS-REHABILITACIÓN
CARLOS TEJEDOR-FEA DEL TRABAJO-HUMS-PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EVALUAR LA EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES DE LOS TRABAJADORES, EN SALAS DE ELECTROTERAPIA Y FISIOTERAPIA. DANDO CUMPLIMIENTO A LA DIRECTIVA 2004/40/CE, DE DISPOSICIONES MÍNIMAS DE SEGURIDAD Y SALUD RELATIVAS A LA EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJADORES FRENTE A LOS RIESGOS DERIVADOS DE LOS AGENTES FÍSICOS (CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. HASTA EL MOMENTO EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD NO EXISTE NINGUNA MEDICIÓN DE CAMPOS ELECTROMAGNETICOS QUE VALORE LA EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJADORES A LOS MISMOS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. SE PRETENDE REALIZAR UN ESTUDIO MEDIANTE MEDICIONES CON EQUIPOS DE CAMPO, QUE CUANTIFIQUE EL CAMPO ELECTRICO Y MAGNÉTICO, Y COMPARARLO CON LOS LÍMITES DE EXPOSICIÓN MARCADOS POR LA DIRECTIVA, Y DE ESTA MANERA PODER EVALUAR LA EXPOSICIÓN

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA Y DE LAS FUENTES DE EMISIÓN- SERVICIO REHABILITACIÓN- SELECCIÓN EQUIPOS DE MEDICIÓN, ESTRATEGIA DE MEDICIÓN, MEDICIÓN DE LOS PARÁMETROS FÍSICOS Y EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN- SERVICIO PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. DATOS DE LA INSTALACIÓN Y EQUIPOS DE ELECTROTERAPIA Y FISIOTERAPIA.
2. SELECCIÓN DE EQUIPOS Y ESTRATEGIA DE MEDICIÓN.
3. MEDICIONES Y RESULTADOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. RECOGIDA DE DATOS. ABRIL 2010.
EQUIPOS DE MEDICIÓN (SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN). JULIO 2010.
MEDICIONES. OCTUBRE 2010.
RESULTADOS. DICIEMBRE 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· EQUIPO MEDICIÓN cem 1Hz-1MHz	800 €
· EQUIPO MEDICIÓN cem 10 MHz-6GHz	1.200 €
· Dosímetro cem 1MHz-40GHz	600 €
Total	2.600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 266

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS REALIZADOS EN LA UNIDAD DE REANIMACION POSTANESTESICA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FRANCO FERNANDO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª LUISA CATALÁ MARTINEZ-ENFERMERA-H.U.MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
ALICIA SANZ ASÍN-ENFERMERA-H.U. MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
CONCEPCIÓN DIEZ ESCUSA-ENFERMERA-HCU LOZANO BLESA-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
NATIVIDAD SANTOLAYA SÁNCHEZ-ENFERMERA-H ROYO VILLANOVA-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
AMPARO VALLEJO LÓPEZ-ENFERMERA-HCU LOZANO BLESA-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
ELENA ROSES MONFORT-ENFERMERA-HCU LOZANO BLESA-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud de un grupo de trabajo de enfermeras quirúrgicas que colaborasen en la creación del mapa de competencias de la enfermería quirúrgica de la Comunidad de Aragón, ha facilitado la constitución de un equipo de mejora interhospitalario que quiere revisar y unificar los diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras que se realizan en la unidad de reanimación postanestésica en los hospitales de la Comunidad, así como la revisión de cuales de ellas se registran con la finalidad de mejorar y unificar la calidad de cuidados ofertada a los pacientes quirúrgicos. Nos parece el momento idóneo para realizar este proyecto de unificación de registros y conseguir su inclusión en la historia clínica informatizada de la Comunidad de Aragón

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con los cuidados recibidos.
Aumentar la seguridad de los cuidados enfermeros.
Asegurar la continuidad de cuidados en el proceso quirúrgico.
Favorecer la actualización e intercambio de conocimientos basados en la evidencia de los profesionales de enfermería quirúrgica de todos los hospitales de la Comunidad.
Unificación de los tres registros de cuidados enfermeros: preoperatorio, peroperatorio y postoperatorio en un único registro de enfermería quirúrgica.
Implementar el registro unificado en todos los hospitales, inicialmente en formato papel y posteriormente informático

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Constituir grupos de trabajo.
2. Contactar con todos los hospitales de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar su colaboración y registros.
3. Contactar con hospitales de fuera de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar sus registros.
4. Recibir formación en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC).
5. Solicitar colaboración de enfermeras expertas en metodología enfermera.
6. Revisión y consenso de las intervenciones y actividades que se realizarán y se registrarán.
7. Diseño de la hoja de registro.
8. Presentación y difusión de la hoja de registro a todos los hospitales con actividad quirúrgica de la Comunidad.
9. Medición de la implementación. Informatización del registro.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 266

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS REALIZADOS EN LA UNIDAD DE REANIMACION POSTANESTESICA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de un registro enfermero de la unidad de reanimación postanestésica.
Realización de al menos 4 reuniones con acta de presentación del registro a enfermeros/as colaboradores de áreas quirúrgicas de otros centros de la Comunidad.
% de registros cumplimentados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Abril 2010. Constituir grupos de trabajo.
2. Abril 2010. Contactar con todos los hospitales de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar su colaboración y registros.
3. Mayo 2010. Contactar con hospitales de fuera de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar sus registros.
4. Junio 2010. Recibir formación en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC). Solicitar colaboración de enfermeras expertas en metodología enfermera.
5. Septiembre - Diciembre 2010. Revisión y consenso de las intervenciones y actividades que se realizarán y se registrarán.
6. Diciembre 2010. Diseño de la hoja de registro.
7. Enero – Febrero 2011. Presentación y difusión de la hoja de registro a todos los hospitales con actividad quirúrgica de la Comunidad.
8. Unificación de los tres registros de cuidados enfermeros: preoperatorio, peroperatorio y postoperatorio en un único registro de enfermería quirúrgica.
9. Marzo 2011. Medición de la implementación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 HP COMPAQ DC7700 SFF Formato reducible ... (*)	1.100 €
· Gastos de desplazamiento	100 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. (*) 2 HP COMPAQ DC7700 SFF Formato reducible convertible: Sobremesa - Minitorre. HEWLETT PACKARD

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 285

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y MANEJO INICIAL EN EL AREA DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER FUENTES OLMO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSÉ MARÍA ARTIGAS-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-RADIODIAGNÓSTICO
ELENA MARTÍNEZ-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-RADIODIAGNÓSTICO
LUIS SARRÍA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-RADIODIAGNÓSTICO
JAVIER POVAR-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-URGENCIAS
PEDRO PARRILLA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-URGENCIAS
RAFAEL URIBARRENA AMEZAGA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-APARATO DIGESTIVO
ALEJANDRO SERRABLO-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-CIRUGÍA GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las dificultades para establecer una estrategia racional de evaluación del paciente con ictericia, radica en que ésta es un síndrome clínico, no una enfermedad concreta. Excluida la hemólisis, las causas de ictericia pueden clasificarse en dos grandes categorías: estasis biliar intrahepático (ictericia hepatocelular) y obstrucción biliar mecánica (ictericia obstructiva).
Por lo tanto, el primer objetivo del clínico ante un paciente con ictericia será determinar si es debida a obstrucción de la vía biliar. Múltiples estudios demuestran que esta distinción puede realizarse hasta en el 85% de los pacientes con los datos clínicos (edad, estado nutricional, dolor, sintomatología sistémica, estigmas de hepatopatía, hígado o vesícula palpables) y sencillos tests bioquímicos, pero es indudable la necesidad de técnicas de imagen para hacer el diagnóstico definitivo: ecografía (US), tomografía computada (TC), colecistografía isotópica (CI), colangiopancreatografía por Resonancia Magnética (CPRM), colangiografía percutánea transparietohepática (CPT), colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), ecoendoscopia. Cada uno de estos estudios asocia un nivel de efectividad diferente en la valoración de la causa y del lugar de la obstrucción. En pacientes seleccionados, la CPRE puede además solucionar la obstrucción en una proporción significativa de casos.
En los pacientes con una elevada probabilidad pretest de ictericia no obstructiva, la ecografía es suficiente para descartar dilatación de la vía biliar y la biopsia hepática percutánea, en caso de estar indicada, es el siguiente paso diagnóstico. Una situación diferente es la de los pacientes con elevada probabilidad de obstrucción biliar. En adultos, la obstrucción extrahepática es la causa en el 40% de los pacientes en los que la ictericia es el síntoma primario, y esta proporción aumenta con la edad. Las causas más frecuentes de obstrucción biliar son los tumores de páncreas, ampolla de Vater o vía biliar, coledocolitiasis, pancreatitis y estenosis yatrogénicas de la vía biliar. Otras causas menos frecuentes son tumores metastáticos al epitelio biliar, colangitis esclerosante y otras causas de colangitis.
Estos son los pacientes que más se pueden beneficiar de un diagnóstico rápido, ya que en la mayoría de casos van a precisar tratamientos específicos (Cirugía, prótesis biliar endoscópica, drenaje biliar externo…) que requieren evaluaciones más complejas e ingreso hospitalario. Actualmente, la disponibilidad de una sección de Radiodiagnóstico integrada en Urgencias, permite realizar en muy poco tiempo la mayoría de las exploraciones necesarias (ecografía, TC, RMN) para determinar si el paciente tiene o no obstrucción biliar, por lo que ya desde antes del ingreso hospitalario podría establecerse la secuencia de actuaciones.
Además hemos observado una gran variabilidad en el abordaje del diagnóstico de estos pacientes, tanto en Urgencias como en hospitalización y, seguramente debida a la ausencia de un protocolo definido

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Por lo tanto, para homogeneizar en la medida de lo posible la estrategia diagnóstica de esta entidad, hemos considerado oportuno elaborar y aplicar un protocolo diagnóstico que se inicie ya en el momento en que el paciente entra en Urgencias, y con el que se pretende conseguir:
1.- Los pacientes con obstrucción biliar sean correctamente diagnosticados en Urgencias.
2.- En los casos de diagnóstico no concluyente, quede establecida la secuencia de exploraciones a realizar una vez el paciente ingrese.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 285

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y MANEJO INICIAL EN EL AREA DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA

3.- En los pacientes ya diagnosticados pueda ponerse en marcha la estrategia terapéutica ya desde Urgencias o precozmente una vez ingresen.
3.- Reducir la realización de exploraciones redundantes o innecesarias.
4.- Reducir la estancia hospitalaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actuaciones previstas en este proyecto van dirigidas a los siguientes grupos de pacientes:
1.- Pacientes que acuden a Urgencias, ya sea remitidos por Médico de Atención Primaria, Especialista o por iniciativa propia, con ictericia como signo clínico fundamental.
2.- Pacientes que, aun siendo remitidos a Urgencias por otro motivo, presenten ictericia en la exploración física, no relacionada con patologías ya conocidas.
3.- Pacientes que aunque no presenten ictericia como signo fundamental, aporten análisis con colostasis y bilirrubina igual o superior a 3 mg/dl.
Se excluirá a aquellos pacientes con ictericia o colostasis relacionadas con patologías ya conocidas y estudiadas previamente (p. ej cáncer con metástasis hepáticas, obstrucciones biliares no tratadas, hemólisis, etc)
Para establecer de forma apropiada la secuencia de estudios de imagen, es preciso clasificar primero al paciente ictérico en una de las principales categorías clínicas, según criterios bien definidos:
1. Alta probabilidad de obstrucción mecánica
2. Baja probabilidad de obstrucción mecánica
3. Indeterminado
En aquellas situaciones en que la probabilidad pretest de obstrucción sea alta, es de gran utilidad plantear una segunda cuestión en relación con la probabilidad de que la obstrucción sea benigna o maligna. En función de estas probabilidades se establecerá la secuencia diagnóstica que se detallará en el protocolo definitivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la evaluación del protocolo se han elegido los siguientes criterios con su correspondiente indicador:
1.- El objetivo fundamental de este protocolo es conseguir que la mayoría de los pacientes que acuden a Urgencias con ictericia sean diagnosticados correctamente en las primeras horas para ser incluidos de entrada en uno de los dos grandes grupos sindrómicos: Obstrucción / No obstrucción de la vía biliar. Por lo tanto interesa saber cuantos pacientes son diagnosticados erróneamente en cada uno de los grupos en las primeras horas, es decir en Urgencias.
2.- El otro objetivo es lograr que con las herramientas actualmente disponibles en Urgencias (ecógrafos de última generación, TC multidetectores y RM) los pacientes sean correctamente diagnosticados y el ingreso hospitalario sea solamente para completar el estudio y con ello instaurar o programar el tratamiento adecuado.
3.- Finalmente, se pretende reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes en relación a la existente en los hospitales del mismo nivel y por la misma patología.

INDICADORES
1.- Porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados de ictericia obstructiva desde el área de Urgencias
(Pacientes con diagnóstico de obstrucción biliar en Urgencias /Pacientes con diagnóstico definitivo de Obstrucción biliar) X 100
El valor esperado deberá ser superior al 95%
2.- Porcentaje de pacientes con diagnóstico definitivo establecido en el área de Urgencias y que sólo ingresan para completar estudio y/o tratamiento
(Pacientes diagnosticados completamente en Urgencias / Pacientes ingresados por ictericia obstructiva) X 100
El valor esperado deberá ser superior al 75%
3.- Estancia media de los pacientes ingresados por ictericia obstructiva que se comparará con estancia standard de los hospitales del mismo nivel en cada año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Elaboración y aprobación del protocolo: marzo-abril 2010 (Actualmente está redactado y falta la presentación y aprobación definitiva por la Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos).
2.- Implementación protocolo: mayo 2010
3.- Recogida de datos para cálculo de indicadores: junio-diciembre 2010
4.- Presentación de resultados: febrero 2011

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 285

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y MANEJO INICIAL EN EL AREA DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Soporte informático: Ordenador portátil /Notebook	700 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. (*) Apoyo de Servicio de Informática para elaboración de base de datos y recuperación de la información

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 354

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LAS ESTANCIAS CLINICAS DE ALUMNOS DE ENFERMERIA EN EL HUMS

2. RESPONSABLE ..... EVA GALVEZ ALVAREZ
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. FORMACION. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA DEL HMI
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN NOYA CASTRO-DUE-HUMS-SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL HMI
Mª LUZ HOSPITAL IBÁÑEZ-DUE-HUMS-COORDINADORA DE CUIDADOS
Mª JOSÉ PÉREZ ARDISA-DUE-HUMS-URGENCIAS
DOLORES ORTIZ ABRIL-DUE-HUMS- SUPERVISORA DE UNIDAD DE PREVENTIVA
ROSA SÁNCHEZ LÓPEZ-DUE-HUMS-SUPERVISORA DE UNIDAD DE FARMACIA
BELÉN VICENTE DE VERA Y BELLOSTAS-DUE-HUMS-SUPERVISORA DE UNIDAD DE UCI
MERCEDES BLASCO SOLANA-DUE-UNIZAR-TEU ESTANCIAS CLÍNICAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Hospital Universitario Miguel Servet, realizan prácticas clínicas alumnos en formación de diferentes titulaciones sanitarias.
En concreto, de la titulación de enfermería, pasan por nuestro hospital aproximadamente 230 alumnos (datos de 2009) por curso. Estos alumnos tienen asignado un profesor asociado, vinculado a la EUCS de la Universidad de Zaragoza y durante su estancia en el hospital es éste quien les supervisa y adiestra a través de seminarios relacionados fundamentalmente con la plaza que desempeña en el Hospital.
Así, la adquisición de las competencias específicas de los alumnos de enfermería se realiza de forma desigual, en dependencia de las unidades/equipos en los que desarrollan sus prácticas, los profesionales con los que aprenden, la diversa especialización de los profesores asociados asignados y sus propias aptitudes individuales.
Una manera de garantizar cierta homogeneidad en la oferta docente sobre competencias básicas-específicas de Enfermería durante las estancias clínicas, es a través de una formación común, a modo de seminarios generales a cada grupo de alumnos en prácticas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Implantar un programa docente intrahospitalario para alumnos de enfermería en formación, basado en determinadas competencias específicas (Grupos II y III) del grado de enfermería, recogidas en las materias Estancias clínicas I y II.
-Afianzar los conocimientos necesarios para favorecer la adquisición de las mencionadas competencias específicas por parte del futuro profesional de Enfermería
-Garantizar la formación práctica en determinadas técnicas básicas de enfermería durante su estancia cínica en el HUMS.
-Fomentar una mayor comunicación con los responsables de la gestión de Estancias Formativas en la Universidad.
-Fomentar una mayor comunicación entre los profesores asociados de nuestro centro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las estancias formativas de los alumnos de Enfermería de Ciencias de la Salud se distribuyen en cuatro períodos a lo largo del curso académico, así durante el próximo curso 2010/2011 recibiremos aproximadamente 230 alumnos (datos curso 2009/2010) de 2º y 3º de grado, sujetos a una distribución de módulos y grupos.
Ello supone asumir una media de 60 alumnos en cada uno de los 4 módulos.
Cada módulo tiene una duración aproximadad de 2 meses, durante los cuales proponemos la realización de cuatro seminarios comunes.
De cada uno de ellos se realizarán dos ediciones, para garantizar la máxima asistencia y para conseguir un número de alumnos, máximo de 30, que favorezca una adecuada reciprocidad de la comunicación.
Programa formativo común:
-Seminario A: Planes de Cuidados Estandarizados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 354

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LAS ESTANCIAS CLINICAS DE ALUMNOS DE ENFERMERIA EN EL HUMS

-Seminario B: Prevención de la infección nosocomial y de errores en la administración de medicamentos
-Seminario C: RCP básica; gestión de un carro de parada cardiaca
-Seminario D: Venoclisis y Ventiloterapia básicas
En el acto de Acogida que se realiza al comienzo de cada módulo se informará sobre la distribución y fechas de los seminarios, así como de los grupos, que inicialmente coincidirán con los cursos: I y II (entrega de díptico informativo).
Los profesionales encargados de realizar la labor docente, son especialistas de reconocido prestigio en las respectivas parcelas asignadas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •Asistencia a los seminarios (mediante hoja de control de firma y DNI) >90% a cada uno de ellos
•Encuesta de evaluación de cada actividad formativa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se desarrollará durante el curso académico 2010/2011:
Módulo I: de septiembre a noviembre de 2010
- dos ediciones de cada uno de los seminarios A, B, C y D Módulo II: de noviembre a enero de 2011
- dos ediciones de cada uno de los seminarios A, B, C y D Módulo III: de enero a marzo de 2011
- dos ediciones de cada uno de los seminarios A, B, C y D Módulo IV: de abril a junio de 2011
- dos ediciones de cada uno de los seminarios A, B, C y D

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresora HP Color LaserJet serie CP1510	250 €
· Cartucho de impresión amarillo, ... (*)	320 €
Total	570 €

11. OBSERVACIONES. Durante el mismo curso podrá darse el caso de alumnos que, en diferentes módulos, repitan su estancia en el HUMS (aunque en diferente unidad), así como entre diferentes cursos lectivos, por lo que, en cada módulo, se adecuará la oferta de ediciones al número de alumnos pendientes de realizar los seminarios.

(*) Cartucho de impresión amarillo, HP Color LaserJet CB542A con tóner ColorSphere; cian; magenta; negro,...

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 360

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE RECICLAJE EN RCP BASICA EN UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HUMS

2. RESPONSABLE ..... EVA GALVEZ ALVAREZ
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. FORMACION. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA DEL HMI
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN NOYA CASTRO-DUE-HUMS-SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL HMI
ARTURO HERRERO ALONSO-DUE-HUMS-SUPERVISOR RADIODIAGNÓSTICO HG
ROSA REDONDO BLANCO-DUE-HUMS-SUPERVISORA RADIODIAGNÓSTICO HMI Y MN
CARMEN FLETA GIMENO-DUE-HUMS- SUPERVISORA TAC-RM
LIDÓN PRADES TORRES-DUE-HUMS- SUPERVISORA RADIODIAGNÓSTICO URGENCIAS
MERCEDES BOXADÉ VILANOVA-DUE-HUMS-ENFERMERA RESPONSABLE DE RADIODIAGNÓSTICO EN CME RAMÓN Y CAJALROSA PELILLO GARCÍA-DUE-HUMS-SUPERVISORA EN CME SAN JOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la situación más grave que se puede presentar en una emergencia y, como tal, precisa de una atención correcta e inmediata para evitar la muerte de la víctima o la posibilidad de que sufra secuelas permanentes.

Una de las recomendaciones de la European Resuscitation Council (ERC) para la enseñanza de la RCP Básica es que los hospitales europeos han de tener programas para asegurar que todo el personal en contacto directo con la atención al paciente recibe enseñanza y reciclaje en RCP.

En el Hospital Universitario Miguel Servet, la Dirección de Enfermería pretende difundir e impulsar prácticas para una excelente coordinación del personal de enfermería a la hora de aplicar los circuitos de asistencia establecidos ante estas situaciones de urgencia en las respectivas unidades, así como aplicar las maniobras básicas de resucitación y gestionar eficientemente el material y la medicación apropiados, mediante su protocolización.

En unidades de sevicios centrales, como es el caso de Radiología, la incidencia de PCR es baja, por lo que, precisamente, la preparación de su personal debe estar garantizada cuando una urgencia tan importante se presente.

Durante el año 2010, tal proyecto pretende implantarse en las unidades de Radiología del Sector II: las 4 unidades del HUMS, y las de los respectivos centros de especialidades: CME Ramón y Cajal y CME San José

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar una respuesta segura y eficaz del personal de enfermería ante una parada cardio respiratoria de un paciente en las unidades de Radiología del Sector Zaragoza II.
Evitar variabilidad en la práctica clínica al aplicar un circuito validado para la atención enfermera en caso de PCR, en dependencia de la unidad de enfermería en la que se produzca.
Difundir e implantar el nuevo protocolo, aprobado por la comisión de Dirección del HUMS, sobre preparación y mantenimiento de los carros de parada cardiaca.
Dotar a los alumnos de los conocimientos necesarios para afrontar con resolución las situaciones de parada cardiorrespiratoria.
Revisar las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resucitation Council en relación con el Soporte Vital Básico.
Implantar un programa de reciclaje bienal del personal de enfermería en las unidades de radiología del Sector II

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Alrededor de 200 profesionales sanitarios del área de Enfermería integran las unidades de Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina nuclear, Resonancia Magnética y TAC en el HUMS, y otros 30 entre los dos centros de especialidades del Sector II: Ramón y Cajal y San José.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 360

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE RECICLAJE EN RCP BASICA EN UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HUMS

Inicialmente se han asignado dos responsables para la implantación del proyecto en cada una de las 6 unidades mencionadas, los cuales serán formados en un curso de Soporte Vital Básico acreditado con 5 créditos por la cfc y por SEMES.
Dichos responsables seleccionarán a los profesionales a formar mediante una serie de talleres de RCP básica (ver programa), de manera que se agrupen según su pertenencia a la misma unidad de enfermería, para garantizar un mayor impacto de la estrategia de difusión e implantación del programa, al realizarlo de forma uniforme.
PROGRAMA (Taller de 3h acreditado por la comisión de formación continuada de Aragón)
- Circuito de atención en caso de PCR en las diferentes unidades de enfermería del HUMS.
- Presentación y justificación del protocolo "Preparación y Mantenimiento el carro de parada cardiaca", aprobado por la comisión de dirección del HUMS.
• Composición y distribución de material y medicación esencial.
• Revisión y mantenimiento
- Reciclaje en RCP básica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •Personal formado en Taller de RCP Básica…… >80% al finalizar el año 2010
•Réplicas del Taller de RCP básica…… Al menos 2 ediciones/mes por unidad, durante 4 meses y con 5pax/edición

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo de 2010: formación en SVB de los responsables de implantar y/o replicar posteriormente los talleres de RCP y mantener un programa de reciclaje bienal.
Repetir ediciones del taller básico, de 3h de duración, a razón de 2 ediciones por unidad de enfermería y mes, con un número máximo de participantes de 5, entre DUE, TCAE y TER.
Meses recomendados: ABRIL-MAYO-OCTUBRE-NOVIEMBRE de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 Maniquíes de simulación de RCP básica	550 €
Total	550 €

11. OBSERVACIONES. Estarán eximidos de realizar los talleres aquellos profesionales que acrediten pertinentemente haber realizado formación en SVB, en los dos últimos años (2008 y 2009).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 371

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES PRECOCES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SEPSIS BASADOS EN PROTOCOLOS IMPLANTADOS EN OTROS HOSPITALES

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARCES SAN JOSE
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSCAR ORTIGOSA AGUSTIN-MEDICO-Sº URGENCIAS H.U.MIGUEL SERVET ZARAGOZA
Mª ANGELES JAVIERRE LORIS-MEDICO-Sº URGENCIAS H.U.MIGUEL SERVET ZARAGOZA
JOSE ANTONIO GALVE GALVE-MEDICO-Sº URGENCIAS H.U.MIGUEL SERVET ZARAGOZA
SONIA BAQUEDANO GARCIA-ENFERMERA-URGENCIAS H.U.MIGUEL SERVET ZARAGOZA
ALMUDENA MARCOS IÑIGUEZ-ENFERMERA-URGENCIAS H.U.MIGUEL SERVET ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las infecciones constituyen un 10,4% de las urgencias hospitalarias pero solo el 5-10% cumplen criterios diagnosticos de sepsis, de los cuales un 30%evolucionarán a cuadros de sepsis grave o shock septico con altos porcntajes de mortalidad.
Existe suficiente evidencia cientifica para afirmar que la aplicación precoz de medidas diagnostico-terapeuticas , entre las que se incluyen el tratamiento antibiotico y soporte hemodinamico adecuado mejoran de manera significativa la supervivencia.
La realidad de los servicios de urgencias en situacion , en muchas ocasiones , de sobresaturación , hace que la asistencia a dichos pacientes pueda demorarse .
La experiencia previa de otros servicios junto con los buenos resultados obtenidos con protocolos de detección precoz basados en parámetros clínicos hace que éstos resulten cruciales tanto en la identificación de pacientes como en el inicio de tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Disminuir el tiempo de asistencia de pacientes que en TRIAJE se detectan con 2 ó más constantes alteradas , definidas por : Tª>38º C ó <36ºC , taquicardia (FC>90lpm) , hipotensión (TAS< 90).
2-Instauracion precoz de tratamiento adecuado :fluidoterapia ,antitermicos y antibioticos.
3-Incluir los hemocultivos dentro de las peticiones de pruebas complementarias a solicitar desde el box de urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Formación del grupo de trabajo y revision bibliografica.
-Aplicación en Sº de Urgencias de HUMS de experiencias llevadas con éxito en otros Centros , tanto de nuestra Area como de otras CCAA.
-Realizar sesiones de actualización para personal sanitario (enfermería , MIR) de criterios y manejo inicial del paciente septico.
-Elaborar documento practico de sepsis para difundir entre el personal sanitario.
-Evaluación de indicadores.
-Propuestas de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Disminucion del tiempo de asistencia de los pacientes seleccionados.
-Instauración precoz de ttº antibiotico(primeras 4 horas desde lleagada del paciente al Servicio de Urgencias).
-Extracción de hemocultivos desde la valoración inicial en el box de urgencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Formación del Grupo de Trabajo (Marzo 2010)
-Establecer criterios de Alarma (Abril 2010)
-Aplicación en PCH (Historia Informatizada) de los criterios de Alarma (Mayo 2010)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 371

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES PRECOCES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SEPSIS BASADOS EN PROTOCOLOS IMPLANTADOS EN OTROS HOSPITALES

-Recogida de Datos. (junio-Diciembre 2010)
-Análisis de Resultados y Propuestas de Mejora.(Enero-Febrero 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 inscripciones al Congreso Nacional de Calidad Asistencial	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 156

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PROGRAMA PREDONACION DE SANGRE AUTOLOGA EN EL HUMS. ADAPTACION A LA NORMA ISO 9001:2000

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GARCIA ERCE
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUENCA ESPIÉRREZ JORGE-FEA-SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA-HUMS
HERRERA RODRÍGUEZ ANTONIO-PROFESOR-JEFE DE SERVICIO-CÁTEDRA CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOGÍA
BORQUE FERNANDO ÁNGEL--FEA-SERVICIO DE UROLOGÍA-HUMS
SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO-FEA-UNIDAD DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA-HUMS
LAGLERA ÁRBOL SALVADOR-JEFE DE SERVICIO ANESTESIOLOGÍA REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR-HUMS
VILLAR FERNÁNDEZ ISABEL-FEA-SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA-HUMS
RUBIO FÉLIX DANIEL-JEFE DE SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA-HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto se plantea como la revisión del Protocolo Clínico de Autodonación Predepósito del HUMS aprobado en Enero 2008 y del Protocolo Clínico para el Tratamiento de la Anemia con Hierro Intravenoso.
El objetivo es analizar la eficacia y seguridad de los protocolos aplicados en la administración de hierro endovenoso (FEEV) (hierro sucrosa) y agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEEs) (epoetina alfa y beta, y darbopoetina), y su universalización para todos los pacientes programados para cirugía de alto riesgo transfusional con la inclusión del uso del nuevo preparado de hierro ev (carboximaltosa)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2008 fue aprobado un proyecto de Uso Racional del Medicamento en la convocatoria del IACS. Se planteó como un estudio previo observacional retrospectivo del tratamiento farmacológico de la anemia preoperatoria de los pacientes remitidos para donación preoperatorio de sangre autóloga (DPSA) entre 2003 y 2007. El objetivo fue analizar la eficacia y seguridad de los protocolos aplicados en la administración de hierro endovenoso (FEEV) (hierro sucrosa) y agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEEs) (epoetina alfa y beta, y darbopoetina). Dichos resultados dieron lugar a tres protocolos clínicos del HUMS: DONACIÓN PREDEPÓSITO DE SANGRE AUTÓLOGA (DPSA), PROTOCOLO CLINICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA CON HIERRO INTRAVENOSO EN LA UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL y PROTOCOLO HEMOTERAPIA
EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general:
Analizar la eficacia y seguridad de la utilización de FEEV y/o AEEs en régimen ambulatorio a pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada.
Objetivos específicos:
- Analizar la incidencia del tratamiento farmacológico de la anemia y déficit hematínicos de los pacientes remitidos para DPSA.
- Universalizar el uso de la nueva incorporación en el armamentarium hospitalario del hierro carboximaltosa en sustitución progresiva del hierro sacaross
- Analizar el consumo de AEEs, las diferentes presentaciones (alfa vs beta), y comparar su eficacia según se asocie o no FEEV, en términos de no inferioridad.
- Comparar la efectividad de la administración de AEEs junto FEEV con los resultados de la bibliografía y estimar el ahorro en términos de coste efectividad del protocolo propuesto

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño. Estudio observacional retrospectivo de dos bases informáticos de desarrollo prospectivo, de los pacientes remitidos para ser sometidos a DPSA o para ser tratados con FEEV en régimen ambulatorio.
Ámbito del estudio. Hospital Universitario Miguel Servet.

Sujetos de Estudio. Pacientes remitidos para DPSA de cirugía ortopédica de artroplastia de cadera, rodilla, columna y escoliosis, cirugía oncológica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 156

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PROGRAMA PREDONACION DE SANGRE AUTOLOGA EN EL HUMS. ADAPTACION A LA NORMA ISO 9001:2000

urológica, digestiva y maxilofacial, y cardíaca.

Fuente de información: Los datos de consumo de TSA se obtendrán del programa Informático del Servicio de Transfusión (Net Gold Bank?); los datos analíticos se revisarán del programa informático del Laboratorio de Hematología (Modulab Gold?); los datos sobre consumo y coste de fármacos se obtendrán de la base de datos de autodonación existente en el Servicio de Hematología.

Tratamiento de la anemia: Se definirá “anemia” si los niveles de Hb sean inferiores a 12 g/dL en mujeres y a 14 g/dL en varones; “déficit de hierro” o “ferropenia”, cuando los niveles de ferritina sean inferiores a 40 mcg/L y saturación de transferrina <20%; y “anemia de trastornos crónicos+ferropenia”, cuando presente unos niveles elevados de PCR, y los niveles de ferritina sean inferiores a 100 mcg/L y saturación de transferrina <20%.
El tratamiento de la ferropenia se inicia vía oral con Ferrosanol? 1 comp/12 h durante 1 mes. En caso ferropenia o anemia ferropénica grave, falta de tiempo, intolerancia o contraindicación a ferroterapia oral se pauta hierro sacarato e.v. (Venofer?, Vifor) al menos 200 mg ev por sesión (máximo 600 mg/semana). El ritmo de infusión programado de hiero sacarato (Venofer?, Vifor) variará en función de las cifras de Hb iniciales, la urgencia de la recuperación y de la tolerancia a la anemia. Pueden administrarse a razón de 1-3 ampollas/1-3 veces por semana, con el límite de 7 mg/kg peso por sesión y con máximo de 600 mg por semana. Como norma general, la pauta de infusión habitual en nuestra unidad es de 2 sesiones a la semana, administrando 2 ó 3 ampollas en dicha sesión.
La administración de carboximaltosa de hierro (Ferinject) en dosis única de hasta 1000 mg (dosis inferior a 7 mg/kg) sólo una vez a la semana tras el cálculo de la dosis total requerida.
Administración de eritropoyetina (alfa epoetina 40000 UI sc ó beta epoetina 30000 UI sc): En caso de anemia no carencial (Hb<13 g/dL), se administra una dosis en cada donación. Incorporar la utilización de otros AEEs como la darboepoetina alfa (Aranesp 300 sc cada 15-21 días)

En la elaboración del trabajo se realizarán los siguientes análisis:
1. ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE ESTOS FÁRMACOS EN FUNCIÓN DE LA ANEMIA Y DÉFICIT DE HEMATÍNICOS
Se analizará la incidencia anual de la anemia y los diferentes déficits hematínicos para todos los pacientes atendidos en el Servicio de Transfusión, según patologías y servicios prescriptores, así como la evolución del consumo de los fármacos específicos.
Se estudiará el posible papel predictivo de los diferentes parámetros hematimétricos del recuento celular de los autoanalizadotes en el diagnóstico de la etiología de la anemia, de los déficits presentes y en la respuesta al tratamiento farmacológico.

2. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
Evaluación del cumplimiento del protocolo del tratamiento de la anemia perioperatoria:
Analizar la adecuación de los tratamientos farmacológicos administrados a los estándares admitidos en los parámetros de efectividad: corrección de la anemia, obtención de unidades autólogas, evitación de la TSA y reducción del volumen transfundido de los pacientes tratados con FEEV y/o AEEs.
La seguridad: Se analizará la notificación de reacciones adversas anafilácticas en relación con FEEV y la notificación de trombosis venosa profunda.
Estimación del coste-tratamiento por paciente intervenido. Todo ello se realizará basándonos en el PVP y en el precio de compra real del Servicio de Farmacia en euros de los fármacos dispensados y de los costes de la adquisición de los hemoderivados, sus pruebas cruzadas, su administración y sus efectos

Los Dres Cuenca, Borque y Serrablo serán los responsables de valorar la incidencia de la anemia, consumo de hemoderivados, análisis de factores de riesgo transfusional. Los Dres Laglera, Rubio y el Prof Herrera serán los responsables de poner los medios humanos y organizar que aquellos pacientes programados a cualquier cirugía que presenten anemia sean valorados, estudiados e incluso tratados. La Dra Villar Fernández supervisará los consumos, los costes, los posibles efectos adversos, y las pautas de administración de los fármacos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE ESTOS FÁRMACOS EN FUNCIÓN DE LA ANEMIA Y DÉFICIT DE HEMATÍNICOS
Se analizará la incidencia anual de la anemia y los diferentes déficits hematínicos para todos los pacientes atendidos en el Servicio de Transfusión, según patologías y servicios prescriptores, así como la evolución del consumo de los fármacos específicos.
2. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 156

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PROGRAMA PREDONACION DE SANGRE AUTOLOGA EN EL HUMS. ADAPTACION A LA NORMA ISO 9001:2000

Evaluación del cumplimiento del protocolo del tratamiento de la anemia perioperatoria:
Analizar la adecuación de los tratamientos farmacológicos administrados a los estándares admitidos en los parámetros de efectividad: corrección de la anemia, obtención de unidades autólogas, evitación de la TSA y reducción del volumen transfundido de los pacientes tratados con FEEV y/o AEEs

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante los primeros tres meses se hará una revisión bibliográfica, revisión de datos y de las bases de datos informáticas de autodonación predepósito y de ferroterapia ambulatoira.
En los tres meses siguientes se revisará el consumo de hemoderivados e incidencia de anemia de los principales servicios quirúrgicos (urología, cirugía ortopédica y hepática) así como el impacto de la autodonación predepósito en las principales patologías analizadas.
En los tres meses se procederá al Análisis Estadístico e interpretación de resultados. Seguido de la difusión de los resultados: comunicaciones a congresos y publicaciones
Se finalizará con la elaboración de un manual de procedimiento, acorde a la norma ISO 9001:2000, sobre el manejo integral del paciente programada a cirugía de alto riesgo transfusional para su inclusión en el programa de autodonación predepósito y tratamiento de la anemia preoperatoria

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador Portátil	600 €
· Disco duro de memoria externa	250 €
· PDAs (cuatro)	600 €
· Edición plastificada en color tamaño bolsillo ... (*)	250 €
Total	1.700 €

11. OBSERVACIONES. (*) Edición plastificada en color tamaño bolsillo del algoritmo del manejo preoperatorio del paciente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 330

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE USUARIOS Y CONTRASEÑAS EN LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “MIGUEL SERVET”

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GARCIA GIL
- Profesión ..... ADMINISTRATIVO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. INFORMATICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALFREDO LORENTE BAIGORRI-INFORMÁTICO-HOSPITAL "MIGUEL SERVET"
ADORACIÓN MARTÍNEZ VAL-INFORMÁTICO-HOSPITAL "MIGUEL SERVET"
RAFAEL GIMÉNEZ GIL-INFORMÁTICO-HOSPITAL "MIGUEL SERVET"
JESÚS HERRANDO BLASCO-INFORMÁTICO-HOSPITAL "MIGUEL SERVET"
PABLO BAILO MASTRAL-INFORMÁTICO-HOSPITAL "MIGUEL SERVET"
JUAN JOSÉ LÁZARO MARTÍNEZ-INFORMÁTICO-HOSPITAL "MIGUEL SERVET"
ALBERTO BEAMONTE SAN AGUSTÍN-INFORMÁTICO-HOSPITAL "MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad cada aplicación en el Hospital dispone de su propia Base de Datos de usuarios y contraseñas para validar el acceso a cada una de ellas. Por otra parte, el número de aplicaciones y de usuarios se ha incrementado considerablemente en los últimos años (Intranet-Gestión Asistencial, UCIS, nuevas Consultas externas nuevas, Urgencias ….) y la incorporación de personal de enfermería en el uso de estos sistemas genera un volumen importante de altas, bajas y modificaciones de usuarios en cada una de estas aplicaciones.

El cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de carácter personal nos obliga a personalizar cada una de los accesos, así como a implementar, de forma progresiva, políticas de complejidad y caducidad de contraseñas.

En estos momentos, las aplicaciones con validación interna en el Hospital coexisten con aplicaciones corporativas de Gobierno de Aragón (portal, correo electrónico) y/o de Plan de Sistemas (BDU, LEE,…), que utilizan un sistema de identificación de usuarios único conectado con la aplicación DEU (Directorio único de Empleado), que, en su día, se integrará con la aplicación de Gestión de Personal. Se espera que a lo largo de este año se implementen en el Hospital nuevas aplicaciones de Plan de Sistemas que añadirán usuarios a este entorno "corporativo" de validación (GPT, RIS/PACS, GACELA).

El objetivo principal de este proyecto de mejora es utilizar el sistema de identidades de Gobierno de Aragón como Base de Datos única de validación de usuarios y contraseñas en las aplicaciones locales del Hospital

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Unificar la identificación de usuarios y contraseñas para el máximo número de aplicaciones posibles. Al utilizar el sistema de identificación corporativo, se unifican las cuentas de acceso a correo eléctrico, portal, y aplicaciones de Plan de Sistemas (LEE, BDU…otras) con las aplicaciones locales del Hospital. En esta primera fase del proyecto se contemplan, al menos, el acceso a la Gestión Asistencial de Intranet, el acceso a Internet, y las nuevas aplicaciones del Plan de Sistemas que se implanten en el Hospital (RIS-PACS, GPT, Gacela …).

- Mejorar la utilización personalizada de las claves en el acceso a aplicaciones informáticas.

- Mejorar la seguridad de los sistemas informáticos que acceden a datos de carácter personal especialmente protegidos por la utilización de claves complejas.

- Mejorar el proceso de alta y baja de usuarios de aplicaciones informáticas integrándolas con las BD de Gestión de Personal

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 330

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE USUARIOS Y CONTRASEÑAS EN LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “MIGUEL SERVET”

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisar y definir un nuevo proceso de alta de usuarios en aplicaciones informáticas. El alta en la aplicación de Gestión de Personal y/o alta en Directorio Único de Empleado de Gobierno de Aragón generará de forma automática altas de correo electrónico y portal. Asimismo generará solicitudes de acceso a las aplicaciones informáticas del hospital (intranet, etc…) en función de cada perfil (médico, enfermería…).
- Integrar en el directorio de gestión de identidades de Gobierno de Aragón a TODOS los usuarios de aplicaciones informáticas en el Hospital, creando cuentas de correo eléctrico, portal y AD Salud (para la validación de aplicaciones de SALUD) para todos los usuarios.
- Modificar las aplicaciones de Intranet y de acceso a Internet en el Hospital para permitir, de forma electiva, la validación contra el Directorio Activo de Salud, integrado en la Gestión de Identidades de Gobierno de Aragón.
- Análisis del resto de aplicaciones locales del Hospital para determinar aplicaciones susceptibles de integración en el nuevo sistema (Anatomía Patológica, UCI, Laboratorio…).
- Desarrollo de un programa que permita gestionar todos los accesos de un determinado usuario en un único sistema.
- Validar el nuevo sistema con un servicio piloto. Posiblemente se aproveche la primera implantación de una aplicación de Plan de Sistemas con un volumen importante de usuarios en el Hospital (GPT, RIS/PACS, Gacela...).
- Extensión progresiva del nuevo sistema de validación en todas las unidades del hospital. Programación de sesiones de presentación / formación a usuarios en el nuevo sistema, aprovechando para dar pinceladas de formación en seguridad de datos de carácter personal

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de usuarios de Intranet-Gestión Asistencial que se validan contra el nuevo sistema. Obtención automática a través de las tablas de log de acceso a la Intranet.
- Número de reuniones/sesiones mantenidas con los usuarios para explicar el proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha inicial: Febrero 2009
- Fecha inicial servicio “piloto”: Abril 2009
- Fecha final: Diciembre de 2009

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· (1) Auriculares telefónicos inalámbricos ... (1)	2.500 €
· Bibliografía sobre temas técnicas ... (2)	300 €
Total	2.800 €

11. OBSERVACIONES. Por limitaciones en el número de componentes del equipo de mejora, se han indicado sólo siete nombres. En realidad, dado que el proyecto pretende abarca todas las aplicaciones informáticas del Hospital, el equipo de mejora está formado por todo el personal del Servicio de Informática. Se deberían incluir, por lo tanto, también a:
Dolores Salas Claver-Informática-Hospital "Miguel Servet"
Blanca Gerona Iñiguez-Informática- Hospital "Miguel Servet"
Este proyecto puede integrarse como subproyecto en el proyecto de mejora del sector para mejorar de los derechos de los pacientes: autonomía, accesibilidad, información y libre elección.

(1) Auriculares telefónicos inalámbricos para facilitar la atención telefónica a todos los miembros del equipo
(2) Bibliografía sobre temas técnicas relacionados con la gestión de usuarios y la seguridad de los sistemas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 474

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VACUNACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO GARCIA LOPEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALO SANTANA LÓPEZ- MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-PREVENTIVA
RAQUEL VICENTE LIDÓN-MÉDICO GASTROENTERÓLOGO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-DIGESTIVO
SONIA GALLEGO MONTAÑÉS-MÉDICO GASTROENTERÓLOGO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-DIGESTIVO
FERNANDO GOMOLLÓN- MÉDICO GASTROENTERÓLOGO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-DIGESTIVO
CLARA PUEYO SALAVERA- MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA-CENTRO DE SALUD ALMOZARA
JAVIER VALDEPEREZ TORRUBIA-MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA-CENTRO DE SALUD ACTUR
EDUARDO BAJADOR ANDREU- MÉDICO GASTROENTERÓLOGO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), entidad que incluye 2 enfermedades fundamentales, enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) está aumentado su incidencia en nuestro medio. Ello hace, unido a su carácter crónico que esté alcanzado una prevalencia importante. En la EII las infecciones son frecuentes, no sólo como complicación de la enfermedad sin también asociadas a los tratamientos inmunosupresores que cada día se utilizan con mayor frecuencia. Dentro de estos, especial mención merecen los agentes biológicos (anti TNF), muy eficaces pero con un conocido riesgo de infecciones. Para prevenir las complicaciones infecciosas existen estrategias de prevención recomendadas por sociedades científicas, entre ellas un protocolo adecuado de vacunaciones. Su aplicación podría reducir el riesgo de algunas infecciones en nuestros pacientes.
Nuestra prioridad inicial sería la aplicación de un programa de vacunación a los enfermos en tratamiento con agentes biológicos, en este caso con la colaboración con el servicio de preventiva del Hospital Universitario Miguel Servet. En un segundo momento se pretende la generalización de un programa de vacunación a los pacientes en tratamiento con otros inmunosupresores (tiopurinas, metotrexato y esteroides) y finalmente a todos los enfermos, en estos casos con la colaboración de atención primaria. Finalmente, se pretende la extensión del proyecto a otros sectores de Aragón, con los que se cuenta desde el principio (el protocolo será consensuado con especialistas en EII de otros centros de nuestra comunidad)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el riesgo de infecciones prevenibles por vacunas en los pacientes con EII sometidos a tratamientos inmunosupresores y más concretamente a terapia con agentes anti TNF. No es posible comparar con la no aplicación del protocolo pero su beneficio esperable es evidente y además se ajusta a la buena praxis recomendada por las guías terapéuticas actuales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Elaboración del protocolo de vacunación en pacientes que reciben agentes biológicos anti TNF (infliximab, adalimumab), consensuados. Dr. Santiago García López, Dr. Gonzalo Santana López, Dr Fernando Gomollón
- Difusión del protocolo tras su elaboración, en Digestivo y Medicina preventiva: sesiones clínicas a tal efecto, en ambos servicios (hospital y centros de especialidades). Dra Raquel Vicente, Dr Gonzalo Santana López
- Aplicación del protocolo, en las consultas monográficas de EII, a los pacientes, que se atienden en ellas cuando se va a iniciar o ya están bajo tratamiento con agentes biológicos. Dra. Sonia Gallego, Dra. Raquel Vicente Lidón, Dr Santiago García, Dr. Gonzalo Santana López
- Elaboración de los protocolos de vacunación para los pacientes de nuevo diagnóstico, o en aquellos ya diagnosticados pero no bajo tratamientos biológicos, para su aplicación en atención primaria. Dr. Santiago García, Dr Fernando Gomollón, Dr. Javier Valdeperez Torrubia, Dra. Clara Pueyo, Dr Eduardo Bajador Andreu.
- Difusión de dichos protocolos, inicialmente en los citados centros de salud (Almozara y Actur Sur): sesiones clínicas a tal efecto y elaboración de información escrita con las recomendaciones actuales en las guías de práctica clínica. Dr. Javier Valdeperez Torrubia, Dra. Clara Pueyo, Dr. Santiago García

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 474

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VACUNACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

• Aplicación del protocolo, en las consultas de atención primaria en los centro de salud referidos (Almozara y Actur Sur), a los pacientes con nuevo diagnóstico de EII, que se atienden en los centros de atención primaria. Dr. Javier Valdeperez Torrubia, Dra. Clara Pueyo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Elaborar protocolo consensuado de vacunación para los pacientes con EII que reciban tratamiento con agentes biológicos anti TNF (infliximab o adalimumab); indicador: se considerará complicado tras su elaboración y aprobación por la comisión correspondiente.
• Aplicación del protocolo en los pacientes con EII que inician tratamiento biológico anti TNF; indicador: 1) número absoluto de pacientes que inicia tratamiento anti TNF y sigue el protocolo de vacunación (hasta ahora no se aplica dicho protocolo) y 2) porcentaje de pacientes que siguen el protocolo, respecto al total de los que inician el tratamiento con agentes anti TNF.
• Aplicación del protocolo en los pacientes con EII que ya estaban bajo tratamiento con agentes biológicos (no en los que lo inician ahora); indicador: 1) número absoluto de pacientes ya previamente bajo tratamiento con agentes anti TNF que siguen el protocolo de vacunación, y 2) % de pacientes ya en tratamiento con anti TNF que inicia el protocolo de vacunación frente al total de pacientes tratados previamente con anti TNF.
• Elaborar protocolo de vacunación en los pacientes con EII de nuevo diagnóstico o en aquellos ya diagnosticados pero no bajo tratamientos biológicos. Indicador: se considerará cumplido tras su elaboración y aprobación por la comisión correspondiente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ES PROBABLE QUE TODAS LAS ACTIVIDADES NO SE LOGREN EN EL EJERCICIO 2010.
• Elaboración del protocolo de vacunación de pacientes en tratamiento con agentes biológicos; 3 meses a partir de ahora: paso por la comisión correspondiente a partir de mayo.
• Difusión y puesta en marcha del protocolo en pacientes que reciben terapia biológica: mayo 2010
• Elaboración del protocolo consensuado con atención primaria, para pacientes de nuevo diagnostico de EII: otoño 2010. Aprobación por la comisión correspondiente.
• Difusión y puesta en marcha del protocolo en atención primaria, pacientes de nuevo diagnostico de EII: finales de año, principios de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portatil (preferible 13 pulgadas)	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. Como hemos reflejado, el objetivo posterior es ampliar la aplicación de este protocolo al resto de la comunidad autónoma. Para ello se pretende la obtención del consenso de los gastroenterólogos implicados en el tratamiento de la EII en Aragón, a través de la fundación aragonesa de enfermedad inflamatoria intestinal (ARAINF).
Se solicita ordenador portatil de 13 pulgadas por su mayor portabilidad, para su uso en las sesiones de los centros de salud referidos y servicios implicados en la aplicación del protocolo. El resto de material informático necesario para la divulgación del proyecto ya está disponible en el servicio de Digestivo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE SRIS (SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA) E INFECCION GRAVE EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... PILAR GARCIA MANGAS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CUIDADOS INTENSIVOS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ- MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
MARÍA PILAR CALMARZA CALMARZA- MÉDICO-HUMS-BIOQUIMICA
FRANCISCO OLMOS-MÉDICO-HUMS-UCI
CRISTINA GARCÍA LABORDA-MÉDICO-HUMS-UCI
NURIA FERNANDEZ ABAD-MÉDICO-HUMS-UCI
SUSANA ORTEGA UGARTE-MÉDICO-HUMS-UCI
RAÚL GARISA ROCHA-MÉDICO-HUMS-UCI

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

En el postoperatorio de cirugía cardiaca bajo circulación extacorpórea (CEC) se produce en mayor o menor grado la activación de la cascada inflamatoria, con aparición de fiebre, leucocitosis y otros signos que definen el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). Además, por la propia idiosincrasia del paciente y la cirugía es frecuente la aparición de hipotensión e incluso shock, síntomas que también pueden presentarse en el SRIS. Es un reto frecuente en estos pacientes el diferenciar este cuadro clínico de la sepsis grave y shock séptico, que por su etiología y por la alta mortalidad que conllevan, precisan de tratamiento antibiótico de forma precoz. El tratamiento antibiótico debe iniciarse lo más precozmente posible, puesto que el retraso en su aplicación afecta negativamente el pronóstico. Por otro lado un tratamiento antibiótico innecesario expone al paciente a complicaciones potencialmente graves y a la selección de gérmenes multirresistentes.

Cualiquer herramienta que ayude al clínico a diferenciar la infección de SRIS sin infección tiene por tanto gran importancia en estos pacientes.

La procalcitonina (PCT) es una pro-hormona derivada de las células C del tiroides que se ha propuesto como marcador de infección bacteriana. En personas sanas sus niveles en sangre son menores de 0’1 ng/mL. En las infecciones, pero también en otras circunstancias, esta pro-hormona se sintetiza en células parenquimatosas de todo el cuerpo, elevando los niveles plasmáticos, sin que se eleven niveles de calcitonina. Esta elevación tiene el mismo significado que las de los niveles de la PCR o de citoquinas proinflamatorias.

Las cifras de PCT se correlacionan con la gravedad de la infección para un mismo tipo de paciente (postoperado cardiaco, neumonía asociada a ventilación mecánica, neumonía adquirida en la comunidad…) y con el pronóstico, tanto su valor absoluto como su evolución temporal.

La PCR es un buen marcador de inflamación y ayuda en el diagnóstico de infección y sepsis, pero no es buen marcador para discriminar a los pacientes que van a tener mala evolución.

La PCT disminuye mas rápidamente que la PCR pero la persistencia de valores elevados indica la existencia de infección activa y de mala evolución.

Respecto a otros marcadores de infección (PCR, IL-6, leucocitos…) ha resultado ser mejor marcador de mala evolución (shock séptico o muerte) en múltiples estudios.

Causas de aumento de PCT diferentes a la infección:

1.- Tumores neuroendocrinos: Carcinoma medular de tiroides, Oat cell pulmonar, Sd. Carcinoide,
2.- SRIS: lesión por inhalación, broncoaspiración, golpe de calor, infarto mesentérico, pancreatitis.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE SRIS (SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA) E INFECCION GRAVE EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIACA

3.- Trauma grave: Quemados, cirugía mayor.
4.- Infarto agudo de miocardio preoperatorio en cirugía cardiovascular, cirugía bajo circulación extracorpórea.

Los valores pico de PCT varían en la cirugía cardiaca no complicada en función de varios factores:

- intervención: sin circulación extracorpórea (CEC) (media 0'7 ng/mL), con CEC (media 2 ng/mL), y valores mayores para cirugía valvular y aorta (>5 ng/mL hasta en el 35%).
- Ventriculotomía
- Pacientes pediátricos
- Duración de la cirugía y tiempos de CEC y clampaje

La PCT en la cirugía cardiaca no complicada puede variar y superar los valores considerados normales (< 0'1 ng/mL).
Además la cirugía cardiaca induce una respuesta infamatoria que puede llegar al SIRS, con fiebre > 38º C, simulando clínicamente un cuadro séptico. El tratamiento de las dos situaciones es diferente, siendo inútil y aún peligroso en el primer caso el instaurar tratamiento antibiótico, punto esencial en el tratamiento de cualquier cuadro séptico. El inicio precoz de tratamiento antibiótico adecuado es además uno de los principales factores pronósticos en el shock séptico.

Ha habido múltiples estudios para definir la rentabilidad diagnóstica de la PCT y el punto de corte para diferenciar la infección de otros estados de SIRS o shock no infecciosos en cirugía cardiaca.

Nawas	SIRS vs sepsis	>0'5	S 60%, E 79%
Auoifi	Infección vs no infección	1 ng/mL	S 85%, E 95% (pasadas 48 h de la IQ)
Meisner	Infección vs no infección	2 ng/mL	S 83, E 75%
Rothemburguer	Infección vs no infección	4 ng/mL	S 86%, E 98%
Hensel	SIRS vs sepsis	4 ng/mL	Alta S y E
Dörge	Infección vs no infección	5 ng/mL	S 82%, E 45%
Hensel	Lesión pulmonar aguda (LPA) sin infección	5'1-14'3	Marcador Inespecífico
Aouifi	Shock séptico vs cardiogénico	10 ng/mL	S 100%, E 62%, VPP 74%, VPN 100%

Para algunos autores tiene mucho más interés la evolución de los valores de PCT más que el valor absoluto. En los pacientes de cirugía cardiaca con postoperatorio no complicado los niveles deben volver a la normalidad en la primera semana. En los pacientes con infección los valores pico son mayores y permanecen más tiempo elevados o se re-elevan a partir del 6º día (Sponholz. Critical Care 2006, vol 10, nº 5).

También es útil para diferenciar rechazo agudo de infección bacteriana o fúngica, pero falta por definir los puntos de corte (la PCR se eleva en ambos casos, mientras PCT no se eleva en el rechazo agudo).

Por tanto sería útil realizar la determinación de niveles de PCT en los siguientes casos:

PACIENTES:
1.- A pacientes con sospecha de infección en el postoperatorio de cirugía cardiaca, en los que no sea evidente la presencia de infección (herida quirúrgica infectada, muestra respiratoria con recuento significativo…)

2.- A pacientes en Shock distributivo o mixto, SIRS, o lesión pulmonar aguda/ distress respiratorio :

- Permite tener pronto valores de referencia para ver la tendencia, que confirme el diagnóstico (PCT >1 ngr/ml pasadas 48 h de la cirugía son altamente sugestivas de infección) y valora la eficacia del tratamiento.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE SRIS (SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA) E INFECCION GRAVE EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIACA

• Apoya o desestima el uso precoz de antibióticos.
MOMENTOS:
1.- En el momento en que exista sospecha clínica. Tener en cuenta que no se detecta hasta pasadas 4-6 horas de la cirugía o de la aparición de la infección. Puede mandarse al laboratorio a cualquier hora. Se solicita PCT y PCR en volante de urgencias, en el apartado "observaciones".
2.- En caso de resultado negativo o no definitivos con alta sospecha clínica, se repite la muestra en 12 horas
3.- En caso de resultado positivo se seriarán las analíticas a las 12, 24 y 48 horas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Diagnóstico diferencial precoz entre SRIS y Sepsis.
2.- Disminuir el uso de antibioterapia innecesaria con la consiguiente disminución del riesgo para el paciente (diarrea asociada a antibióticos, candidiasis mucosas), del gasto sanitario y de las resistencias microbianas.
3.-Mejoría en la calidad de atención al paciente.
4.-Disminución del riesgo para el paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Recogida de datos clínicos responsable personal de UCI
Extracción de sangre responsable personal de UCI.
Detección de niveles de PCT y PCR responsable personal de Bioquímica.
Recogida de resultados microbiológicos por parte del personal de microbiología y UCI.
En definitiva: interpretación de los signos clínicos y microbiológicos apoyados por los valores del laboratorio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nombre del Indicador: Sensibilidad de la PCT y PCR para el diagnostico de infección
Area relevante:Postoperatorio cardiaco
Dimensión:Científico-técnica
Criterio de calidad:Porcentaje de pacientes con infección que tiene el test (PCR o PCT) positivo
Justificación:El diagnóstico correcto desminuye el riesgo para el paciente y mejera la calidad de la asistencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE SRIS (SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA) E INFECCION GRAVE EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIACA

Fórmula:
Pacientes con infección demostrada y PCT ó PCR elevadas x100
total de pacientes con infección demostrada
Explicación de términos:Se valorará porcentaje de pacientes infectados con niveles elevados de PCT y PCR entre el total de los pacientes infectados, tomando en cuenta distintos puntos de corte para dichos niveles.
Tipo de indicador:De proceso
Estándar:No existe
Fuente de datos:Literatura
Población:Pacientes en postoperatorio de cirugía cardiaca con CEC con sospecha de infección o SRIS
Responsable obtención:UCI, Microbiología, Bioquímica
Periodicidad:Una vez al año

Nombre del Indicador: Especificidad de la PCT y PCR para el diagnostico de infección
Area relevante:Postoperatorio cardiaco
Dimensión:Científico-técnica
Criterio de calidad:Porcentaje de pacientes sin infección que tiene el test (PCR o PCT) negativo
Justificación:El diagnóstico correcto desminuye el riesgo para el paciente y mejera la calidad de la asistencia
Fórmula:Pacientes sin infección demostrada y PCT ó PCR normal / total de pacientes con SIRS sin infección
Explicación de términos:Se valorará porcentaje de pacientes infectados con niveles elevados de PCT y PCR entre el total de los pacientes infectados, tomando en cuenta distintos puntos de corte para dichos niveles.
Tipo de indicador:De proceso
Estándar:No existe
Fuente de datos:Literatura
Población:Pacientes en postoperatorio de cirugía cardiaca con CEC con sospecha de infección o SRIS
Responsable obtención:UCI, Microbiología, Bioquímica
Periodicidad:Una vez al año

Nombre del Indicador: Valor predictivo positivo de la PCT y PCR para el diagnostico de infección
Area relevante: Postoperatorio cardiaco
Dimensión:Científico-técnica
Criterio de calidad:Porcentaje de pacientes que tiene el test (PCR o PCT) positivo entre el total de pacientes infectados
Justificación:El diagnóstico correcto desminuye el riesgo para el paciente y mejera la calidad de la asistencia
Fórmula:Pacientes con PCT ó PCR elevadas / total de pacientes con infección demostrada
Explicación de términos:Se valorará porcentaje de pacientes estudiados con niveles elevados de PCT y PCR entre el total de los pacientes infectados, tomando en cuenta distintos puntos de corte para dichos niveles.
Tipo de indicador:De proceso
Estándar:No existe
Fuente de datos:Literatura
Población:Pacientes en postoperatorio de cirugía cardiaca con CEC con sospecha de infección o SRIS
Responsable obtención:UCI, Microbiología, Bioquímica
Periodicidad:Una vez al año

Nombre del Indicador: Valor predictivo negativo de la PCT y PCR para el diagnostico de infección

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE SRIS (SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA) E INFECCION GRAVE EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIACA

Area relevante:Postoperatorio cardiaco
Dimensión:Científico-técnica
Criterio de calidad:Porcentaje de pacientes con el test (PCR o PCT) negativo entre el total de pacientes sin infección grave demostrada
Justificación:El diagnóstico correcto desminuye el riesgo para el paciente y mejora la calidad de la asistencia
Fórmula:Pacientes con PCT ó PCR normales / total de pacientes sin infección grave demostrada
Explicación de términos:Se valorará porcentaje de pacientes con niveles normales de PCT y PCR entre el total de los paciente estudiados (sospechosos de SRIS o infección) en los que se descarte infección bacteriana grave
Tipo de indicador:De proceso
Estándar:No existe
Fuente de datos:Literatura
Población:Pacientes en postoperatorio de cirugía cardiaca con CEC con sospecha de infección o SRIS
Responsable obtención:UCI, Microbiología, Bioquímica
Periodicidad:Una vez al año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desarrollo del protocolo hasta Marzo
Puesta en marcha abril
Evaluación en noviembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 294

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLOCIZACION DELOS ESTUDIOS ANALITICOS SEROLOGICOS EN GESTANTES. ANALISIS SEGUN POBLACION DE ORIGEN

2. RESPONSABLE ..... OSCAR GIL LAFUENTE
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSÉ MANUEL CAMPILLOS MAZA-JEFE DE SECCIÓN-HUMS-OBSTETRICIA
MARIA LAPRESTA MOROS- FEA- HUMS-OBSTETRICIA
ISABEL LAHOZ PASCUAL-FEA- HUMS-OBSTETRICIA
RAQUEL CRESPO ESTERAS-FEA-HUMS-OBSTETRICIA
MARTA LATRE PERALTA-MATRONA-HUMS-OBSTETRICIA
PILAR ANDRÉS ORÓS-FEA-HUMS-OBSTETRICIA
EVA PRADO HERRERO -MATRONA-HUMS-OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años se ha producido un aumento importante en la población extranjera que ha llegado a nuestro país. Este fenómeno poblacional está provocando numerosos cambios y nuevas situaciones a las que enfrentarse en nuestra sociedad, debido principalmente al importante incremento proporcional que ha experimentado el colectivo inmigrante hoy en día en nuestros pueblos y ciudades en los últimos 10-15 años. En lo que respecta a Aragón, la población inmigrante en la actualidad supone más del 7 % de la población total de nuestra comunidad.
En nuestra consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) el fenómeno de la inmigración ha tenido un impacto si cabe más importante debido a la alta tasa de natalidad de estas pacientes comparado con las españolas y al aumento de las patologías endémicas de sus países de origen que traen consigo y que en la población nacional prácticamente son anecdóticas.
La prevención de la infección congénita y perinatal es un problema de salud pública
reconocido en todo el mundo y ha dado lugar a la implantación de programas de control por parte de las autoridades sanitarias de diferentes países. Entre las acciones concretas relacionadas con estos programas se encuentran los estudios serológicos, procedimientos no invasivos que proporcionan la información necesaria para adoptar acciones preventivas o terapéuticas y han demostrado su utilidad en la asistencia preconcepcional y prenatal de la mujer (En general VIH, VHB, VHC, Toxoplasmosis y Rubéola).
El objetivo de este proyecto es identificar la pacientes afectas de patologías endémicas en su país de origen asi como pacientes nacionales que han viajado recientemente a éstos países y por tanto con elevado riesgo de afectación, con posibilidad de transmisión vertical y afectación materno-fetal importante, como son la enfermedad de Chagas y la Malaria.
La enfermedad de Chagas-Mazza o Trypanosomiasis Cruzi Americana es una infección hística y hemática producida por el protozoo flagelado hematófilo Trypanosoma Cruzi. Es una zoonosis endémica en Latinoamérica (Prevalencia 4-52%, transmisión vertical de hasta 5%) y además de la elevada tasa de parto prematuro en madres afectas, tiene 2 formas de presentación clínica neonatal:
Asintomática (corresponde a la gran mayoría de los pacientes).
Sintomática: (que puede ser precoz o tardía según aparecen los síntomas antes
o después de los treinta días de vida)
Las manifestaciones clínicas varían desde niños prematuros con importantes sintomatología hasta niños a término asintomáticos.
Los niños afectos pueden presentar diversos grados de afectación cardiaca, neurológica, hematológica y digestiva que requiere un tratamiento precoz neonatal.
El diagnóstico de la gestante embarazada se realiza mediante 2 pruebas serologicas diferentes (+) (la 2º como confirmación). El tratamiento precoz de los neonatos afectos (Con nefortimox o beznidazol) tiene una curación cercana al 100%.

La malaria constituye uno de los mayoresproblemas de salud pública en el mundo ya que se registran 300 millones de nuevos casos anuales y un millón mueren como consecuencia de la enfermedad. La inmunosupresión secundaria al embarazo hace
a la gestante más susceptible de presentar la enfermedad con consecuencias tanto para ella como para el producto de la gestación, con prevalencia de hasta el

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 294

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLOCIZACION DELOS ESTUDIOS ANALITICOS SEROLOGICOS EN GESTANTES. ANALISIS SEGUN POBLACION DE ORIGEN

55% en primigestas de paises del Africa subsahariana como Gambia y del15-30% en algunos paises de Iberoamerica o Asia. La malaria gestacional ha sido definida como la presencia de Plasmodium en sangre periférica materna y/o el hallazgo del parásito en la placenta.
El Plasmodium falciparum está implicado hasta en el 80% de los casos de malaria gestacional.
La malaria se manifiesta en la gestante en una forma más grave a lo que normalmente lo haría si se presentase en una mujer no embarazada, presentando hasta tres veces mayor riesgo de presentar la enfermedad. Las complicaciones mas importantes en la gestante son la anemia, la hipoglucemia e incluso la muerte de la gestante en casos graves, con elevada tasa de bajos pesos fetales, partos pretérminos, abortos y exitus fetales intraútero.
El Diagnóstico se sigue realizando con la prueba de gota gruesa y el tratamiento de la gestante afecta se realiza con antipalúdicos como cloroquina o amodiaquina

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificar las pacientes de elevado riesgo de afectación por malaria y/o enfermedad de Chagas.
- Conocer la tasa de afectación de las mismas a través de las pruebas diagnósticas de laboratorio.
- Cuantificar la incidencia y prevalencia de los diagnósticos en la población de riesgo atendida en la consulta de ARO.
- Estudiar a nivel estadístico la tasa de afectación aguda/crónica y las potenciales complicaciones materno-fetales en las pacientes de riesgo controladas en la consulta de ARO .
- Analizar los datos obtenidos en nuestra población real de trabajo a fin de plantear la inclusión rutinaria de estas pruebas diagnósticas junto a las serologías habituales en el control de embarazo en las pacientes de riesgo para las patologías estudiadas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un cuestionario con datos epidemiológicos para detectar el riesgo de afectación por estas patologías en la gestante. (Todos los miembros del grupo de mejora)
- Desarrollo de una base de datos informatizada en la que se incluyan los ítems recogidos en el cuestionario anterior además de los resultados de las pruebas diagnósticas en estas pacientes.(Dr. Oscar Gil)
- Presentación de la base de datos a la Comisión de Calidad para su evaluación y modificación en caso de que se aporten mejoras a la misma. (Todos los miembros del grupo de mejora)
- Detección de pacientes de riesgo en la consulta de ARO y entrega de cuestionario en la primera visita de la paciente y solicitud de las pruebas diagnósticas además de las de rutina (Facultativos de ARO).
- Inicio de introducción de los datos en la base, una vez esté esta constituida y aceptada. (Dr. Oscar Gil)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Aceptación de la base de datos una vez elaborada por la Comisión de Calidad.
- Medida de los datos introducidos en la base, desde la puesta en marcha del funcionamiento operativo de la misma: se contrastará el de cuestionario entregados con el número de pacientes registrados en la base de datos. El objetivo será alcanzar el 80% de concordancia.
- Se presentarán al cabo de un año los resultados preliminares obtenidos a fin de poder valorar la utilidad del diagnóstico de estas patologías, en base a su prevalencia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-Abril 2010:
- Consensuar los criterios de riesgo para afectación por malaria y enfermedad de Chagas (País de origen o visitado en los últimos meses, signos/síntomas, datos demográficos...)
- Creación del cuestionario
- Creación de la base de datos.
- Presentación a la Comisión de Calidad de la base de datos.
- Mayo 2010:
- Puesta en marcha de la entrega de cuestionarios.
- Puesta en marcha de la recogida de datos en la base.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 294

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLOCIZACION DELOS ESTUDIOS ANALITICOS SEROLOGICOS EN GESTANTES. ANALISIS SEGUN POBLACION DE ORIGEN

- Inicio de cribado de las patologías estudiadas.
- Diciembre 2010:
- Análisis preliminar de la cumplimentación de la base y de los primeros resultados obtenidos.
- Mayo 2011:
- Evaluación general de la cumplimentación de la base de datos y análisis de los datos arrojados hasta la fecha.
- Propuestas de mejora para continuar la línea de calidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil e impresora	700 €
· Mobiliario oficina	800 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. Este presupuesto es comun a los proyectos:
- Embarazo múltiple: Protocolización de la información a la gestante sobre control gestacional, riesgos y complicaciones. Elaboración y difusión de material informativo (Responsable Dra. Lapresta Moros- Obstetricia HUMS)
- Informatización de los diagnósticos en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico (Responsable Dra. Andrés Orós-Obstetricia HUMS)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 385

1. TÍTULO

IMPULSAR LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS UNIDADES NEONATALES DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... GEMA LUCIA GRACIA CASADO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEONATOS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª ÁNGELES ALCALDE HERNÁNDEZ.- ENFERMERA- HUMS- UCI NEONATAL
Mª JOSÉ CONTRERAS SABARIEGO- ENFERMERA- HUMS- UCI NEONATAL
MAGDALENA ROSEL MOUSSET- AUXILIAR DE ENFERMERÍA- HUMS- UCI NEONATAL
Mª TERESA ROY GARCÍA- ENFERMERA- HUMS- NEONATOS
CARMEN LOP AVELLANAS- AUXILIAR DE ENFERMERÍA- HUMS- NEONATOS
CARMEN LOZANO PABLO- ENFERMERA- HUMS- NEONATOS
JUANA ABADÍA MAINER- ENFERMERA. HUMS. UCI-NEONATAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los Cuidados centrados en el desarrollo (CCD) constituyen un sistema de cuidados que pretende mejorar el desarrollo neurosensorial y emocional del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad. Los CCD se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente y los aplica al período neonatal. Los CCD comprenden intervenciones dirigidas a optimizar tanto el macroambiente (luces, ruidos,...) como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor) y, por supuesto, se actúa sobre la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño.
Algunos de estos cuidados son sencillas medidas, que implicarían: sensibilización de todo el equipo multidisciplinar, control del ruido ambiental, colocación de cobertores para las incubadoras, disminución de la intensidad sonora de las alarmas, control de la intensidad lumínica con focos de intensidad regulable, establecimiento de horas quietas para permitir el descanso de los niños, implantación de un protocolo de mínima manipulación, acometer medidas para el confort y el control del dolor, utilización de nidos o barreras de contención para el cuidado de la postura y mantenimiento de la flexión, uso de sacarosa como analgésico en cualquier maniobra que pueda comportar dolor, utilización de escalas para valorar el dolor, impulso de la entrada de los padres y otros familiares en horario abierto para que puedan cuidar a sus hijos mejorando su evolución y fomento de la lactancia materna.
La implementación de estos cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención y las intervenciones terapéuticas en sí mismas quedan en un segundo plano. Los procesos se adaptan a las características del niño y de sus familias y no al contrario. Los CCD suponen, no tanto un cambio en los procesos terapéuticos, como un cambio en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes.
En el HUMS, durante el año 2009 hemos empezado a poner en marcha medidas encaminadas a mejorar la interacción entre el recién nacido y su familia, permitiendo la entrada libre de los padres en las unidades de neonatales durante las 24 horas del día.
Es preciso que los padres se impliquen en el cuidado de su hijo, ya que esto ayuda al fortalecimiento de los vínculos para que, cuando el niño sea dado de alta del hospital, los padres cuiden de un hijo al que ya conocen perfectamente.
Una información adecuada, con un lenguaje claro, resaltando los aspectos positivos, hace aumentar la seguridad en ellos y favorece su integración en la unidad.
Los padres pueden sentirse cómodos participando en el cuidado de su hijo, fundamentalmente en lo que hace referencia a la higiene, la alimentación, la estimulación, aspectos todos ellos que les ayudarán a aumentar el conocimiento de las características conductuales y temperamentales de su hijo, dando respuesta más efectiva a sus necesidades

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar los cuidados de enfermería aplicados a los recién nacidos ingresados en las unidades neonatales así como facilitar el papel de cuidador principal a sus padres.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 385

1. TÍTULO

IMPULSAR LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS UNIDADES NEONATALES DEL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET

Mejorar el macroambiente de las unidades neonatales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Formar al personal de enfermería en Cuidados Centrados en el Desarrollo y participación de los padres. Responsables: Mª Ángeles Alcalde, Carmen Lozano y Magdalena.
2- Implementar medidas macroambientales en las unidades que favorezcan el bienestar del recién nacido. Responsables: Juana Abadía, Carmen Lop y Gema Gracia.
3- Elaborar un documento informativo sobre recomendaciones de enfermería a los padres del neonato ingresado en las unidades neonatales, basado en las últimas evidencias, para todos los profesionales y cuidadores. Responsables: Carmen Lozano, Mª Teresa Roy y Juana Abadía.
4- Informar a los padres para conseguir la implicación en los cuidados de su hijo. Responsables: Mª José Contreras y Carmen Lop

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Nº de cursos dirigidos al personal de enfermería realizados: cumplimiento en el caso de haber organizado para el personal de enfermería de la unidad un mínimo de 2 cursos en el periodo marzo 2.010 - marzo 2.011.

• Nº de profesionales de enfermería formados: cumplimiento si ha asistido a los cursos de formación externa el 40% del personal de enfermería de plantilla durante el periodo marzo 2.010 - marzo 2.011. Se monitorizará con la hoja de asistencia a los cursos.

• Documento informativo dirigido a los padres del neonato realizado. Cumplimiento si está realizado el documento en el momento de la evaluación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - MARZO a ABRIL de 2010: Formación externa a los profesionales de las unidades neonatales.
- ABRIL a MAYO de 2010: Búsqueda bibliográfica de la evidencia científica disponible sobre:
o las intervenciones a recomendar a los padres y el modo de facilitar su papel de cuidador principal del niño, así como,
o los beneficios de la músicoterapia en el recién nacido.
- MAYO a NOVIEMBRE DE 2010:
o Elaboración del documento de recomendaciones de enfermería a los padres de los niños ingresados en las unidades neonatales.
o Planificación para la inclusión de la musicoterapia en las unidades neonatales.
- NOVIEMBRE a DICIEMBRE de 2010: Formación interna a los profesionales de enfermería de las unidades neonatales.
- DICIEMBRE de 2010:
o Implementación del documento en las unidades, favoreciendo la unificación de los criterios por parte de los profesionales, así como impulsando el papel de los padres en el cuidado de sus hijos.
o Implementación de la musicoterapia en las unidades neonatales.
- FEBRERO a MARZO de 2011: Evaluación de indicadores y análisis de resultados para definir las nuevas áreas de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 3 Equipos para musicoterapia ... (1)	315 €
· 3 Equipos para musicoterapia uno por box ... (2)	390 €
· Dos inscripciones para el Próximo Congreso ... (3)	1.010 €
Total	1.715 €

11. OBSERVACIONES. (1) 3 Equipos para musicoterapia individual dentro de la incubadora, para UCI: Samsung YP-Q2 4GB ? 65 €
(2) 3 Equipos para musicoterapia uno por box de neonatal (cuidados intermedios, cuidados mínimos y aislamiento
(3) Dos inscripciones para el Próximo Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (505 €/uno)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 343

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE ONCOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... REYES GUALLART CALVO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERESA PUERTOLAS HERNANDEZ-MEDICO-H.U.M.SERVET-ONCOLOGÍA
MªJOSE VIZOSO ROMAN-ENFERMERA-ENFERMERA-H.U.M.SERVET-ONCOLOGÍA
ALICIA LOPEZ GREGORIO-ENFERMERA-H.U.M.SERVET-ONCOLOGIA
MªMAR AREJULA LATORRE-ENFERMERA-H.U.M.SERVET-ONCOLOGÍA
EULALIA PEREZ CEBRIAN-AUXILIAR-H.U.M.SERVET-ONCOLOGIA
MªLUZ URIEL DEL HOYO-AUX- ADMINISTRATIVA-H.U.M.SERVET-ONCOLOGIA
JOSE LUIS PEREZ BARREIRO-CELADOR-H.U.M.SERVET-ONCOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la valoracion de las actividades que se realizan en la planta de oncología del Hospital Servet con el fin de detectar áreas de mejora, se ha seleccionado la oportunidad de mejora relativa a la potenciacion del papel del personal de enfermeria en el control del dolor mediante la elaboracion y puesta en marcha de un protocolo para tal fin. Este area de mejora repercute en el paciente aumentando su satisfaccion y por otro lado, favorece la comunicación entre el resto de personal sanitario; es decir, esta oprotunidad seleccionada tiene implicaciones en las diversas diemensiones de la calidad (cientifico-tecnica, satisfaccion del cliente, seguridad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como se ha señalado el objetivo es mejorar el control del dolor del paciente ingresado, de especial manera en el momento del alta:
- Valorar el dolor de los pacientes ingresados.
- Asegurar la comunicación de la sintomatología dolorosa
- Adecuar el tratamiento antialgico a las características de cada paciente.
- Realizar las actividades enfermeras especificas en cada caso relacionadas con los diagnósticos enfermeros de los Dominios Afrontamiento/tolerancia al entres, Principios vitales, Seguridad/protección y Confort.
- Establecer unos criterios y estándares de calidad en los registros enfermeros

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades se realizaran según la metodología clásica de los ciclos de mejora continua de calidad:
La primer actividad es la creación de un grupo de trabajo especifico para el abordaje de la mejora en este problema detectado.

ACTIVIDADES: Responsable
1.- Elaboración del protocolo del control del dolor en el paciente oncológico ingresado en la planta.TERESA PUERTOLAS Y REYES GUALLART
2.- Dar a conocer a todo el personal (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores y administrativa) el protocolo y la escala de medición.TODO EL SERVICIO Y

GRUPO DE CALIDAD
3.- Implantación-GRUPO DE CALIDAD
4.- Evaluación de los indicadores y resultados obtenidos
5.- Nuevas oportunidades de mejora

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 343

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE ONCOLOGIA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras 5 meses de implantación del protocolo se realizará la evaluación de:

- Si los pacientes ingresados tienen recogido en el gráfico de enfermería, la intensidad del dolor al ingreso medida según la EVA. Para ello se evaluarán 5 pacientes cada día escogidos al azar durante 1 semana.
- Valoración de la EVA al alta de los pacientes durante 1 semana (de lunes a viernes)

Criterio: Todo paciente que ingresa en la planta de Oncología debe tener una valoración de la intensidad del dolor que presenta, expresada según la escala analógica visual (EVA) Indicador: Nº de pacientes ingresados con valoración del dolor por EVA/ Nº total de pacientes ingresados valorados x 100

Criterio: Todo paciente, al ser dado de alta en la planta de oncología, presentará una intensidad del dolor leve (EVA < 5) Indicador: Nº de pacientes con EVA < 5 al alta/ Nº total de pacientes ingresados valorados x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Enero 2010 Fecha de finalización: Diciembre 2010

Calendario

Actividades 2010	Fecha realización
Elaboración del protocolo	Enero/ Abril 2010
Difusión del protocolo	Mayo 2010
Implantación del protocolo	Junio 2010
Evaluación	Noviembre 2010
Nuevas oportunidades de mejora	Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Anti-virus-portatil/Oncologia	70 €
· Imprenta/Oncología	500 €
· Libros/Oncología	200 €
· Formación/Oncología	200 €
Total	970 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 356

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL DONANTE RENAL DE CRITERIOS AMPLIADOS

2. RESPONSABLE ..... ALEX GUTIERREZ DALMAU
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAVIER PAUL RAMOS- SERVICIO DE COORDINACIÓN-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JOSÉ M. LIÉDANA TORRES- ÁNGEL RONCALES BADAL-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ÁNGEL RONCALES BADAL- SERVICIO DE UROLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
CARLOS GONZÁLEZ FERNANDEZ VELILLA-SERVICIO DE NEFROLOGÍA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
LUIS PLAZA MAS-SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JUAN GIMENO LOZANO-SERVICIO DE HEMATOLOGÍA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
SALVADOR LAGLERA TREBOL-SERVICIO DE ANESTESIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1. IMPORTANCIA

Durante la última década uno de los problemas más acuciantes en el trasplante renal es la escasez de órganos. Ello es debido al incremento de la prevalencia de la insuficiencia renal en la población, y también a cambios socio-sanitarios en nuestro país, que conducen a la disminución de las tasas de fallecimiento por accidente de tráfico y el envejecimiento de la población.

Esto ha motivado un enorme esfuerzo colectivo en España en incrementar la donación, y expandir las fuentes de donantes potenciales incluyendo poblaciones antes no consideradas; específicamente, donantes de edad avanzada y donantes con factores de riesgo cardiovascular. Este conjunto de donantes se le denomina, donantes de criterios expandídos.

Nuestros donantes en la actualidad son mayoritariamente donantes de criterios expandidos; pacientes de edad avanzada y fallecidos debido a causas cardiovasculares. Múltiples evidencias científicas revelan que estos factores empeoran los resultados del trasplante renal e incrementan la susceptibilidad del riñón trasplantado frente a diversas agresiones; tiempo de isquemia fría, daño de isquemia y reperfusión, rechazo, nefrotoxicidad, etc

4.2. UTILIDAD DEL PROYECTO

El perfeccionamiento de la evaluación del donante de criterios expandidos, y la optimización de los procesos de extracción, preservación y trasplante ha demostrado que es capaz de incrementar el número de órganos trasplantables, a la vez que asegura unos resultados óptimos de supervivencia de injertos y pacientes.

Objetivos específicos:

4.2.1.- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica e incrementar la calidad de todos los procedimientos implicados en la utilización del órgano renal de donante de criterios ampliados

4.2.2.- Reducción de los tiempos de isquemia fría

4.2.3.- Mejora de los procesos de evaluación y adjudicación del donante con criterios ampliados

4.2.4- Mejora de los resultados obtenidos en la utilización de estos donantes en términos de función renal y supervivencia de injertos

4.2.5.- Incremento de la disponibilidad de órganos para trasplante a través de la optimización de resultados (reducción de nº de riñones rechazados, mejora de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 356

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL DONANTE RENAL DE CRITERIOS AMPLIADOS

los procesos de adjudicación de órganos, mejora de supervivencia de injertos)

4.3. MÉTODO DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS
En las reuniones de trabajo de los Servicios implicados en el programa de trasplante se detecta este problema como deficiencia actual con carencias crecientes, y se prioriza debido a diversos factores; relevancia clínica, impacto en los resultados, complejidad del proceso, necesidad de abordaje multidisciplinar, y la posibilidad de mejora sin recurrir a recursos extraordinarios.

4.4. SITUACIÓN DE PARTIDA
- En el año 2009 un 45% de los donantes tienen más de 60 años, y un 18% más de 70 años, y aproximadamente un 65% de los donantes mueren a causa de un accidente cerebrovascular.
- No existe en nuestro centro un consenso o protocolo de definición del donante de criterios ampliados.
- No existe protocolo de evaluación y actuación ante estos donantes.

4.5. FUENTES DE INFORMACIÓN
- Registro de donantes del Servicio de Coordinación
- Base de datos de Lista de Espera y Trasplante Renal del Servicio de Nefrología

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Incremento en el número de donantes disponibles
2. Reducción en los tiempos de lista de espera para trasplante renal
3. Mejora de los resultados del trasplante de donante de criterios expandidos: función renal, supervivencia de injertos, y supervivencia de pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaboración del documento: “Criterios de definición del donante renal de criterios ampliados”. Dres. A. Gutiérrez y C. González
2.- Elaboración del Protocolo: “Evaluación anatomo-clínica del órgano renal procedente del donante de criterios ampliados”. Dres. L. Plaza, A. Roncales y A. Gutiérrez
3.- Elaboración del Protocolo: “Optimización de los tiempos de isquemia fría en trasplante renal”. Dres. J. Paul, J. Gimeno, JM. Liédana, S. Laglera, y A. Gutiérrez

4.- Reunión de consenso entre los Servicios más implicados en el programa. Dr. J. Paul
5.- Reescritura definitiva de los documentos. Dres. A. Gutiérrez y J. Paúl
6.- Monitorización de indicadores. Dr. A. Gutiérrez.
7.- Elaboración de un Plan de necesidades futuras a la Dirección del Centro. Dr. J. Paúl
8.- Evaluación y propuestas de mejora. El grupo en su totalidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Disponibilidad de protocolos de evaluación y utilización del órgano renal de donante de criterios ampliados: nº absoluto de documentos y protocolos elaborados y consensados a lo largo de los primeros 12 meses

Indicador 2: Tasa de riñones de donantes de criterios ampliados evaluados histológicamente pre-implante: Número de riñones evaluados histológicamente pre-implante dividido por el total de órganos procedentes de donantes de criterios ampliados en nuestro programa de trasplante, y considerados válidos por los demás criterios clínicos. Se expresará en tanto por ciento. Calculo anual

Indicador 3: Reducción del tiempo medio de isquemia fría de los trasplantes de donantes de criterios ampliados: diferencia de la media aritmética del tiempo de isquemia fría (en horas) entre el año 2009 y 2010 de los trasplantes realizados con órganos de donantes de criterios ampliados dividido por 100 (se expresa en

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 356

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL DONANTE RENAL DE CRITERIOS AMPLIADOS

tanto por ciento). Cálculo anual

Indicador 4: Supervivencia a 6 y 12 meses de injertos procedentes de donantes de criterios ampliados. Porcentaje de injertos de donantes de criterios ampliados funcionantes un año pos-trasplante, censurado por la muerte del paciente.

Indicador 5: Función renal (ClCr estimado en mL/min*1.73m2) a los 6 meses pos-trasplante en los pacientes portadores de un injerto procedente de donante de criterios ampliados. Media aritmética del aclaramiento de creatinina estimado mediante la fórmula MDRD4, expresado en mL/min*1.73m2, de los pacientes portadores de un injerto de donante de criterios ampliados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto; Marzo 2010
Finalización del proyecto; Diciembre 2010
Cronograma de actividades;
1. Elaboración de documentación y protocolos: Marzo 2010
2. Consenso de los servicios implicados: Abril 2010
3. Puesta en marcha de los nuevos procedimientos de validación, aceptación y adjudicación de órganos: Abril-Mayo 2010
4. Monitorización de indicadores: Diciembre de 2010
5. Evaluación y propuestas de mejora: Diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 404

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR POLIOMAVIRUS EN TRASPLANTE RENAL Y DE ORGANOS HEMATOPOYETICOS

2. RESPONSABLE ..... ALEX GUTIERRREZ DALMAU
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MANUEL OMEÑACA TERÉS- SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
M.JOSE REVILLO PINILLA- SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANA MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ- SERVICIO DE MICROBIOLOGIA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JAVIER PAUL RAMOS- SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL- UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
LUIS PLAZA MÁS- SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANA GODOY MOLÍAS- SERVICIO DE HEMATOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1. IMPORTANCIA:
La infección por poliomavirus (tanto por virus BK como JC) es un cuadro oportunista que causa una morbi-mortalidad significativa en el paciente inmunosuprimido, tanto en el trasplante de órgano sólido (renal), como de progenitores hematopoyéticos.

4.1.1.- En pacientes portadores de trasplante renal la infección por poliomavirus posee diferentes formas de expresión clínica. En la mayor parte de los casos se manifiesta en forma de fracaso renal agudo debido a una Nefritis tubulo-intersticial aguda, mayoritariamente en los primeros 12 meses postrasplante. Su diagnostico diferencial resulta extremadamente difícil ya que su apariencia histológica remeda al rechazo agudo. Es extremadamente importante destacar que el abordaje terapéutico de estas 2 entidades es antagónico. La nefropatía por Poliomavirus precisa de una disminución de la inmunosupresión, mientras el rechazo es tratado con una intensificación del tratamiento. Como consecuencia, el diagnóstico equívoco de un rechazo agudo en presencia de una infección por poliomavirus conduce a la pérdida del injerto renal y la vuelta a diálisis en prácticamente el 100% de los casos.
En otros casos la infección por poliomavirus (tipo BK), cuando no es diagnosticada de forma temprana, conduce a la estenosis ureteral, causando un fracaso renal obstructivo. Para su tratamiento será necesaria una reparación quirúrgica de la estenosis pero también un diagnóstico correcto que impida la recurrencia del cuadro. Además de lo mencionado, es importante conocer que los pacientes tasplantados renales que sufren episodios de Recazo Humoral reciben actualmente diversos tratamientos inmunosupresores potentes, entre ellos Rituximab. El uso de este y otros fármacos está actualmente en aumento, y se ha relacionado con el desarrollo de Leucoenfecalopatia Multifocal Progresiva, casusada por el Poliomavirus JC. De nuevo un diagnóstico precoz es fundamental en el abordaje de esta grave y mortal entidad.

4.1.2.- En pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos. Debido a su tropismo por el urotelio, la viruria por Poliomavirus está presente en más del 50% de estos pacientes, siendo una causa frecuente de cistitis hemorrágica.
4.2. UTILIDAD DEL PROYECTO
1.- Valorar la meljora que aportaria la realizacion de la PCR-RT cuantificada en nuestro Servicio de Microbiologia, comparado con su realizacion en el Centro Nacional de Referencia, ya que el retraso del resultado y la ausencia de cuantificacion, condiciona que las decisiones terapeuticas sean dificiles de valorar, y pierdan eficacia, por lo que es crucial un diagnostico y tratamiento precoz en el manejo del paciente transplantado
2.- Posibilitar la puesta en marcha de programas de monitorización de la viremia, dirigidos al diagnostico en fases subclínicas, e incluso de la fase de replicación viral que precede a la enfermedad, permitiendo modificaciones terapéuticas que evitan su desarrollo.
3.- Con todo ello, se pretende una mejora de los resultados en términos de reducción de las tasa de enfermedad debida a Poliomavirus, y mejora de los resultados del tratamiento de estas entidades.
4.- Incremento de la seguridad de los pacientes al reducirse el número de diagnósticos y tratamientos erróneos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 404

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR POLIOMAVIRUS EN TRASPLANTE RENAL Y DE ORGANOS HEMATOPOYETICOS

4.3. MÉTODO DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN
El Servicio de Microbiología ha recogido las demandas generadas en el seguimiento clínico de los pacientes del programa de trasplante renal y de progenitores hematopoyéticos.

Tras consulta con los Servicios Médicos implicados se ha seleccionado el problema del diagnostico de la infección por Poliomavirus en estos pacientes con una potencial área común de mejora.

4.4. Situación de partida
Actualmente, esta determinación se remite a Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, con una demora media en la obtención del resultado de 30 días. Esta demora constituye un problema clínico de primer orden, que se traduce en un enorme retraso en el tratamiento, errores graves en la indicación de tratamiento, y finalmente, una drástica reducción de las posibilidades de recuperación del paciente o su trasplante.

5.5. Fuentes de información
- Base de datos de Lista de Espera y Trasplante Renal del Servicio de Nefrología
- Registro de pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos
- Registro de Microbiología

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocer las tasas de enfermedad por Poliomavirus en nuestro medio
2. Conocer la repercusión clinica que supone el manejo de la inmunosupresion en los pacientes infectados.
3. Conocer la pérdida de injertos renales por Nefropatía por Poliomavirus

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaboración de un Protocolo de monitorización de la viremia por Poliomavirus en el paciente trasplantado renal. Dres. M. Omeñaca, MJ. Revillo, A. Martínez-Sapiña y A. Gutiérrez
3.- Elaboración de un Protocolo de monitorización de la viremia por Poliomavirus en el paciente con trasplante de progenitores hematopoyéticos. Dres M. Omeñaca, MJ. Revillo, A. Martínez-Sapiña y P. Delgado.
4.- Elaboración de un documento de consenso de “Criterios clínicos para la indicación de la determinación de viremia por Poliomavirus” en los pacientes pertenecientes a ambos programas de trasplante. Dres J. Paul, A. Gutiérrez, JC. Garcia y A. Godoy
5.- Monitorización de indicadores. Dres. A. Martínez-Sapiña y A. Gutiérrez
6.- Evaluación y propuestas de mejora. El grupo en su totalidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1.- El tiempo para la obtención de resultado de la prueba (Nº de días = Nº de días transcurridos desde la extracción de la muestra hasta la información del resultado

Indicador 2.- Tasa de determinaciones de viremia por poliomavirus por paciente: Número de determinaciones realizadas en pacientes trasplantados durante un periodo determinado, dividido por el número total de pacientes trasplantados en ese mismo periodo (Calculo independiente para trasplante renal y trasplante órganos hematopoyéticos). Calculo semestral.

Indicador 3.- Número de viremias por Poliomavirus positivas: Número de viremias positivas en pacientes trasplantados divido por el número total de determinaciones realizadas en esos pacientes, multiplicado por 100. (Calculo independiente para trasplante renal y trasplante órganos hematopóyeticos). Calculo semestral

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 404

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR POLIOMAVIRUS EN TRASPLANTE RENAL Y DE ORGANOS HEMATOPOYETICOS

Inidicador 4.- Tasa de cambios terapéuticos debidos al resultado positivo de la determinación: Nº de pacientes con cambios terapéuticos debidos a resultado positivo de viremia dividido por

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Indicador 1.- El tiempo para la obtención de resultado de la prueba (Nº de días = Nº de días transcurridos desde la extracción de la muestra hasta la información del resultado

Indicador 2.- Tasa de determinaciones de viremia por poliomavirus por paciente: Número de determinaciones realizadas en pacientes trasplantados durante un periodo determinado, dividido por el número total de pacientes trasplantados en ese mismo periodo (Calculo independiente para trasplante renal y trasplante órganos hematopoyéticos). Calculo semestral.

Indicador 3.- Número de viremias por Poliomavirus positivas: Número de viremias positivas en pacientes trasplantados divido por el número total de determinaciones realizadas en esos pacientes, multiplicado por 100. (Calculo independiente para trasplante renal y trasplante órganos hematopóyeticos). Calculo semestral

Inidicador 4.- Tasa de cambios terapéuticos debidos al resultado positivo de la determinación: Nº de pacientes con cambios terapéuticos debidos a resultado positivo de viremia dividido por

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador	900 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 491

1. TÍTULO

GENERALIZACION DE LA AMNIOINFUSION INTRAPARTO DE TIPO PROFILACTICA EN GESTACIONES CON OLIGOAMNIOS

2. RESPONSABLE ..... MONICA HERNANDEZ ARAGON
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YASMINA JOSÉ GUTIÉRREZ-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
BELÉN RODRÍGUEZ SOLANILLA-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
SUSANA TEJERO SANCHO-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
SERGIO CASTÁN MATEO-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
JESSICA MARQUÉS GALÁN-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
LAURA RODRÍGUEZ LÁZARO-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
FRANCISCO VILLALOBOS SALGUERO-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El oligoamnios, definido como el volumen de líquido amniótico por debajo de la media en 2 DS para cualquier edad gestacional, a menudo constituye un signo de anomalía fetal subyacente o de patología materna.
Esta patología presenta una frecuencia del 3 – 5 % de las gestaciones (sin rotura de membranas), si bien alcanza el 37,8 % en el parto. Dentro de las causas de oligoamnios destaca la rotura prematura de membranas (RPM), es decir, antes del inicio del parto. La incidencia de RPM es aproximadamente el 12% de todas las gestaciones; el 80% de los casos de RPM acontecen en gestaciones a término, correspondiendo el 20% de casos a gestaciones pretérmino. Según el tiempo de evolución de bolsa rota, aumenta la incidencia de oligoamnios y de sus complicaciones derivadas, como compresión del cordón umbilical con la dinámica uterina (32 – 76%).
En general, el oligoamnios se asocia a aumento de la tasa de cesáreas y de la morbimortalidad perinatal. Chauhan et al, en un meta-análisis de 18 artículos describen 10.551 pacientes y demuestran que un índice de líquido amniótico (ILA) < 5 cm se asocia con un aumento significativo en el número de inducciones de parto, cesáreas por riesgo de pérdida de bienestar fetal, puntuación baja en el test de Apgar a los 5 minutos e ingresos neonatales. Esta revisión no está estratificada según la causa del oligoamnios.
Es importante destacar que la medida ecográfica que más se correlaciona con los resultados perinatales es la ventana máxima de líquido amniótico (VMLA), sobre todo cuando es menor de 2 cm, por lo que es la medida con la que deberemos trabajar.
Las complicaciones perinatales asociadas, demostradas si VMLA es menor de 2, son: compresión de cordón, meconio más espeso y alteraciones del registro cardiotocográfico (RCTG). Por tanto, está aumentada la tasa de cesáreas y de partos instrumentales. En cuanto a las consecuencias neonatales, hay un aumento de la depresión neonatal, acidosis al nacimiento e incluso muerte fetal. Por todo ello, son gestaciones que generan un consumo de recursos sanitarios elevado.
Hasta ahora su manejo en el parto era similar a otras gestaciones con factor de riesgo, pero con la aparición de la amnioinfusión profiláctica, tenemos una herramienta más para su control. La amnioinfusión en estos casos mejora los resultados perinatales, sobre todo los derivados de la compresión del cordón, permitiendo una reducción significativa de la tasa de cesáreas por RPBF (OR 0,23), de la tasa global de cesáreas (OR 0,52), de la acidosis neonatal (OR 0,40), de anomalías del RCTG en el parto (OR 0,24) y de Apgar < 7 a los 5 min (OR 0,52), como demuestran los últimos estudios.
Tras revisar la bibliografía disponible sobre el tema, se ha elaborado un protocolo asistencial en nuestro Servicio. Este protocolo tiene la finalidad de realizar amnioinfusiones intraparto con indicación profiláctica (hasta la fecha se realizaban con indicación terapéutica), es decir, para prevenir las alteraciones antes de que aparezcan y conseguir mejorar los resultados ya mencionados. Para ello, es fundamental detectar a las pacientes con oligoamnios al inicio del parto (mediante ecografía intraparto en las gestantes seleccionadas), como luego se comentará en la descripción del método.
La amnioinfusión intraparto consiste en la introducción a través del cérvix de una solución fisiológica estéril en el interior de la cavidad amniótica, con el objetivo de aumentar el volumen de líquido intrauterino y así disminuir la compresión cordonal con las contracciones. El catéter se conecta al suero mediante un sistema de perfusión intravenosa y el drenaje se produce por gravedad: se coloca una bolsa de 500 cc con el fluido de infusión a una altura de aproximadamente un metro sobre el extremo distal del catéter intrauterino. En las indicaciones profilácticas, la amnioinfusión se suele iniciar a una velocidad de 10 ml/min durante la primera hora y seguir posteriormente con una velocidad de infusión de 3 ml/min. Al finalizar la infusión de los 500 cc se realiza una

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 491

1. TÍTULO

GENERALIZACION DE LA AMNIOINFUSION INTRAPARTO DE TIPO PROFILACTICA EN GESTACIONES CON OLIGOAMNIOS

nueva ecografía para valorar la nueva VMLA y comprobar si el procedimiento ha sido eficaz.
Actualmente sólo se consideran contraindicaciones absolutas de la técnica los signos de riesgo de pérdida de bienestar fetal, la patología placentaria y la infección del canal del parto transmisible al feto.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Metodología de la amnioinfusión intraparto. Protocolo SEGO; 2008. Disponible en: www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=514&Itemid=141.
2. Rotura prematura de membranas. Protocolo SEGO; 2003. Disponible en: www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=38&Itemid=141.
3. Bajo Arenas JM. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). 1ª ed. Madrid: Gráficas Marte SL; 2007.
4. Baron C et al. The impact of amniotic fluid volume assessed intrapartum on perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 167-174.
5. Casey BM. Pregnancy outcomes after antepartum diagnosis of oligoamnios at or beyond 34 weeks gestation. Am J Obstet Gynecol 2000; 182 (4): 909-912.
6. Chauhan S, Sanderson M, Hendrix N. Perinatal outcome and amniotic fluid index in the antepartum and intrapartum periods: a meta-analysis. Am J Obstet Gyneol 1999; 181 (6): 1473-78.
7. Harman CR. Amniotic Fluid Abnormalities. Semin Perinatol 2008; 32 (4): 288-294.
8. Hicks P. Systematic review of the risk of uterine rupture with the use of amnioinfusion after previous cesarean delivery. South Med J 2005; 98(4): 458-461.
9. Hofmeyr GJ. Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour. Cochrane Database Syst Rev (2): CD000013, 2000.
10. Ott WJ et al. Re-evaluation of the relationship between amniotic fluid volume and perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol 2005; 192 (6):1803-1809.
11. Verspyck E, Sentilhes L. Abnormal fetal heart rate patterns associated with different labour managements and intrauterine resuscitation techniques. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008; 32: 288-294

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Adecuación de un protocolo asistencial de actuación ante gestantes de parto con oligoamnios, comprobado mediante ecografía intraparto.
2- Detección de aquellas gestantes con oligoamnios intraparto, definido como VMLA < 2 en ecografía al inicio del parto, y que por tanto puedan beneficiarse de una amnioinfusión profiláctica: para ello realizar dicha ecografía en oligoamnios diagnosticados anteparto y en bolsas rotas de más de 24 horas de evolución.
3- Realizar la técnica de amnioinfusión profiláctica sólo en aquellas pacientes que cumplan criterios ecográficos de oligoamnios (Aumentar la efectividad y la eficiencia).
4- Disminuir las alteraciones en el registro cardiotocográfico derivadas de la compresión cordonal a causa del oligoamnios (deceleraciones variables típicas), y por tanto, disminuir la tasa de cesáreas y partos instrumentales por este motivo.
5- Mejorar los resultados perinatales en estas gestaciones: ph de cordón umbilical > 7,00 y test de Apgar a los 5 minutos > 7, disminuyendo así la morbilidad perinatal, necesidad de tratamientos complementarios y tiempo de ingreso del neonato.
6- La amnioinfusión es una técnica barata por el material que precisa, y sin embargo puede mejorar y disminuir el consumo de otros recursos sanitarios importantes en este tipo de partos y en la asistencia al neonato.
7- Mejorar la calidad asistencial de las pacientes con oligoamnios intraparto, aplicando la mejor evidencia disponible hasta la fecha

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A la gestante en sala de dilatación con diagnóstico intraparto de oligoamnios, se le realizarán las siguientes exploraciones y técnicas por parte de los médicos especialistas de Obstetricia y Ginecología:

- Identificación de pacientes con posible líquido amniótico disminuido según la historia clínica (Dra. Rodríguez Solanilla).
- Realización a dichas pacientes de ecografía en sala de partos para la medición de la ventana máxima de líquido amniótico y detección de pacientes con indicación de amnioinfusión profiláctica (Dra. Hernández, Dra. José).
- Informar a la paciente del procedimiento a realizar (Dra. Hernández).
- Exploración vaginal, para descartar prolapso de cordón, valorar pronóstico del parto y confirmar que las condiciones cervicales son favorables para la

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 491

1. TÍTULO

GENERALIZACION DE LA AMNIOINFUSION INTRAPARTO DE TIPO PROFILACTICA EN GESTACIONES CON OLIGOAMNIOS

introducción del catéter de amnioinfusión (Dr. Villalobos, Dra. Rodríguez Lázaro).
• Realización de la técnica de amnioinfusión profiláctica de forma adecuada (Dra. Marqués).
• Una vez finalizada la misma, realización de ecografía para valorar cambios en el volumen de líquido amniótico (Dra. Hernández, Dr. Castán).
• Control del RCTG durante el parto y registro de anomalías aparecidas (Dra. Hernández y MIR).
• Tras el parto, registrar tipo de parto, ph de cordón, test de Apgar del recién nacido y necesidad de ingreso neonatal (Dra. Hernández, Dra. Rodríguez Solanilla, Dra. Tejero)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de registros cardiotocográficos patológicos por compresión de cordón en oligoamnios: reducción del 30 % (actual: 60%).
(RCTG patológicos / RCTG normales en oligoamnios x 100).
2. Ph de cordón umbilical < 7,00 en gestantes con oligoamnios intraparto: menor de 2%.
3. Disminución de tasa de cesáreas por RPBF por compresión cordonal: reducción del 15% (actual 35%).
(RCTG patológicos que finalizan en cesárea / total pacientes con oligoamnios intraparto x 100).
4. Disminución de tasa de instrumentaciones por RPBF por compresión cordonal: reducción del 5% (actual 22%).
(RCTG patológicos que finalizan en parto instrumental / total pacientes con oligoamnios intraparto x 100)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Marzo 2010
Recogida de datos: mensual
Evaluación: trimestral
Autoevaluación definitiva: anual (febrero 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DE OFICINA	600 €
· MATERIAL INFORMÁTICO	300 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 332

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ADECUACION USO ANTIBIOTICO. ANALISIS DE LA SITUACION PARA PLAN DE MEJORA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARLOS LAPRESTA MOROS-MÉDICO-HUMS-MEDICINA PREVENTIVA
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ- MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
GONZALO SANTANA LÓPEZ-MÉDICO-HUMS-MEDICINA PREVENTIVA
RAFAEL HUARTE LACUNZA-FARMACEUTICO-HUMS-FARMACIA
Mª JOSÉ REVILLO PINILLA-MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
CARLOS RAMOS PAESA-MÉDICO-HUMS-MEDICINA INTERNA
VICTOR GONZALEZ SANZ-MÉDICO-HUMS-UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Algunos estudios muestran que más del 50% de las prescripciones de antimicrobianos en el medio hospitalario son inapropiadas y que hasta el 29% de las prescripciones de antibióticos de amplio espectro no están justificadas. El uso inadecuado de antimicrobianos tiene consecuencias a tres niveles: para el propio paciente, en el ecosistema favoreciendo la selección de cepas resistentes y a nivel económico.
Esto ha llevado a que diversos organismos profesionales y sociedades científicas hayan publicado recomendaciones para la prevención y disminución de la resistencia antimicrobiana en los hospitales en las que se hace hincapié en la necesidad de mejorar el uso de antimicrobianos en los hospitales. Así, en la mayoría de los hospitales se dispone de una política de antibióticos y de comisiones de Infección Hospitalaria, considerándose estas estrategias como elementos imprescindibles para el correcto funcionamiento de cualquier hospital.

Según todas las evidencias la prevención de la aparición de resistencias se basa en el desarrollo y puesta en marcha:
a. Programa de control del uso de antimicrobianos

y la prevención de la diseminación de las mismas una vez que se han detectado en:

b. Sistema activo de vigilancia de resistencias
c. Programa de control de la infección para evitar la diseminación secundaria de resistencias

Desde organismos internacionales (CDC, eCDC, etc.) y nacionales (Ministerio de Sanidad y Política Social) se recomienda el desarrollo de planes y programas para alcanzar un uso racional de antibióticos. De hecho, en 2009, se instauró el "Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos" con el objetivo de crear una oportunidad anual para dar a conocer la amenaza que supone la resistencia a los antibióticos para la salud pública y presentar medidas para usar los antibióticos de forma responsable. La próxima Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente esta dedicada a la infección relacionada con la atención sanitaria y resistencia antimicrobiana.

Situación actual
En nuestro Hospital, según datos de prevalencia 2000-2008, anualmente más del 50% de los pacientes reciben tratamiento antimicrobiano y de ellos > 60% la indicación es empírica.
En nuestro hospital la tasa de infección asociada a asistencia sanitaria (IAAS) causadas por gérmenes resistentes a antibióticos es 5,9 IAAS por 1000 pacientes ingresados y 7,6 IAAS por 104 pacientes-día
Existe un protocolo de centro, editado por la Comisión de Infecciones y consensuado con Unidades/Servicios de profilaxis quirúrgica, y evaluación anual del nivel de cuya adecuación. La última auditoria en 2009 detectó un 59% de adecuación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 332

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ADECUACION USO ANTIBIOTICO. ANALISIS DE LA SITUACION PARA PLAN DE MEJORA

No existe un programa de control de uso antibiótico, ni recomendaciones institucionales sobre tratamiento empírico o selección de antimicrobiano ante antibiograma.
Se desconocen los criterios y niveles de adecuación en el uso de antibióticos que sirvan de base para el desarrollo de un plan.

El objetivo del proyecto es evaluar cuantitativa y cualitativamente en nivel de adecuación de uso de antimicrobianos en nuestro hospital

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Cuantificar el nivel de adecuación del uso antimicrobiano, excepto en profilaxis antibiótica preoperatoria
2. Cualificar y cuantificar los criterios de inadecuación:
a. Indicación
b. Contraindicaciones:
i. Alergias
c. Situaciones especiales
i. Insuficiencia cardiaca
ii. Insuficiencia renal
iii. Insuficiencia hepática
d. Duración
e. Correlación con antibiograma

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad 1. Sistema de registro de datos
a. Método: diseño de cuestionario, definición de criterios,
b. Responsable: Medicina Preventiva
Actividad 2. Validación cuestionario
a. Método: selección aleatoria de 10 historias de 6 servicios de pacientes ingresados y dados de alta en los 6 últimos meses
b. Responsable: Medicina Preventiva
Actividad 3. Auditoria sobre total HUMS
a. Método: muestra no aleatoria de todos los servicios HUMS
b. Responsable: Medicina Preventiva-Infecciosos
Actividad 4. Análisis y conclusiones
a. Método: Análisis estadístico de resultados, redacción de informe para la Comisión de Infecciones
b. Responsable: Medicina Preventiva-Microbiología
Actividad 5. Detección objetivos de mejora y planificación
a. Método: Ciclo de mejora
b. Responsable: Comisión de Infecciones
Actividad 6. Evaluación proyecto
a. Método: Analizar resultados proyecto e informe
b. Responsable: Comisión Infecciones-Farmacia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1º.
a. Nombre del indicador: Adecuación de uso antimicrobianos
b. Área relevante: Unidades hospitalización del HUMS
c. Dimensión: Científico-técnica
d. Criterio de calidad: Seguridad del paciente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 332

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ADECUACION USO ANTIBIOTICO. ANALISIS DE LA SITUACION PARA PLAN DE MEJORA

e. Fórmula: (nº de antimicrobianos prescritos de acuerdo a criterios/total de antimicrobianos prescritos) *100
f. Estándar: ND
g. Fuente de datos: Registro de Medicina Preventiva
h. Tipo de indicador: Proceso
i. Población: pacientes HUMS
j. Responsable obtención: Medicina Preventiva
k. Periodicidad: Anual

Indicador 2º.
a. Nombre del indicador: Proporción de causas de inadecuación
b. Área relevante: Unidades hospitalización del HUMS
c. Dimensión: Científico-técnica
d. Criterio de calidad: Seguridad del paciente
e. Fórmula: (nº antimicrobianos con prescripción inadecuada a criterio X / nº antimicrobianos con prescripción inadecuada)*100
f. Estándar: ND
g. Fuente de datos: Registro de Medicina Preventiva
h. Tipo de indicador: Proceso
i. Población: pacientes HUMS
j. Responsable obtención: Medicina Preventiva
k. Periodicidad: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1. Sistema de registro de datos
? Enero 2010 – febrero 2010
Actividad 2. Validación cuestionario
? Febrero 2010 – Marzo 2010
Actividad 3. Auditoria sobre total HUMS
? Marzo - Septiembre 2010
Actividad 4. Análisis y conclusiones
? Agosto 2010 – octubre 2010
Actividad 5. Detección objetivos de mejora y planificación
? Noviembre 2010
Actividad 6. Evaluación
? Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Bolsa viaje Congreso Internacional ..... 1.000 €
Total ..... 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 337

1. TÍTULO

CONSOLIDAR UN SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ASISTENCIA SANITARIA CAUSADAS POR GERMENES RESISTENTES

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
CARLOS LAPRESTA MOROS-MÉDICO-HUMS-MEDICINA PREVENTIVA
GONZALO SANTANA LÓPEZ-MÉDICO-MEDICINA PREVENTIVA
Mª JOSÉ REVILLO PINILLA-MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
VICTOR GONZALEZ SANZ-MÉDICO-HUMS-UCI
CARLOS RAMOS PAESA-MÉDICO-HUMS-MEDICINA INTERNA
MARGARITA LAPEÑA LAPEÑA-ADMINISTRATIVO-HUMS-ADMISIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El año 2009 se nos seleccionó un proyecto de mejora para el control de los gérmenes resistentes (ID 280) cuyo objetivo era reducir la demora en la detección de reingresos de pacientes que, en estancias previas en nuestro hospital, se les hubiese diagnosticado colonización/infección por un germen multirresistente (GMR). Dicho proyecto se enmarca en una línea de mejora comenzada en 2007 (ID-214), para el control de bacterias resistentes a los antibióticos, que en un primer momento se centró en un solo germen, Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM).
En el análisis de situación realizado en 2007, se apreció que la proporción de reingresos aislados en las primeras 24 h era del 17% y la media de retraso en aislamiento tras la readmisión era 7,5 días IC 95% (4,6 – 10,5)
El proyecto de 2009, que se programó para 2 años, ha presentado retraso en su ejecución y modificaciones que han mejorado sus resultados.
En un primer momento, se planificó la mejora basado en información y formación (DIPTICOS) de los profesionales sanitarios para que realizasen una vigilancia activa de los reingresos y una declaración al Servicio de Medicina Preventiva. Las dificultades técnicas en la edición de los folletos, con el consiguiente retraso (septiembre 2009) se tradujo en la búsqueda de alternativas, que han resultado más eficaces. Se estableció una alianza con el Servicio de Admisión del hospital y se solicitó la colaboración del Servicio de Informática para cruzar diariamente la base de datos creada para el proyecto con la base de ingresos en las últimas 24 horas. Este objetivo, colateral y no planificado se puso en marcha en enero de 2010. Esta alternativa permite eliminar el sesgo de información que supone una declaración voluntaria, y alcanzar una cobertura del 100%

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividad 1. Consensuar concepto “RESISTENCIA ANTIBIÓTICA”. Realizado. Se optó por adoptar el cuadro de resistencias del proyecto EPINE
Actividad 2. Diseño de formato de registro de aislamiento de GMR. Realizado. Formato papel de registro de datos durante el ingreso del paciente
Actividad 3. Diseño base de datos informatizada. Realizada. Programa de base ACCES.
Actividad 4. Diseño hoja divulgativa de medidas de control en caso de infección/colonización GMR. Realizada. Se diseñaron 2 tipos de recomendaciones una para SARM y otra para otros gérmenes multirresistentes. Con la puesta en marcha de la detección de reingresos se detecta un nuevo punto de mejora para rediseñar dichas recomendaciones
Actividad 5. Vigilancia activa ante cualquier aislamiento en microbiología de GMR
Actividad 6. Solicitar el apoyo institucional. Realizada.
Actividad 7. Divulgación a todas las Unidades. Realizada. Se han distribuido los dípticos, pero solo a titulo informativo.
Actividad 8. Completar divulgación de política de SARM. Pendiente ya que con la alternativa ha cambiado la política ante reingresos.
Actividad 9. Extender la detección precoz en colonización SARM en unidades especificas. Realizada. Se realiza de forma automática desde enero de 2010.
Actividad 10. Discriminar y Proponer conjunto de indicadores que den información para ciclos de mejora continua en GMR, incluido SARM. Pendiente
Actividad 11. Evaluación del proyecto. Realizada. Se derivan modificaciones al proyecto origen

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 337

1. TÍTULO

CONSOLIDAR UN SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ASISTENCIA SANITARIA CAUSADAS POR GERMENES RESISTENTES

Actividad 12. Discriminar y Proponer cuadro mando para ciclos de mejora continua en GMR, incluido SARM. Pendiente
Actividad 13. Aplicación cuadro mando. Pendiente
Actividad 14. Propuestas mejora. Pendiente

Al automatizarse el proceso, los indicadores propuestos en el proyecto no resultan útiles para la evaluación del proyecto:
Porcentaje de Unidades con actuación adecuada a protocolo
Demora en los días de detección reingreso

De 1 Enero a 31 Diciembre 2009

1. Incidencia acumulada de GMR como causa de IAAS por 1000 pacientes ingresados en 2009 : 209 / 35369 = 5,9 ‰
2. Densidad de incidencia de GMR como causa de IAAS por 10.000 estancias: 209 / 274146= 7,6 * 104

Ecología

Germen	N	%
Staphylococcus aureus	112	53,6
Escherichia coli	32	15,3
Acinetobacter baumannii	23	11,0
Pseudomonas auruginosa	16	7,7
Klebsiella pneumoniae	7	3,3
Enterococcus faecium	4	1,9
Enterobacter cloacae	4	1,9
Otros microorganismos	4	1,9
Otros Enterococcus	2	1
Otros Enterobacter	2	1
Enterobacter spp	1	0,5
Pseudomonas putida	1	0,5
Pseudomonas maltophila/Xantomonas/Sterotrophomonas	1	0,5

De 1 de enero de 2010 al 15 de febrero de 2010

10/36*100 = 27,78% de los pacientes aislados por GMR son pacientes readmitidos con antecedentes de colonización/infección por GMR

10/4022*1000 = 2,5‰ de los pacientes ingresados eran pacientes con ingresos previos con antecedentes de colonización/infección por GMR

Descripción ecología: 50% (5) SARM; 20% (2) E coli BLEE y Acinetobacter baumanii; 10% (1) Pseudomonas aeruginosa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disponer de información fiable sobre la situación de HUMS respecto a infecciones por GMR en general e IAAS en particular
a. Incidencia
b. Ecología
2. Desarrollar una política del centro para actuar sobre el control y prevención de la extensión de infecciones por GMR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 337

1. TÍTULO

CONSOLIDAR UN SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ASISTENCIA SANITARIA CAUSADAS POR GERMENES RESISTENTES

3. Fomentar/Incrementar una cultura de seguridad del paciente dirigida a IAAS y resistencia antibiótica
4. Diseñar un cuadro de mando (conjunto de indicadores) adecuado a una gestión de mejora continua sobre IAAS y GMR

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad 1. Validación y mejora del software
a. Método: detección de errores, redacción de manual de uso, ampliación de aplicaciones
b. Responsable: Medicina Preventiva, Admisión
Actividad 2. Adecuación de recomendaciones de actuación ante admisión de paciente con antecedentes de colonización/infección por GMR
a. Método: Redacción de precauciones
b. Responsable: Medicina Preventiva
Actividad 3. Vigilancia activa ante cualquier aislamiento en microbiología de GMR
a. Método: Comunicación directa y periódica de los aislamientos
b. Responsable: Microbiología y Medicina Preventiva
Actividad 4. Discriminar y seleccionar conjunto de indicadores que den información para ciclos de mejora continua en GMR
a. Método: Análisis de resultados y situación, desarrollo de objetivos, selección indicadores, distribuir responsabilidades.
b. Responsable: Medicina Preventiva, Microbiología, Comisión Infecciones
Actividad 5. Evaluación
a. Método: Analizar resultados e informe
b. Responsable: Medicina Preventiva

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1º.
a. Nombre del indicador: Incidencia de IAAS por GMR por 10.000 estancias
b. Área relevante: Unidades hospitalización del HUMS
c. Dimensión: Científico-técnica
d. Criterio de calidad: Seguridad del paciente
e. Fórmula: nº de IAAS causadas por GMR/total de estancias del periodo*104
f. Estándar: 2,5 IAAS por 10.000 estancias
g. Fuente de datos: Registro de Medicina Preventiva y datos administrativos de admisión
h. Tipo de indicador: Resultado
i. Población: pacientes HUMS
j. Responsable obtención: Medicina Preventiva
k. Periodicidad: Anual

Indicador 2º.
a. Nombre del indicador: Proporción de reingresos con antecedentes de colonización/infección por GMR que persiste colonización
b. Área relevante: Unidades hospitalización del HUMS
c. Dimensión: Científico-técnica
d. Criterio de calidad: Seguridad del paciente
e. Fórmula: (nº pacientes readmitidos con antecedentes de infección/colonización previa por GMR que persiste el estado de colonización/ nº pacientes readmitidos con antecedentes de infección/colonización previa por GMR)*100
f. Estándar: ND
g. Fuente de datos: Registro de Medicina Preventiva y datos administrativos de admisión
h. Tipo de indicador: Proceso
i. Población: pacientes HUMS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 337

1. TÍTULO

CONSOLIDAR UN SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ASISTENCIA SANITARIA CAUSADAS POR GERMENES RESISTENTES

j. Responsable obtención: Medicina Preventiva
k. Periodicidad: Anual

Indicador 3º.
a. Nombre del indicador: Proporción de pacientes readmitidos con antecedentes de colonización/infección por GMR sobre todos los pacientes aislados por colonización/infección GMR
b. Área relevante: Unidades hospitalización del HUMS
c. Dimensión: Científico-técnica
d. Criterio de calidad: Seguridad del paciente
e. Fórmula: (nº pacientes readmitidos con antecedentes de infección/colonización previa por GMR / nº pacientes aislados por infección/colonización previa por GMR)*100
f. Estándar: 25%
g. Fuente de datos: Registro de Medicina Preventiva y Microbiología
h. Tipo de indicador: Proceso
i. Población: pacientes HUMS
j. Responsable obtención: Medicina Preventiva
k. Periodicidad: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1. Validación y mejora del software
a. Enero 2010 – abril 2010
Actividad 2. Adecuación de recomendaciones de actuación ante admisión de paciente con antecedentes de colonización/infección por GMR
a. Enero 2010 – febrero 2010
Actividad 3. Vigilancia activa ante cualquier aislamiento en microbiología de GMR
a. Enero – diciembre 2010
Actividad 4. Discriminar y seleccionar conjunto de indicadores que den información para ciclos de mejora continua en GMR
a. Agosto 2010 – noviembre 2010
Actividad 5. Evaluación
a. Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 338

1. TÍTULO

INCORPORAR LA GESTION POR PROCESOS A LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION COMO GARANTIA DE CALIDAD EN LA APLICACION DE LOS CUIDADOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUZ HOSPITAL IBAÑEZ
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REYES GUALLART CALVO-ENFERMERA-H.U. MIGUEL SERVET-PLANTA 8 ONCOLOGÍA
JOAQUINA LAHOZ FUERTES-ENFERMERA-H.U.MIGUEL SERVET-PLANTA 7 TOCOQUIRÚRGICA
ESTHER AZCÁRATE MARCO-ENFERMERA-H.U.MIGUEL SERVET-PLANTA 6 ALTO RIESGO
Mª ASUNCIÓN MARTINEZ CASADO-H.U.MIGUEL SERVET-PLANTA 5 GINE-TOCOLOGÍA
Mª JESÚS PEREZ GARCIA-H.U.MIGUEL SERVET-PLANTA 2 GINECOLOGÍA
CARMEN ARELLANO SANCHEZ-H.U.MIGUEL SERVET-SUBDIRECCIÓN ENFERMERÍA H.M.I.
CARMEN NOYA CASTRO-H.U.MIGUEL SERVET-SUBDIRECCIÓN ENFERMERÍA H.M.I

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la Ley General de Sanidad se reconoce explícitamente la necesidad de las aportaciones de las diversas disciplinas para impulsar la metodología de la atención asistencial hacia la gestión por procesos y colaborar en la implantación de los mismos y en la revisión periódica de los circuitos establecidos introduciendo acciones de mejora si fuera preciso.
Siguiendo esta directriz, el Sector II de Zaragoza, mediante el Plan Estratégico define una línea dirigida a la gestión por procesos y la Continuidad Asistencial como elementos determinantes para la mejora continua y la implicación de los profesionales de enfermería como factor inductivo de cualquier cambio.
Los profesionales de enfermería son elementos clave en el sistema de salud. Sus competencias, habilidades y actitudes deben adaptarse a las requeridas en el área donde ejerce su profesión y para ello es imprescindible el desarrollo de su capacidad competencial
Sin embargo, estos requisitos no han sido demasiados homogéneos, debido probablemente al tipo de organización y de gestión llevadas a cabo hasta ahora en las unidades asistenciales.
Después de realizar un análisis situacional y observar la gran variabilidad en cuanto actuaciones se refiere en las unidades gestionadas por enfermeras, en los años 2008 – 2009 se elaboró el proceso “Cuidados de Enfermería en Hospitalización” y tras pasar todos los requisitos necesarios para su aprobación, este año 2010 se inicia la implantación en cinco unidades de hospitalización del Hospital Materno Infantil donde ya se viene desarrollando la actividad asistencial a través del proceso enfermero.
El proceso “Cuidados de enfermería en hospitalización” se integra en el marco de atención multidisciplinar del paciente que acude al hospital desde una perspectiva global y de calidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incorporar la gestión por procesos a la práctica habitual en las unidades asistenciales de Maternidad ya que transfiere un valor añadido al estar orientada la atención de forma global e integral en el paciente.
Unificar las actuaciones mediante la ruta descrita en el proceso
Evitar la variabilidad en la práctica clínica a la hora de dispensar la atención en las unidades
Conseguir que los servicios que se prestan y la idoneidad de los procedimientos que se utilizan sean los que generen el máximo beneficio y calidad para el paciente

Mejorar la continuidad de cuidados con los circuitos establecidos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Publicación en la Intranet del proceso
Información y presentación del proyecto al personal de enfermería de las unidades seleccionadas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 338

1. TÍTULO

INCORPORAR LA GESTION POR PROCESOS A LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION COMO GARANTIA DE CALIDAD EN LA APLICACION DE LOS CUIDADOS

Captación del personal de enfermería de forma voluntaria para la formación de los grupos de trabajo (uno por cada subproceso)
En cada grupo se designará un responsable
Responsable de la coordinación de los tres subprocesos. Supervisora de cada unidad asistencial

ACTUACIONES

Análisis de partida por parte de cada grupo de su subproceso
Propuestas de medidas de mejora por parte de cada subproceso
Revisión por parte de cada grupo de los diversos documentos de apoyo a cada subproceso (procedimientos, protocolos, planes de cuidados estandarizados, etc.)
Control para garantizar los registros según pautas establecidas por la Dirección de Enfermería
Establecimiento de canales de comunicación fluidos entre integrantes del mismo grupo
Establecer circuitos de puesta en común cada dos meses de los tres grupos de trabajo
Sesiones informativas a nivel de las cinco unidades que intervienen en el proyecto de mejora
Sesión informativa al resto del H. M. I. del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Monitorización de los indicadores definidos en cada subproceso
Nº de sesiones informativas sobre el proceso en Maternidad
Cumplimentación de los indicadores definidos en cada subproceso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-mayo 2010.- Análisis de partida por cada subgrupo
Propuestas de medida de mejora
Revisión por parte de cada grupo de los diversos documentos
Junio-septiembre 2010.- Control para garantizar los registros
Establecimiento de canales de comunicación entre integrantes del mismo subgrupo
Establecer circuitos de puesta en común
Octubre 2010- marzo 2011.- Sesiones informativas a nivel de las cinco unidades y del H. M.I.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Difusión del proyecto y resultados en Congresos de Calidad (*)	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. (*) Este dinero coresponde a dos inscripciones para el Congreso de Calidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 488

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: CONTROL Y DIFUSION DE LAS ALERTAS SANITARIAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL HUARTE LACUNZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO PALOMO PALOMO-FARMACÉUTICO JEFE DE SECCIÓN-S.FARMACIA HUMS
RAQUEL ARRIETA NAVARRO-FARMACÉUTICA-S.FARMACIA HUMS-FEA
Mª ANTONIO LÓPEZ MIRETE-ADMINISTRATIVA- JEFE DE GRUPO-S. FARMACIA HUMS
Mª CARMEN SERRANO VICENTE-FARMACÉUTICA-FIR S. FARMACIA HUMS
ISABEL VARELA MARTÍNEZ-FARMACÉUTICA-FIR S. FARMACIA HUMS
NATALIA DE LA LLAMA-FARMACÉUTICA-FIR S. FARMACIA HUMS
MANUEL SEBASTIÁN ALDEANUEVA-FARMACÉUTICA-FIR S. FARMACIA HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según el DECRETO 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia de Hospital (SF) y los depósitos de medicamentos una de las funciones de los SF es la de informar y asesorar sobre las alertas de calidad y de seguridad de medicamentos comunicadas por la administración sanitaria.
Las alertas pueden hacer referencia a desabastecimientos, retirada de determinados lotes o de todas las existencias en el mercado de un determinado producto por defectos de calidad, o alertas de farmacovigilancia que plantean problemas sobre la seguridad en el uso de determinados principios activos. En el marco de una atención sanitaria entre cuyas prioridades está la del uso seguro del medicamento, es necesario establecer un sistema de clasificación y evaluación de las alertas, y un sistema de notificación al resto de profesionales sanitarios del hospital que sea ágil y eficiente para garantizar que ningún medicamento objeto de una alerta llegue al usuario final que es el paciente.
Hasta la fecha, al no disponer de un procedimiento establecido, cuando se producía una alerta un farmacéutico decidía cual debía ser la actuación posterior a seguir pero se han detectado ineficiencias al no existir un registro de actuaciones, lo que podía suponer en ocasiones la repetición de tareas, la difusión a grupos diferentes, o incluso, la falta de comunicación o de actuación ante alguna alerta por no haberse advertido su recepción

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos principal: Establecer un sistema de registro, evaluación, control y difusión de las alertas sanitarias sobre medicamentos, para evitar problemas de seguridad en el paciente tanto ingresado como en aquellos pacientes ambulatorios y externos a los que se dispensa medicación desde el hospital.

Objetivos específicos:
• Establecer un algoritmo de actuación en el Servicio de farmacia ante la recepción de una alerta.
• Diseñar un sistema de codificación y registro de las alertas en el SF.
• Establecer un sistema de información a los profesionales sanitarios (y en su caso a pacientes) en función de la gravedad de la alerta (información en papel, vía email o mediante la intranet del centro).
• Establecer un sistema de control de calidad para detectar y corregir posibles fallos en el sistema

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El responsable del proyecto será el Dr. Huarte en colaboración con el responsable del Centro de Información de Medicamentos del SF (Dr. Palomo) para la evaluación y búsqueda de información adicional sobre las alertas y del resto de farmacéuticos del grupo en el diseño del algoritmo, y de la Jefa del Grupo Administrativo para las tareas de recepción y registro informatizado de las alertas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 488

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: CONTROL Y DIFUSION DE LAS ALERTAS SANITARIAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1.- Establecer un algoritmo de actuación en función del tipo de alerta (inmovilización y/o retirada, desabastecimiento, farmacovigilancia)
2.-Diseño y creación de un registro informatizado que recoja el tipo de alerta, actuación realizada, personal al que se comunica, etc
3.- Recopilación de e-mails de los responsables/jefes de servicio y supervisoras de unidades de hospitalización para establecer grupos de correo para la comunicación de alertas de carácter urgente.
4. Establecer los criterios y procedimiento para la utilización de la Intranet como medio de difusión general de alertas urgentes
5.- Puesta en marcha del sistema y desarrollo de la actividad
6.-Valoración de la recepción de la información por los profesionales objetivo de la información

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponibilidad del algoritmo de actuación ante la recepción de una alerta (redactarlo, revisarlo y aplicarlo).
Nº alertas comunicadas/ nº alertas susceptibles de ser comunicadas
% profesionales que han recibido la información sobre el total de profesionales susceptibles de recibirla
Disponibilidad del sistema de registro.
Encuesta sobre recepción de la información

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades 2010

1. Redacción, revisión y puesta en marcha del algoritmo de actuación (Febrero-Marzo)
2.-Diseño y creación de un registro informatizado que recoja el tipo de alerta, actuación realizada, personal al que se comunica, etc (Febrero-Marzo)
3.- Recopilación de e-mails de los responsables/jefes de servicio y supervisoras de unidades de hospitalización para establecer grupos de correo para la comunicación de alertas de carácter urgente. (Marzo)
4. Establecer los criterios y procedimiento para la utilización de la Intranet como medio de difusión general de alertas urgentes (marzo-abril)
5.- Puesta en marcha del sistema y desarrollo de la actividad. (Abril-Diciembre)
6.-Valoración de la recepción de la información por los profesionales objetivo de la información (Octubre-Diciembre)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Carteles y/o Dípticos para comunicación de alertas ... (*)	500 €
· Sistema de almacenaje y registro.	200 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. (*) Carteles y/o Dípticos para comunicación de alertas más relevantes en forma de boletín informativo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 473

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... LUIS ENRIQUE HUESO DEL RIO
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NOELIA GÓMEZ AGUIRRE - MÉDICO- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - MEDICINA INTERNA
JOSÉ VELILLA MARCO - MÉDICO- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - MEDICINA INTERNA
ANTONIO LOBO ESCOLAR - MÉDICO- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las fracturas osteoporóticas de la porción proximal del fémur, denominadas fracturas de cadera, son una de las causas más frecuentes de hospitalización e incapacidad en pacientes ancianos, con un coste sanitario y social que se ha incrementado progresivamente en los últimos años. A las complicaciones directamente relacionadas con este tipo de fracturas (anemización, trombosis venosas, inmovilización y deterioro de su situación funcional), hay que añadir las complicaciones derivadas de las comorbilidades que generalmente padecen este tipo de pacientes, como son cardiopatías, patologías respiratorias y deterioros cognitivos.
Sólo en el Hospital Miguel Servet, en el año 2008 se intervinieron 688 pacientes con fractura de cadera, con una estancia media de 17.41 días y una mortalidad en torno al 10%. Desde hace unos meses, se ha adscrito un facultativo de Medicina Interna para realizar el seguimiento a todos aquellos pacientes que ingresan con una fractura de este tipo, para evitar en lo posible la morbimortalidad que padecen este tipo de pacientes. Para ello se revisaron y actualizaron una serie de protocolos encaminados a mejorar la atención y tratamiento de las comorbilidades más frecuentes en estas fracturas (EPOC, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, síndrome confusional…). Durante estos meses, se han atendido un total de 274 pacientes, lo que supone una media de 33 pacientes/día, de los cuales se disponen datos en cuanto a comorbilidad y estancia media

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificar las principales comorbilidades asociadas a este tipo de fracturas
- Reconocimiento de estas patologías de forma precoz
- Evitar mayor morbimortalidad y deterioro funcional en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera
- Reducir la variabilidad en la atención a estos pacientes
- Aumentar la seguridad del paciente durante su ingreso hospitalario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar una base de datos para recoger las características de estos pacientes, atendiendo a:
- edad y situación funcional previa
- antecedentes personales y comorbilidades previas al ingreso
- manejo de la anemia periquirúrgica: empleo de agentes eritropoyéticos y necesidad de transfusiones de hematíes
- complicaciones durante el ingreso hospitalario, tanto en el periodo preoperatorio como en el periodo postoperatorio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - porcentaje de pacientes que desarrollan comorbilidad durante el ingreso hospitalario respecto al histórico
- estancia media respecto al histórico
- porcentaje de éxitus respecto al histórico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo de 2010: creación de la base de datos
Abril de 2010: inicio de la recogida de datos
Análisis mensual de los datos obtenidos para identificar los problemas persistentes y tratar de solucionarlos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 473

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Octubre 2010: comentar en sesión clínica del servicio los resultados obtenidos a los seis meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Tablet Pc	1.100 €
· Disco Duro Western Digital My Passport 320 Gb	100 €
· Material fungible y de papelería	100 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 512

1. TÍTULO

AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SERVICIO DE FARMACIA

2. RESPONSABLE ..... ANGELA IDOIPE TOMAS
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSEFA CARCELEN ANDRES-FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
Mª REYES ABAD SAZATORNIL-FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
Mª JOSE AGUSTIN-FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
MARISA VELA MARQUINA-TECNICO FUNCIÓN ADMINISTRATIVA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
ROSA SANCHEZ LOPEZ-ENFERMERA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
NAROA GOMEZ TIJERO-FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA
PABLO PALOMO PALOMO-FARMACÉUTICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Farmacia es un servicio general clínico, integrado funcional y jerárquicamente en la estructura hospitalaria . Forma parte de los denominados servicios “Centrales” y tiene como objetivo garantizar el uso racional del medicamento en el ámbito de la atención especializada.
Establecer un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos más importantes realizados en nuestro servicio estén perfectamente descritos y documentados, y establecer una serie de indicadores nos permitirá medir periódicamente el estado de nuestro trabajo, lo que es básico para garantizar la calidad del mismo y para entrar en un proceso de mejora continua.
La ausencia de un sistema de gestión de calidad puede conducir a una gran variabilidad y por el contrario la implantación de la Normas ISO nos permitirá asegurar la sistematización de los procesos, y que en cada etapas las actividades se realicen siempre de la misma manera, independientemente de que persona las llevara a cabo.
Cuando un trabajador se incorpora a un servicio es s básico e imprescindible para conseguir una integración eficiente y rápida que desde el primer momento conozca cuales son sus funciones y cuales son las características más importantes del Servicio, hecho que no se producia hasta ahora en nuestro Servicio por no disponer de un manual de acogida
Además al ausencia de algunos de los PNTs del área de farmacotecnia ha sido puesta de manifiesto como una deficiencia del Servicio en una inspección del Servicio realizada en agosto de 2009

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos principal: Avanzar hacia la gestión por procesos y hacia la implantación de las Normas ISO en el Servicio de Farmacia.

Objetivos específicos:
•Proporcionar una información actualizada sobre los aspectos más importantes de funcionamiento del Servicio para los trabajadores cuando se incorporan al Servicio con el fin de incrementar la implicación de los profesionales
•Definir el mapa de procesos del Servicio ,y fijar indicadores que nos permiten medir el estado de nuestro trabajo y nuestros avances en la mejora continua.
•Registro de las incidencias o no conformidades que se producen en los diferentes procesos que integran el mapa de procesos del servicio de Farmacia lo que permitirá su posterior análisis y establecimiento de acciones de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El responsable del proyecto será la Dra Idoipe responsable de calidad pero cada actividad tendrá un responsable que figura entre paréntesis

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 512

1. TÍTULO

AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SERVICIO DE FARMACIA

1.- Elaboración y puesta en marcha de un Registro de incidencias/no conformidades para los diferentes procesos desarrollados en el Servicio de Farmacia (A. Idoipe)
2.Actualizar el documento de presentación del Servicio de Farmacia que incluye la misión, actividades, organización y logística de trabajo e incluirlo en el Manual de Acogida (A.. Idoipe y J Carcelen)
3.-Analizar y actualizar las funciones concretas del personal auxiliar de las diferentes áreas de trabajo y del personal de enfermería e incluirlas como anexos en el Manual de Acogida (A.. Idoipe y R. Sanchez)
4.- Actualización de los procedimientos normalizados de trabajo del área de farmacotecnia (MJ Agustín y Naroa Gomez)
5. Elaboración del Manual de Normas y Procedimientos de laboratorio para el personal de enfemería. (MJ Agustín y Naroa Gomez)
6. -Definición del proceso de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (DMDU), límites inicial y final y descripción de los Subprocesos de DMDU con sus límites correspondientes y procedimientos que se desarrollan en cada subproceso (J Carcelen)
7.-Establecimiento de indicadores del Proceso de DMDU y -medida de los mismos comenzando su aplicación en al proceso de DMDU aplicado al Servicio de Neurología (J Carcelen)
8-Adaptación del cuadro de mandos integral desarrollado por la SEFH y aplicación al Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet.(R. abad)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % personal de enfermería de reciente incorporación al Servicio de Farmacia(<1 año) que han recibido el manual de acogida
% PNTs del laboratorio actualizados.
Elaboración del manual de procedimientos y normas de laboratorio
Puesta en marcha del registro de no conformidades
Medida de indicadores de SDMDU:

- Nº Intervenciones farmacéuticas
- %-Errores de transcripción
- % Errores de llenado de carro
- Nº No conformidades/Pte

La periodicidad de la medida de indicadores será anual para el manual de acogida, la monitorización de las no conformidades mensual y la de indicadores de DMDU trimestral.
Estos datos se obtendrán de las bases disponibles en el Servicio de Farmacia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Elaboración y puesta en marcha de un Registro de incidencias/no conformidades para los diferentes procesos desarrollados en el Servicio de Farmacia (mayo-junio 2010)
2.Actualizar el maual de acogida(febrero 2010)
4.- Actualización de los procedimientos normalizados de trabajo del área de farmacotecnia (febrero-marzo 2010)
5. Elaboración del Manual de Normas y Procedimientos de laboratorio para el personal de enfemería. (febrero-marzo 2010)
6. -Definición del proceso de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (DMDU), límites inicial y final y descripción de los Subprocesos de DMDU con sus límites correspondientes y procedimientos que se desarrollan en cada subproceso (Febrero-marzo 2010)
7.-Establecimiento de indicadores del Proceso de DMDU y -medida de los mismos comenzando su aplicación en al proceso de DMDU aplicado al Servicio de Neurología (febbrero-diciembre 2010)
8-Adaptación del cuadro de mandos integral desarrollado por la SEFH y aplicación al Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet.(marzo-diciembre 2010)
El proyecto se ampliará y continuará en 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ordenador portatil	800 €
Total	800 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 512

1. TÍTULO

AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SERVICIO DE FARMACIA

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 520

1. TÍTULO

EN EL HOSPITAL INFANTIL NOS CURAMOS JUGANDO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL IZQUIERDO DIEZ
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. QUIROFANO DEL INFANTIL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INMACULADA MARIN SANCHEZ-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL
PILAR ERNICAS BALLESTEROS- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL
CARMEN YOLDI BERMEJO- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL
MILAGROS PEREZ USÓN- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL
PILAR GINER ALCAINE-AUXILIAR DE ENFERMERIA-HOSPITAL INFANTIL
AURORA VINUE MELERO-ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL
VOLUNTARIOS HOSPITAL INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ingreso del niño en el hospital supone un cambio en sus hábitos cotidianos, la adaptación a un nuevo espacio y entorno y un sometimiento a procesos médicos que pueden alterar el equilibrio emocional de los más pequeños.
Para que su estancia en los centros sanitarios sea más agradable y no suponga un cambio drástico en su vida los niños pueden estimular sus capacidades a través de actividades lúdicas.
El juego les permite mejorar su estado de ánimo y de salud y paliar los efectos negativos que puede ocasionar su hospitalización.
La oportunidad de jugar se entiende como un elemento importante, en la humanización de los entornos pediátricos, en la medida en que cumple funciones de normalización de los ambientes sanitarios, de facilitación del desarrollo óptimo durante la hospitalización, de mejora de la preparación para las intervenciones médicas además de reducir la ansiedad y el miedo de los niños.
Actualmente, el Hospital Infantil dispone de un espacio dedicado al entretenimiento de los niños hospitalizados, dotado con ordenadores con conexión a Internet, escáner, cámara digital, CD's, programas educativos interactivos y múltiples juegos; espacio que únicamente es utilizado por aquellos niños que son capaces de desplazarse.
Las exigencias terapéuticas que impiden que los niños se puedan acudir a esta sala hace preciso crear un espacio lúdico móvil " Ludomovil" con el que los pequeños puedan jugar sin salir de sus habitaciones.
El ludomóvil es un soporte específicamente diseñado para el depósito y el transporte de juguetes y material lúdico que permite al niño utilizarlos en su habitación mediante un sistema de préstamo de juguetes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Acercar el juego a todos los servicios pediátricos del hospital, siguiendo protocolos de limpieza y desinfección, normativa del hospital y necesidades e intereses de los niños/as hospitalizados para velar por la seguridad, confianza y derecho a jugar sanamente.
2. Difundir y sensibilizar el uso del juego y de juguetes adecuados en el ambiente hospitalario mediante campañas divulgativas para garantizar bienestar en los niños/as y reducir los efectos negativos que provoca la hospitalización entre los niños/as.
3. Gestionar el funcionamiento del ludomovil con el voluntariado del Hospital Infantil

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Montar ludomovil. Registro del Stock de juguetes disponible.
2. Elaborar las fichas de préstamo de juguetes
3. Elaborar normas de funcionamiento.
4. Elaborar un folleto informativo dirigido a padres y familiares
5. Describir los procesos de limpieza de todo el material

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 520

1. TÍTULO

EN EL HOSPITAL INFANTIL NOS CURAMOS JUGANDO

6. Evaluar la satisfacción de pacientes/familias/profesionales con el servicio dado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Habrá constancia por escrito de todas las normas de funcionamiento
2. Habrá constancia del folleto informativo dirigido a padres y cuidadores
3. Satisfacción de pacientes/ familias y profesionales con el servicio
La evaluación y el seguimiento la realizará todo el grupo implicado en el proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo 2010: Formación del grupo de trabajo.
- Abril- Mayo 2010: Organizar ludomovil. Registro del Stock de juguetes disponibles y fichas de préstamo.
- Junio- Septiembre 2010: Elaborar normas de funcionamiento
- Octubre 2010: folleto informativo para padres
- Noviembre 2010: Puesta en marcha del ludomovil
- Marzo 2011: Evaluación de la satisfacción

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 Aparatos de musica y CDS musica infantil	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. Solicitamos los aparatos de musica para incorporarlos en los carros

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 527

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE. ANALISIS DE LAS CAUSAS DE ULCERAS POR PRESION

2. RESPONSABLE ..... LIRIA JIMENEZ BEA
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN NOYA CASTRO-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA H.M.I.
JESÚS MARTÍN MARTÍNEZ-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA
BELÉN VICENTE DE VERA BELLOSTAS-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SUPERVISORA UCI
SONSOLES GUTIÉRREZ ROJAS-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SUPERVISORA MEDICINA INTERNA
Mª JESÚS CHOPO ALCUBILLA-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SUPERVISORA NEUROLOGÍA
Mª JESÚS MONTOYA OLIVER-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SUPERVISORA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
ELENA ALCALÁ GIL-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UCI NEONATAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Jefrey Drazen, coeditor de The New England Journal of Medicine, al comparar el riesgo de un hospital, afirma que éste es incluso mayor que el de una central nuclear.
Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria son causa de elevada morbilidad y mortalidad. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.
Mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. En el contexto internacional, principales organizaciones, como la OCDE, el Consejo de Europa, la Unión Europea o la Organización Mundial de la Salud, entre otras, han adoptado estrategias para abordar el problema de la seguridad del paciente y los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
En España a comienzos de 2005 la Agencia de Calidad del SNS comienza su estrategia de seguridad. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de (2006), contemplaba “Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria”.
El Sector ZII, comprometido con la seguridad del paciente, se ha iniciado con determinadas acciones en la mejora de su seguridad. Parte de esas mejoras están dirigidas a los cuidados de enfermería, y dentro de ellos, las buenas prácticas en la prevención y cura de las úlceras por presión (UPP).
Estudios epidemiológicos sobre las UPPs en nuestro País arrojan cifras preocupantes, afectando a más de un 12% de la población atendida en un centro hospitalario o socio-sanitario.
En nuestro Hospital (HUMS), su monitorización se realiza con periodicidad trimestral, mostrado cifras menores en su conjunto. Existiendo, al mismo tiempo, Unidades con una alta prevalencia de pacientes ulcerados.
Efecto adverso que la realidad demuestra que se produce.
Si bien en su aparición, la enfermedad subyacente cuenta un factor importante, en un elevado porcentaje se pueden evitar.
Dentro del Hospital, y de manera continuada, se viene realizando formación científico técnica a los profesionales, para la prevención y cura de las mismas, quedando un aspecto sin definir, la realización del análisis del conjunto de las causas por las cuales se ha llegado a producir dicho efecto adverso. Promoviendo la implicación del grupo multidisciplinar que atiende al paciente no solo en las buenas practicas sino también en el ámbito de su seguridad.
Es por esto que planteamos un área de mejora empleando una de las claves para mejorar la seguridad del paciente, “saber que está pasando y hablar del tema”

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Haber implicado al equipo de enfermería responsable de la atención del paciente en su seguridad
-Haber identificado, evaluado y diseñado estrategias de mejora de los posibles fallos en la atención del paciente en un caso concreto “la ocurrencia de UPPs”
-Haber aprovechado los errores como oportunidad de mejora
-Haber creado alianzas con los profesionales involucrados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 527

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE. ANALISIS DE LAS CAUSAS DE ULCERAS POR PRESION

-Haber mejorado los resultados de prevalencia de UPPs en el Hospital, con la consiguiente disminución de estancia y gasto

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La definición de nuestra población diana estará marcada por los resultados en la monitorización de UPP, que con periodicidad trimestral se realiza en el Hospital. Su tendencia determina que, Unidades como UCIs y las Unidades de Medicina Interna y Neurología, presentan los porcentajes de prevalencia más elevados. Las actuaciones se plantearan en las mismas.
La planificación se realizará en dos fases
Primera fase formación
Con la realización de determinadas actividades de formación en seguridad del paciente, técnicas de análisis modal de fallos y sus efectos, análisis causa raíz, análisis causa-efecto, dentro de la unidades población diana. Se tratará de módulos cortos, de una hora de duración, impartidos en las propias unidades, a grupos reducidos.
Segunda fase
Una vez hecha extensiva la formación al personal de enfermería de las unidades población diana (técnicas de análisis), se realizarán reuniones con los equipos de enfermería de las distintas unidades, lo cual permitirá la revisión de los cuidados aplicados.
Las mismas pueden permitir conocer determinadas situaciones críticas en la prevención de este evento adverso (EA), que como se ha comentado anteriormente, si bien no siempre se pueden evitar, en un elevado porcentaje de situaciones es prevenible.
Ante la detección del EA, el equipo de mejora, se pondrá en contacto con la supervisora de la unidad para la revisión de la historia de manera conjunta. Tras la identificación del personal implicado en la atención se convocará a una reunión.
Para el seguimiento de las etapas, determinar cuando se observó los primeros signos y síntomas de la lesión, revisión de las barreras, y seguimiento de protocolo de actuación pactado en la unidad y de su aplicación o no.
Planificación de acciones de mejora, identificación de los responsables de ponerlas en marcha, seguimiento y monitorización

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Nº de sesiones formativas realizadas
2- Nº de casos analizados
3- % de personal formado
Nº de enfermeras-auxiliares de enfermería formadas/Nº de enfermeras-auxiliares de enfermería pertenecientes a las unidades (población diana)
Estándar: 80%
4- Prevalencia de UPPs hospitalarias
Nº de pacientes con UPP producida durante su ingreso/ Nº de pacientes ingresados en la unidad
Estándar: disminución

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación a las unidades: Abril - Junio 2010
Reuniones para el análisis de las causas: Septiembre 2010 – Febrero 2011
Resultados: Marzo 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil 15” HP	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 242

1. TÍTULO

MEJORAR Y ADECUAR LAS INDICACIONES DE LA REALIZACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA INTRAPARTO PARA EL ESTREPTOCOCO B-HEMOLITICO (EGB)

2. RESPONSABLE ..... YASMINA JOSE GUTIERREZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELEN RODRIGEZ SOLANILLA-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-UNIDAD PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
MÓNICA HERNÁNDEZ ARAGÓN-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-UNIDAD PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
SERGIO CASTAN MATEO-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-UNIDAD PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
SUSANA TEJERO SANCHO-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-UNIDAD PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
LAURA RODRIGUEZ LÁZARO-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-UNIDAD PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
JESSICA MARQUÉS GALAN-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-UNIDAD PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD
FRANCISCO VILLALOBOS SALGUERO-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-SERVICIO OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-UNIDAD PARITORIO Y URGENCIAS DE MATERNIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incidencia de la sepsis por estreptococo beta hemolítico del grupo B (EGB) oscila entre 0,5-3 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque el 75% de los casos se presenta en recién nacidos a término, proporcionalmente es más frecuente cuanto menor sea la edad gestacional, siendo además en los prematuros donde muestra peor pronóstico.
La mayoría de los adultos colonizados por EGB en el tracto gastrointestinal y en el genital no presentan sintomatología alguna. Las mujeres gestantes colonizadas presentan riesgo de prematuridad y de patología infecciosa fetal y/o neonatal.
La patología infecciosa asociada a la colonización por EGB suele manifestarse perinatalmente, poco antes del parto o en el recién nacido. El ascenso de los gérmenes del canal del parto provoca la infección del líquido amniótico, y a partir de ella, la infección de las membranas ovulares. Esto puede conducir a una rotura de estas membranas, corioamnionitis, infección materna (septicemia y excepcionalmente meningitis) e infección fetal y/o neonatal por aspiración del líquido amniótico infectado o tras colonizarse por el germen tras su paso por el canal del parto. En nuestro medio la tasa de colonización en la población gestante oscila entre el 10-17%. De cada 100 mujeres gestantes colonizadas, se llega a colonizar el 40-65% de los recién nacidos, pero sólo el 1-2% desarrolla la forma invasiva de la infección (13-15% si coinciden ciertos factores de riesgo: prematuridad, rotura de membranas > 18horas, fiebre intraparto). Parece que el factor decisivo para que se produzca la enfermedad invasiva fetal/neonatal es la falta de anticuerpos tipoespecíficos en la madre (y por ende, en el feto y el recién nacido). Al feto de una madre colonizada que previamente hubiera dado a luz a un recién nacido afecto de septicemia perinatal por EGB (madre no productora de cantidad suficiente de anticuerpos), cabría asignarle el máximo riesgo de desarrollar una infección perinatal por EGB.

La profilaxis de la trasmisión vertical de la infección al feto y/o recién nacido se ha convertido gradualmente en una práctica de utilización rutinaria en la mayoría de los hospitales del mundo desarrollado. En nuestro país, la Sociedad Española de Neonatología (SEN), la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, han consensuado unas recomendaciones para unificar criterios de actuación en relación con esta profilaxis. Se recomienda estudiar la colonización por EGB en todas las mujeres gestantes en el periodo comprendido entre la semana 35 y 37 del embarazo.

La determinación debe realizarse investigando la presencia del germen en dos localizaciones: recto y vagina. Este resultado tiene una validez de 5 semanas completas desde su realización.

Las indicaciones de la profilaxis antibiótica intraparto para el EGB son las siguientes:
1.NDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL:
•Todas las gestantes identificadas como portadoras en el cultivo vagino-rectal de EGB en un cultivo practicado durante las cinco semanas previas al parto
•Todas las gestantes con cultivo de orina positivo para EGB durante la gestación actual

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 242

1. TÍTULO

MEJORAR Y ADECUAR LAS INDICACIONES DE LA REALIZACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA INTRAPARTO PARA EL ESTREPTOCOCO B-HEMOLITICO (EGB)

•Todas las gestantes con hijo previo afecto de infección neonatal por EGB
•Todos los partos en los que haya fiebre intraparto (posibilidad de corioamnionitis u otra infección materna)

2.PARTOS DE < 37 SEMANAS:
•Todos aquellos casos en que se desconozca el resultado de la colonización por EGB

3.PARTOS DE > DE 37 SEMANAS:
•Hasta la fecha, en la sección de Paritorios, se realizaba profilaxis antibiótica para EGB a todas las gestantes con cultivo vagino-rectal no válido, no disponible o no realizado. Para evitar la administración de tratamientos antibióticos innecesarios con potenciales efectos adversos y con coste económico asociado, hemos decidido, de forma consensuada con el Servicio de Pediatría, adecuar esta profilaxis antibiótica a las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, que son las siguientes:

En los casos de gestantes de > de 37 semanas, con cultivo vagino-rectal no disponible, no realizado, no válido sólo se realizará profilaxis antibiótica si existen los siguientes factores de riesgo:
-Fiebre intraparto
-Rotura Prematura de Membranas > 18 horas
-Hermano previo afecto de infección neonatal por EGB
-Corioamnionitis

En los casos de Cesáreas electivas con cultivo positivo para EGB, independientemente de la edad gestacional, con membranas íntegras y no iniciado trabajo de parto, no se realizará profilaxis antibiótica, en relación con el Estreptococo.

La profilaxis antibiótica recomendada en los casos indicados se realizará con:
•Penicilina G sódica: 5 millones de UI por vía i.v, seguidas de 2,5 millones de UI i.v cada 4 horas hasta el expulsivo.
•Ampicilina: 2 gramos i.v, seguidos de 1 gramo i.v cada 4 horas hasta el expulsivo.

En caso de alergia conocida a los betalactámicos se recomienda utilizar una de las siguientes pautas:
•Eritromicina: 500 mg i.v cada 6 horas
•Clindamicina: 900 mg i.v cada 8 horas

Bibiografía:

1.Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public perspective. MMWR 1996; 45: 1-24.

2.Edwars MS, Baker CJ. Group B streptococcal infections. En: Remington JS, Klein JO, eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 5ª edition.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 242

1. TÍTULO

MEJORAR Y ADECUAR LAS INDICACIONES DE LA REALIZACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA INTRAPARTO PARA EL ESTREPTOCOCO B-HEMOLITICO (EGB)

Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. p. 1345-70.

3.Grupo Castrillo. Resultados del estudio de la septicemia neonatal de transmisión vertical. Reuniones 1995, 1996,1997 y 1999.

4.Salcedo S, Rodrigo C. Infección en el recién nacido. En: Natal A, Prats J, eds. Manual de Neonatología. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1996. p. 127-44.

5.Schuchat AN. Seminal: Group B Streptococcus. Lancet 1999; 353: 51-6.
Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Española de Neonatología, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Documento de consenso: recomendaciones para la prevención de la infección perinatal por estreptococo beta-hemolítico del grupo B. Progresos de Obstetricia y Ginecología 1998; 315:216-9

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Adecuación de un protocolo asistencial de actuación ante la profilaxis antibiótica intraparto para el estreptococo B hemolítico (EGB)
2-Realización correcta de la profilaxis para el EGB, en todas las gestantes con parto en curso que acudan a la sección de paritorio de nuestro centro, el Hospital Universitario Miguel Servet.
3-Disminuir los tratamientos antibióticos innecesarios, con sus posibles efectos adversos y coste económico asociado.(Mejorar la eficiencia)
4-Mejorar y disminuir el consumo de recursos sanitarios sin incrementar las tasas de infección por estreptococo del grupo B. (Eficacia y eficiencia).

5-Mejora de la calidad asistencial de las pacientes que acuden a la sección de urgencias de maernidad y paritorio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •A todas las gestantes que acudan a urgencias de maternidad, con síntomas clínicos de parto en curso o prodromos de parto, se les revisará el documento de cartilla del embarazo, aportada por la propia paciente, para comprobar si se ha realizado el cultivo vagino-rectal para EGB y su resultado. (Dres Rodríguez, Villalobos, Marqués)
•Si el cultivo se ha realizado, comprobar los siguientes aspectos: (Dres Rodríguez, Villalobos, Marqués)
-Fecha de realización (para comprobar su validez)
-Resultado del cultivo
•Comprobar si la paciente cumple los criterios especificados previamente para la realización de profilaxis antibiótica del EGB (Dras Hernández y Tejero)
•Indicar el tratamiento antibiótico, en los casos incluidos en el protocolo. Teniendo en cuenta la presencia o no de alergias a antibióticos conocidas por la paciente (Dras José y Hernández)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Nº de pacientes atendidas en urgencias de maternidad por APP a las que se les comprueba el resultado del cultivo vagino-rectal para EGB/Total de pacientes atendidas en urgencias de maternidad por parto en curso o pródromos de partox100: % esperado >90%

2.Nº de pacientes que llegan a dilatación por parto en curso o inducción de parto a las que se comprueba el resultado de cultivo vagino rectal por EGB/Nº total de pacientes que llegan a dilatación por inducción de partox100: % esperado >90%

3.Realización de profilaxis correcta para EGB/total de pacientes asistidas en dilataciónx100: % esperado 100%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Febrero 2010
Recogida de datos: mensual
Evaluación: trimestral/semestral

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 242

1. TÍTULO

MEJORAR Y ADECUAR LAS INDICACIONES DE LA REALIZACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA INTRAPARTO PARA EL ESTREPTOCOCO B-HEMOLITICO (EGB)

Autoevaluación definitiva: anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CÁMARA DE FOTOS REFLEX DIGITAL	600 €
· IMPRESORA MULTIFUNCIÓN	300 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 243

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS

2. RESPONSABLE ..... YASMINA JOSE GUTIERREZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELEN RODRIGEZ SOLANILLA-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-SECIÓN URGENCIAS DE MATERNIDAD Y PARITORIOS
MÓNICA HERNÁNDEZ ARAGON-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-SECIÓN URGENCIAS DE MATERNIDAD Y PARITORIOS
SERGIO CASTAN MATEO-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-SECIÓN URGENCIAS DE MATERNIDAD Y PARITORIOS
SUSANA TEJERO SANCHO-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-SECIÓN URGENCIAS DE MATERNIDAD Y PARITORIOS
LAURA RODRIGUEZ LÁZARO-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-SECIÓN URGENCIAS DE MATERNIDAD Y PARITORIOS
JESSICA MARQUES GALAN-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-SECIÓN URGENCIAS DE MATERNIDAD Y PARITORIOS
FRANCISCO VILLALOBOS SALGUERO-MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA-OBSTETRICA Y GINECOLOGIA-SECIÓN URGENCIAS DE MATERNIDAD Y PARITORIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección de herida quirúrgica es la causa más importante de infección en el paciente intervenido y ocupa el segundo o tercer lugar como causa de estas infecciones en los pacientes hospitalizados.
La presencia de infección quirúrgica duplica la estancia hospitalaria e incrementa en un 20-30% los costes sanitarios.
El uso correcto de una profilaxis antibiótica disminuye de forma significativa el porcentaje de infección de la herida quirúrgica al prevenir la proliferación bacteriana, siendo esta reducción en algunos procedimientos mayor al 50%. La profilaxis antibiótica en cirugía no evita las infecciones no relacionadas al sitio quirúrgico, es un complemento de la apropiada preparación del paciente, la adecuada evaluación preoperatoria, la buena técnica quirúrgica, el quirófano seguro y los cuidados postoperatorios.
La profilaxis antibiótica se recomienda en cirugías con riesgo de infección mayor o igual al 5%, o en aquellas en que el riesgo es menor pero su presencia podría producir una elevada morbimortalidad.
El espectro de microorganismos a cubrir debe dirigirse a aquellos que son causa prevalente de infección del sitio quirúrgico, representados por la flora habitual del paciente. La actividad del antibiótico deberá mantenerse durante todo el tiempo quirúrgico, por ello se prefieren agentes de vida media prolongada y que no induzcan fácilmente resistencia bacteriana.
Debemos tener en cuenta la toxicidad del fármaco, las alergias de las pacientes y la interacción potencial con otras drogas. Los agentes seleccionados deben tener un coste económico razonable.
El momento óptimo de la administración del antibiótico es de 30 a 60 minutos antes de la incisión para lograr niveles inhibitorios del agente escogido en el periodo crítico en el que se produce la contaminación microbiana de la herida.
Deberá considerarse la administración de una dosis intraoperatoria cuando la cirugía tiene una duración prolongada (> 3 horas) o cuando ocurre una hemorragia severa (sangrado > 1 litro).
La infección de la pared abdominal se produce aproximadamente en el 5% de todos los partos realizados mediante cesárea. Los factores de riesgo más comúnmente reconocidos para la infección son:
-Cesárea urgente
-Corioamnionitis
-Obesidad
-Diabetes
-Malnutrición
-Enfermedades que ocasionan inmunodepresión
-Prolongación del tiempo quirúrgico
-Pérdida hemática excesiva

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 243

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS

-Exámenes vaginales repetidos

La infección se produce por contaminación de la flora cutánea o por diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los organismos más comúnmente responsables son el Estafilococo aureus y los Estreptococos del grupo A. Más raramente bacilos como Clostridios, Bacteroides y Peptoestreptococcus, que causan celulitis de pared y pueden asociarse a crepitación subcutánea o secreciones malolientes.

Bibiografía:
1.Horan TC, GAynes RP, MArtone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 1992; 13:606-8.
2.Page CP, Bohnen JM, Fletcher JR, McManus AT, Solomkin JS, Wittmann DH. Antimicrobial prophylaxis for surgical wounds. Guidelines for clinical care. Arch Surg. 1993;128:79-88.
3.Cisneros J, Mensa J, Rodriguez Baño J, Trilla A, Cainzos M. Guías de Profilaxis con Antimicrobianos en Cirugía. Documentos del Grupo de Infección Hospitalaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2001; http://www.seimc.org/geih/.
4.Cainzos M, Lozano F, Dávila D, Alcaraz P, Apechea A, Balibrea JL, Bouza E y cols por la Asociación Española de Cirujanos. Protocolos recomendables de profilaxis antibiótica. Rev Cir Esp 1996; 59(1): 3-6.
5.Nichols RL. Surgical antibiotic prophylaxis. Med Clin North Am. 1995; 79:509-22.
6.Puerperio Normal y Patológico. Protocolo de la SEGO 2008; http://www.prosego.com

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Implemetar un protocolo asistencial de actuación, para la realización de la profilaxis antibiótica de la herida quirúrgica, en el procedimiento de la cesárea.
2-Realización correcta de la profilaxis de herida quirúrgica, en todas las gestantes que cumplan los criterios de inclusión, expuestos con anterioridad, a las que se les practique una cesárea en el Hospital Universitario Miguel Servet.
3-Planificar una estrategia multidisciplinar que incluya a los cirujanos, anestesistas, enfermeras de quirófano y auxiliares clínicas, implicados en el trato directo con las pacientes, en el momento de la intervención.
4-Disminuir la incidencia de infección de herida quirúrgica, mediante la instauración de un protocolo de fácil aplicación. (Efectividad)
5-Disminuir los tratamientos antibióticos innecesarios, prolongados, con sus posibles efectos adversos y coste económico asociado.(Mejorar la eficiencia)
6-Adecuar el consumo de recursos sanitarios, sin incrementar las tasas de infección de la herida quirúrgica. (Eficacia y eficiencia).
7-Mejora de la calidad asistencial de las pacientes que acuden a la Sección de urgencias de maternidad y paritorio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para disminuir la incidencia de infección de la herida quirúrgica, el Servicio de Obstetricia propone la instauración de una profilaxis antibiótica en los siguientes casos:(Dres. Castan, Rodriguez, Hernández, Tejero y José)
-Cesárea urgente
-Cesárea en pacientes con bolsa rota de duración superior a 12 horas
-Cesárea con fetos que han sido controlados mediante monitorización interna.
-Cesárea tras múltiples exámenes vaginales
-Cesárea en diabéticas
-Cesáreas en partos en inducciones prolongadas
-Cesáreas programadas

Para mejorar la profilaxis, se ha de realizar previa a la administración del antibiótico una limpieza de la zona quirúrgica mediante lavado con agua y jabón, seguido de la aplicación de un antiséptico cutáneo externo no yodado. (Auxiliares clínicas de quirófano- personal de enfermería de quirófano). La profilaxis

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 243

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO EN EL QUIROFANO PARA LA PREVENCION DE LAS INFECCIONES EN CIRUGIA OBSTETRICA , ORIENTADO A LAS CESAREAS

antibiótica se realizará con los siguientes fármacos:(Dres. Castan, Rodriguez, Hernández, Tejero y José)
* Amoxicilina- Clavulámico: 2 gramos I.V, en dosis única.
-Idealmente se aplicará unos 30 minutos antes de la apertura de la piel
-Si no es posible ajustarse al tiempo referido por la urgencia del cuadro, la aplicación del antibiótico se realizará lo más precoz posible, antes de incidir la piel.
-Si la cirugía dura > 3 horas o se produce una pérdida hemática superior a 1 litro, se deberá administrar una dosis adicional de 1 gramo I.V.

* En pacientes alérgicos la pauta administrada será:
-Gentamicina 80 mg + Clindamicina 900 mg: Dosis única
-Se realizará una dilución en 100cc de solución fisiológica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Nº de procedimientos quirúrgicos (cesáreas) con profilaxis antibiótica conforme a protocolo/Nº total de procedimientos quirúrgicos (cesáreas) evaluadas x100: % esperado >80%
2.Nº de pacientes a las que se practica una cesárea que presentan una infección de la herida quirúrgica/ Total de pacientes a las que se les practica una cesárea x100: % esperado < al 10%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Febrero 2010
Recogida de datos: mensual
Evaluación: trimestral/semestral
Autoevaluación definitiva: anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR PORTALTIL PANTALLA DE 12 PULGADAS	300 €
· ORDENADOR PORTATIL PANTALLA 10 PULGADAS	300 €
· ORDENADOR PORTATIL PANTALLA 10 PULGADAS	300 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 521

1. TÍTULO

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO CON LA PUESTA EN MARCHA DE “LA ESCUELA DE PADRES ” EN MATERNIDAD

2. RESPONSABLE ..... JOAQUINA LAHOZ FUERTES
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. TOCOLOGIA QUIRURGICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REYES MEDINA ALAPONT-ENFERMERA-MATERNIDAD
ANA CRISTINA BARRIOS GUALLAR- ENFERMERA-MATERNIDAD
ANA MARTIN SANCHEZ- AUXILIAR DE ENFERMERIA-MATERNIDAD
GLORIA ESTACHO VINUE- ENFERMERA-MATERNIDAD
ROSARIO PLUMED LOMA-ENFERMERA-MATERNIDAD
CONCEPCION ORGA MOYA- AUXILIAR DE ENFERMERIA-MATERNIDAD
ASUNCION MARTINEZ CASADO- ENFERMERA-MATERNIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos 30 años la duración de la estancia hospitalaria tras el parto de las madres y sus recién nacidos (RN) a término ha observado una disminución gradual y continua.
Tradicionalmente se ha recomendado una estancia hospitalaria del Recién Nacido a término sano, de 72 horas cuando el parto ha sido vaginal o de 6-7 días cuando el nacimiento ha sido por cesárea, no obstante cada vez más nos encontramos con altas precoces (48 horas), tras los partos normales en todas las maternidades Españolas.
Estudios realizados en España, muestran que en los últimos años ha habido una creciente demanda asistencial por parte de los neonatos a los servicios de urgencias, reflejo de la ansiedad y confusión que presentan los padres o cuidadores del recién nacido y que contribuye al aumento de la asistencia a los servicios de urgencias, ante situaciones inusuales para ellos, que no necesariamente implican la manifestación de alguna patología.
Esto nos lleva a pensar, que es indispensable mejorar la información que se da a los padres del recién nacido antes del alta hospitalaria, información que permita disminuir su ansiedad y resolver dudas e inquietudes, para así evitar consultas innecesarias a los servicios de urgencias hospitalarias.
Enfermería, tanto por su relación con los padres y el niño como por la continuidad de la atención que presta tiene un papel fundamental en suministrar la información necesaria sobre, los cuidados básicos del recién nacido, así como sobre los controles que deben de hacerle en el primer mes de vida. Es importante una buena comunicación con la familia, para que la interpretación de las recomendaciones que se den para el cuidado del RN sea la adecuada y no se produzcan errores debidos a dificultades de comunicación por el idioma y/o las diferentes culturas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Poner en marcha una Escuela de Padres destinada a ofrecer educación sanitaria sobre hábitos higiénico-sanitarios y alimenticios a las madres que dan a luz en las unidades de Tocología del HUMS
2.Garantizar en todo momento la continuidad de cuidados proporcionando a las parejas toda la información necesaria, tanto teórica como práctica, sobre las atenciones que deben recibir tanto la madre como su bebé, para que, posteriormente, puedan atender de forma adecuada a su bebé en el domicilio.
3.Mejorar la participación de los padres en los cuidados al recién nacido, intercambiando experiencias con otras madres sobre los hábitos de puericultura, a través de una dinámica de grupos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Elaborar una guía para el cuidado del recién nacido basada en la última evidencia científica disponibles, traducida a diferentes idiomas que refuerce las enseñanzas impartidas durante los talleres.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 521

1. TÍTULO

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO CON LA PUESTA EN MARCHA DE “LA ESCUELA DE PADRES ” EN MATERNIDAD

2.Instaurar la escuela de padres, en las unidades de Tocología del Hospital Miguel Servet.
Diariamente, se realizarán talleres teóricos - prácticos con las recomendaciones higiénico-sanitarias sobre los cuidados básicos del recién nacido (cómo debe ser el baño, la cura del cordón, el cambio de pañales, las correctas posiciones del bebé a la hora de dormir, etc.) así como se llevarán a cabo recomendaciones teóricas y prácticas sobre lactancia, ya sea materna,
(indicando a las madres su importancia, la forma, el tiempo y la frecuencia de la misma, los cuidados de la mama y la alimentación e higiene que se debe practica) mixta o artificial (enseñando cómo deben preparar los biberones, cuándo deben dárselos a sus bebés, medidas posturales para evitar reflujos, e indican cómo debe realizarse la higiene y esterilización de los biberones).
Del mismo modo, se incidirá en la importancia de someterse a los controles periódicos en su centro de salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Habrá constancia en todas las unidades de Tocología de la guía para el cuidado del recién nacido.
2.Numero de talleres realizados durante el año 2010-2011
3.Satisfacción de los padres con la información dada en la escuela de padres.
La evaluación y el seguimiento será realizada por todos los miembros del grupo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Marzo 2010:
Formación del grupo de trabajo. Programar reuniones.
2.Abril 2010 – Mayo 2011:
Elaboración de la guía para el cuidado del RN.
3.Junio 2010 – Octubre 2010
Diseñar la escuela, normativa, funcionamiento…
4.Noviembre 2010- Marzo 2011
Puesta en marcha de la escuela de padres.
5. Marzo 2011:
Medir la satisfacción de la información recibida en la escuela de padres

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Vinilos con motivos infantiles para decorar las estancias de los recien nacidos .	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. Solicitamos vinilos infantiles para humanizar espacios en la maternidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 157

1. TÍTULO

GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. UTILIZACION DEL CUESTIONARIO I-QOL

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO LANZON LAGA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CESAR RODRIGO CONDE-MEDICO-SERVICIO GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
RAUL BOLEA TOBAJAS-MEDICO-SERVICIO DE GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
MIGUEL ANGEL RUIZ CONDE-MEDICO-SERVICIO GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
FERNANDO PUIG FERRER-MEDICO-SERVICIO GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
PATRICIA RUBIO CUESTA-MEDICO-SERVICIO GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
ELISA GIL ARRIBAS-MEDICO-SERVICIO GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES UN PROBLEMA MUY PREVALENTE EN NUESTRO MEDIO, QUE PUEDE LLEGAR A AFECTAR HASTA UN 50% DE LA POBLACIÓNB FEMENINA. UNA PARTE IMPORTANTE NECESITARAN UNA SOLUCIÓN QUIRURGICA. TRAS DICHA INTERVENCION, LA MAYORIA DE LAS PACIENTES SON DERIVADAS DE NUEVO A SU CENTRO MEDICO DE REFERENCIA, POR LO QUE NO CONOCEMOS LOS RESULTADOS DEFINITIVOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA TECNICA UTILIZADA, EN EL APARTADO REFERENTE A CALIDAD DE VIDA DE ESTAS PACIENTES.
LA INCONTINENCIA URINARIA SE HA DEMOSTRADO QUE SE ASOCIA CON UNA MAYOR NECESIDAD DE AYUDA EXTERNA, MAYOR NUMERO DE HOSPITALIZACIONES Y MAYOR TASA DE MORTALIDAD. ADEMAS DEL IMPACTO NEGATIVO SOBRE EL BIENESTAR EMOCIONAL Y LAS ACTIVIDADES DE RELACION CON LOS DEMAS.
EL PROBLEMA A MEJORAR SERIA EL SEGUIEMIENTO REFERENTE A CALIDAD DE VIDA DE ESTAS PACIENTES INTERVENIDAS EN NUESTRO SERVICO POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.
LA MEJOR APROXIMACION A ESTA VALORACION REQUIERE EL USO DE CUESTIONARIOS VALIDADOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. SE ESPERA RECOGER LOS DATOS REFERENTES A CALIDAD DE VIDA TRAS LA INTERVENCION DE LAS PACIENTES QUE SEAN TRATADAS POR ESTE PROBLEMA EN REVISIONES PAUTADAS AL MES, A LOS 6 MESES Y AL AÑO DE LA INTERVENCION

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EN CONSULTA DE PRIMER DIA EN LA QUE SE DECIDA TRATAMIENTO QUIRUGICO DE LA INCONTINENCIA SE REALIZARA ENCUESTA I-QoL QUE EVALUA EL IMPACTO DEL SINTOMA SOBRE DIVERSOS ASPECTOS DE LA VIDA DIARIA.
PREVIO A LA INTERVENCION SE REALIZARA PRUEBA URODINAMICA COMO PARTE DEL DIAGNOSTICO, CONSIDERANDOLA PATRON ORO.
TRAS LA INTERVENCION LA PACIENTE SE CITARA EN CONSULTAS EXTERNAS AL MES, DONDE SE REALIZARA UNA PRIMERA VALORACIÓN CLINICA.
SERA EN LA CONSULTA AL 6º MES TRAS INTERVENCION CUANDO SE REPETIRA LA ENCUESTA I-QoL
LAS ACTUACIONES DESCRITAS SERAN REALIZADAS DE FORMA INDISTINTA POR LOS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. PARA CONSIDERAR QUE LA PACIENTE HA MEJORADO TRAS EL TRATAMIENTO SE REQUIERE UNA MEJORA MINIMA DE 6 PUNTOS EN EL CUESTIONARIO I-QoL .
2. PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE IUE A LAS QUE SE LES PRACTICA ENCUESTA I-QoL EN LA PRIMERA VISITA PREVIA AL TRATAMIENTO QUIRURGICO.
3. PORCENTAJE DE PACIENTES INTERVENIDAS POR IUE QUE COMPLETAN ENCUESTA I-QoL A LOS 6 Y A LOS 12 MESES.
4. UNA BASE INFORMATIZADA SERVIRA PARA LA RECOGIDA DE DATOS Y POSTERIOR ESTUDIO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO EN ABRIL 2010.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 157

1. TÍTULO

GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. UTILIZACION DEL CUESTIONARIO I-QOL

FINALIZACION EN ABRIL 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 361

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL AIRE EN AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONFORMIDAD CON LA NORMA ISO 16644 (2. PARTE)

2. RESPONSABLE ..... CARLOS LAPRESTA MOROS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª JESÚS HERNÁNDEZ NAVARRETE-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-FEA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
GONZALO SANTANA LÓPEZ-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-FEA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
SOUAD BELKEBIR-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-MIR MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-MÉDICO-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-FEA SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA
Mª JOSÉ REVILLO PINILLA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-JEFE DE SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA
JORGE MELÉNDEZ PÉREZ-INGENIERO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-JEFE DE SERVICIO DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO
FERNANDO INDIA LISO-DIRECTIVOINGENIERO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SUBDIRECTOR DE GESTIÓN, INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Grupo de Mejora de La Calidad del Servicio de Medicina Preventiva, dentro de la cartera de servicios del Servicio de Medicina Preventiva priorizó, por tratarse de un área de elevada repercusión sobre la seguridad de los pacientes, la Bioseguridad Ambiental.
El HUMS cuenta en su cartera de servicios con procedimientos quirúrgicos de elevada complejidad y riesgo, que son de referencia a nivel autonómico y nacional. Este Servicio lleva más de diez años siendo pionero en el uso del muestreo microbiológico de las áreas críticas del hospital, como medida para garantizar la ausencia de contaminación microbiológica en el aire y por tanto para evitar eventos indeseados en los pacientes, tales como aspegilosis invasivas o infecciones del sitio quirúrgico.
En los dos últimos años se ha llevado a cabo la normalización de las actividades desarrolladas por el Servicio de Medicina Preventiva para la verificación de la bioseguridad ambiental, normalización realizada acorde a la normativa ISO 9001:2000, y ha sido motivo de aceptación de inclusión en el programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad del Servicio Aragonés de Salud en los años 2007 y 2008. Fruto del trabajo realizado se han definido dos procesos: el “Proceso de Monitorización de los Niveles de Contaminación Microbiológica del Aire” y el “Proceso de Verificación de las bioseguridad del aire en situaciones que así lo requieran”.
Posterior a la revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema, se ha encontrado la ausencia de una legislación o normativa específica sobre la calidad microbiológica ambiental a cumplir en áreas críticas, aceptándose sin embargo la aplicación de los criterios de la norma ISO para salas blancas (UNE-EN ISO 14.644: 2.000), que incluye el conteo de partículas como método de referencia para el Control de la calidad del aire en áreas críticas.
La medición de las partículas se realiza mediante un contador láser dotado de una sonda isocinética, que indica el número y partículas de cada tamaño (de 0,3 – 10 micras) y este contaje se realiza por difracción directa. Según el número de partículas que quedan reflejadas en el registro del contador de partículas, las salas se pueden clasificar en función de la calidad de su aire según la ISO 14664-1.
Así pues, y de forma complementaria a los controles microbiológicos del aire que se vienen realizando en las áreas críticas del HUMS, pretendemos incorporar como herramienta que nos pueda acercar a la excelencia en el ámbito de la bioseguridad ambiental el conteo de partículas, tal y como queda reflejado en la normativa ISO correspondiente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento actual el proyecto se encuentra en la fase de "Realización de muestreo planificado".
Existe un retraso de aproximadamente dos meses con respecto a la planificación plasmada en el proyecto de mejora aprobado para el 2009. El motivo de dicho retraso fué la no disponibilidad de los recursos (contador de partículas) necesarios hasta el mes de Enero del año 2010. De cualquier forma, en la actualidad el proyecto está en marcha de forma acelerada, siendo previsible que al final de año se cumplan los objetivos marcados.
Por otra parte, se han ampliado los objetivos del presente proyecto, añadiendo un nuevo objetivo de evaluación de la correlación entre los resultados obtenidos del contaje de partículas y del muestreo microbiológico. Para ello se ha incorporado al proyecto al Servicio de Microbiología.
En lo que respecta a los resultados de los criterios e indicadores obtenidos hasta el momento:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 361

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL AIRE EN AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONFORMIDAD CON LA NORMA ISO 16644 (2. PARTE)

1. Elaboración del documento “Plan de Control de la calidad del aire en área críticas del HUMS”.
Criterio: Debe existir el documento actualizado en el año 2009 y aprobado por el Grupo de Mejora de La Calidad del Servicio de Medicina Preventiva: “Plan de Control de la calidad del aire en área críticas del HUMS”.
Indicador: Existencia de documento actualizado en el año 2009 y aprobado por el Grupo de Mejora de La Calidad del Servicio de Medicina Preventiva: “Plan de Control de la calidad del aire en área críticas del HUMS”.
Excepciones: Ninguna
Estándar: Sí
Resultado: Sí
Comentarios: El documento fué elaborado y presentado y aprobado en la reunión del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Medicina Preventiva y SAlud Pública llevada a cabo el 27 de Enero del 2010.
2. Elaboración del “Planning para la realización del conteo de partículas en el aire de las áreas críticas del HUMS”.
Criterio: En los años 2009 y 2010 deberá elaborarse un “Planning para la realización del conteo de partículas en el aire de las áreas críticas del HUMS”.
Indicador: Existencia de un “Planning para la realización del conteo de partículas en el aire de las áreas críticas del HUMS” correspondiente a los años 2009/10.
Excepciones: Ninguna
Estándar: Sí
Resultado: Sí
Comentarios: El documento (fué un documento único incluyendo los criterios de evaluación 1 y 2) fué elaborado y presentado y aprobado en la reunión del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Medicina Preventiva y SAlud Pública llevada a cabo el 27 de Enero del 2010.
3. Realización de los contajes de partículas planificados.
Criterio: A lo largo de los años 2009 y 2010 todos los controles de conteo planificados deberán realizarse.
Indicador: Proporción de controles de conteo realizados de entre los planificados (fórmula: Nº de controles del conteo de partículas en el aire realizados / Nº controles de conteo de partículas en el aire planificados.
Excepciones: En aquellas situaciones en que deban realizarse conteos de partículas por motivos extraordinarios (realización de obras, desconexiones de la climatización…), éstas sustituirán a
Estándar: 100%
Resultado: 120/120=100%
Observaciones: Se han realizado 120 contajes de partículas, correspondientes a 40 zonas clasificadas como críticas. Se está completando el primer muestreo de areas críticas conforme al planning elaborado. En todas las áreas donde se realizaron contajes de partículas se llevó a cabo simultaneamente un muestreo microbiológico ambiental (40 controles de bacterias y 40 controles de hongos)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Aplicar la normativa EN ISO 14.644-1 y FS-209E para la certificación de las salas blancas a través del control de la calidad del aire en las áreas críticas del HUMS.
• Incrementar la seguridad del paciente mediante una verificación rápida y eficiente de los niveles de contaminación del aire.
• Aumentar la efectividad y eficiencia del control de la bioseguridad ambiental, una de las actividades clave dentro de la cartera de servicios del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. El documento actualizado “Plan de Control de la calidad del aire en los quirófanos” deberá ser paulatinamente implantado. Responsables: FEA Servicio de Medicina Preventiva.
2. Durante el año 2010 deberá completarse el conteo de partículas en el aire de las áreas críticas del HUMS conforme al ""“Planning para la realización del conteo de partículas en el aire de las áreas críticas del HUMS”. Responsables: FEA/MIR Servicio de Medicina Preventiva.
3. Se evaluarán los resultados mediante comparación con los estándares marcados en la norma ISO 14644. Con las mediciones, en caso de que se considere oportuno se planificarán actividades de mejora. Responsables: FEA Servicio de Medicina Preventiva.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 361

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL AIRE EN AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONFORMIDAD CON LA NORMA ISO 16644 (2. PARTE)

4. Se llevarán a cabo las actividades de mejora planificadas. Responsables: FEA Servicio de Medicina Preventiva/Ingenieros Servicio de Ingeniería y Mantenimiento.
5. Actividades extraordinarias:
• Se ha planificado un estudio de investigación para evaluar la correlación entre los resultados del contaje de partículas y los resultados del muestreo microbiológico. Esperamos que los resultados de dicha investigación ayuden a esclarecer lagunas científicas existentes que impiden una vigilancia de la bioseguridad ambiental plenamente sustentada en la evidencia.Responsables: FEA Servicio de Medicina Preventiva/FEA Servicio de Microbiología
• Los resultados obtenidos de dicha investigación deberán resultar en una producción científica de calidad y actualidad, que conlleve publicaciones en revistas científicas, así como comunicaciones orales en congresos nacionales e internacionales. Responsables: FEA Servicio de Medicina Preventiva

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Realización de los contajes de partículas planificados.
Criterio: A lo largo del año 2010 todos los controles de conteo planificados deberán realizarse.
Indicador: Proporción de controles de conteo realizados de entre los planificados (fórmula: Nº de controles del conteo de partículas en el aire realizados / Nº controles de conteo de partículas en el aire planificados.
Excepciones: En aquellas situaciones en que deban realizarse conteos de partículas por motivos extraordinarios (realización de obras, desconexiones de la climatización…), éstas sustituirán a
Estándar: 100%
2. Realización de los controles microbiológicos del aire planificados.
Criterio: A lo largo del año 2010 a una proporción elevada de los contajes de partículas realizados deberán acompañarse de muestreo microbiológico del aire.
Indicador: Proporción de muestreos microbiológicos realizados por cada áera en que se realice control mediante contaje de partículas (fórmula: Nº de controles mediante muestero microbiológico del aire realizados / Nº de áreas en que se realicen controles de conteo de partículas en el aire).
Excepciones: En aquellas situaciones en que deban realizarse conteos de partículas por motivos extraordinarios (realización de obras, desconexiones de la climatización…), no se realizarán controles microbiológicos simultaneos.
Estándar: 80%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Diseño planning muestreo: Enero-Febrero 2010.
2. Realización muestreo planificado: Febrero-Diciembre 2010.
3. Planificación actividades de mejora: Febrero-Diciembre 2010.
4. Realización actividades de mejora: Febrero-Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 238

1. TÍTULO

EMBARAZO MULTIPLE: PROTOCOLIZACION DE LA INFORMACION A LA GESTANTE SOBRE CONTROL GESTACIONAL, RIESGOS Y COMPLICACIONES. ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIAL INFORMATIVO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAPRESTA MOROS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA-OBSTETRA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
OSCAR GIL LAFUENTE-OBSTETRA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
PILAR ANDRES OROS-OBSTETRA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ISABEL LAHOZ PASCUAL-OBSTETRA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
RAQUEL CRESPO ESTERAS-OBSTETRA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
MARTA LATRE PERALTA-MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
EVA PRADO HERRERO- MATRONA- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SEVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro país, al contrario de lo que ocurre en la mayoría de países Europeos, sigue aumentando la tasa de partos múltiples. Los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística demuestran un incremento exponencial en las últimas dos décadas (se ha multiplicado por ocho la incidencia de partos triples y por más de dos la tasa de gemelares). El auge en la aplicación de las técnicas de reproducción asistida es una de las principales causas. Los riesgos obstétricos, neonatales y psicológicos asociados a los embarazos múltiples (no solamente de los grandes múltiples, sino también de los gemelares) son bien conocidos, así como las implicaciones económicas que de ellos se derivan.
Es importante que los ginecólogos conozcamos los riesgos que comportan los embarazos múltiples, pero no es suficiente, hay que concienciar a la población general de estos riesgos. La presión asistencial en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico de del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza es tremendamente elevada. Así, en ocasiones, los miembros de la Unidad de Medicina Materno-Fetal no disponemos del tiempo que desearíamos para explicar a las gestantes con un embarazo múltiple las peculiaridades de su embarazo.
Además, las clases de educación materna recibidas por las gestantes en sus centros de atención primaria, no siempre solventan adecuadamente sus inquietudes. Las matronas de estos centros, aunque con vasta experiencia en el manejo de embarazos simples, no siempre poseen experiencia suficiente para informar a la gestante con embarazo múltiple. La incorporación al Grupo de Mejora de dos matronas, que desde hace varios años desempeñan su labor en la consulta hospitalaria de Alto Riesgo Obstétrico, permitirá ampliar el tipo de información incluida en el material y folletos ofertados.
El diseño de cuadernos informativos y de material gráfico para ubicar en la consulta podría facilitar enormemente la labor del obstetra y la matrona, así como permitirnos exponer de forma más clara determinada información. Asimismo, permitiría a la embarazada conocer en profundidad las peculiaridades de su gestación, y serviría para dar pie a nuevas dudas, mejorando la relación médico paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Suscitar en la gestante con embarazo múltiple interés por su propio embarazo, involucrándola y haciéndola participe de la importancia de un adecuado control, de seguir las instrucciones dadas por el tocólogo y de los signos de alarma que deberían llevarla a acudir a urgencias hospitalarias.
- Evitar falsos mitos y creencias sobre el embarazo múltiple, así como la confusión muchas veces generada en las pacientes por “opiniones de terceros”.
- Proporcionar un instrumento de acercamiento entre paciente y obstetra, suscitando preguntas e intereses que fomenten la relación y el dialogo médico-paciente.
- La elaboración de folletos y material diverso de tipo gráfico permitiría dar a conocer los riesgos del embarazo gemelar a nuestras parejas. No se trata de ser alarmistas, pero es necesario dar una información lo más objetiva posible, haciendo especial hincapié en los riesgos de los grandes múltiples, sin olvidar que los embarazos gemelares tampoco están exentos de riesgo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 238

1. TÍTULO

EMBARAZO MULTIPLE: PROTOCOLIZACION DE LA INFORMACION A LA GESTANTE SOBRE CONTROL GESTACIONAL, RIESGOS Y COMPLICACIONES. ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIAL INFORMATIVO

- El mejor conocimiento de su embarazo, permitirá de forma indirecta, evitar algunas de las consultas atendidas en urgencias de Maternidad, dado que muchas veces obedecen a desinformación de la gestante.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Búsqueda de material similar ofrecido por otros centros hospitalarios y revisión bibliográfica (Dra. Lapresta; Marta Latre).
- Revisión de directrices de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Asociación de Matronas sobre Embarazo múltiple (Dra. Crespo; Eva Prado).
- Diseño de un folleto tipo tríptico sobre peculiaridades del embarazo múltiple, evolucion y complicaciones (Dra. Lahoz, Dra. Andrés, Dra. Campillos).
- Diseño de un folleto sobre recomendaciones nutricionales y ejercicio físico en el embarazo múltiple (Marta Latre; Oscar Gil; Eva Prado)
- Diseño de material gráfico tipo póster sobre la gestación múltiple (Dra. Crespo, Dra. Lapresta).
- Revisión del material, puesta en común, introducción de mejoras y publicación.
- Creación de una encuesta de satisfacción para evaluar la opinión de las gestantes sobre el material recibido y posibles mejoras a introducir (Dra. Lapresta.
- Realización de sesiones periódicas de los médicos y matronas de la Unidad de Medicina Materno-Fetal para evaluar el material recopilado, los diseños efectuados y las encuestas de satisfacción (Todos los miembros del Equipo).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Sesión conjunta de todos los miembros del equipo de mejora, con una periodicidad, al menos bimensual, para poner en común datos sobre la evolución del proyecto.
- Puesta en marcha de la entrega de material a las gestantes con embarazo múltiple.
- Creación de una encuesta de opinión-satisfacción para valorar la opinión de las embarazadas sobre el material disponible en la consulta y entregado a las mismas (incluyendo entre 50 y 100 embarazadas). Análisis de posibles modificaciones en la información aportada.
- Indicador 1: Número de gestantes con embarazo múltiple que reciben el material creado en la primera visita a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del HUMS. (Objetivo: 100% de las gestantes con embarazo múltiple).
- Indicador 2: Número de encuestas recogidas de entre todas las entregadas (a las pacientes con embarazo múltiple que recibieron el material) : Objetivo 80%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo-Abril 2010:
- Revisión bibliográfica.
- Puesta en común.
- Diseños preliminares.
- Abril-Mayo 2010:
- Introducción de mejoras y diseños definitivos.
- Publicación / imprenta.
- Creación de la encuesta de satisfacción.
- Junio 2010-Mayo 2011:
- Difusión del material.
- Realización de encuestas.
- Evaluación de resultados de las encuestas e introducción de posibles mejorías.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portatil e impresora	700 €
· Mobiliario oficina	800 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. La previsión de recursos solicitada es común con otros dos proyectos:
- Informatización de los diagnósticos en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico. (Responsable: Dra. Pilar Andrés Oros- Obstetricia- HUMS)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 238

1. TÍTULO

EMBARAZO MULTIPLE: PROTOCOLIZACION DE LA INFORMACION A LA GESTANTE SOBRE CONTROL GESTACIONAL, RIESGOS Y COMPLICACIONES. ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIAL INFORMATIVO

- Revisión y protocolización de los estudios analíticos serológicos en gestantes. Análisis según población de origen. (Responsable Dr.Oscar Gil Lafuente.-Obstetricia- HUMS)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 283

1. TÍTULO

MEJORAR LA GESTION DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE FARMACOS EN LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES PEDIATRICAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE IZQUIERDO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS DEL INFANTIL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSEFA VICENTE COBOS-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL-INFECCIOSOS
Mª JESÚS FORNIES VILLAGRASA-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL-PEDIATRIA
PILAR CARBONELL BERGES-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL-LACTANTES
SOLEDAD MONTERO BAJO-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL-ONCOPEDIATRIA
MªJESÚS LAMAS DE LEON-ENFERMERA-HOSPITAL INFANTIL-CIRUGIA
ROSA SÁNCHEZ LÓPEZ-ENFERMERA- HOSPITAL MIGUEL SERVET- FARMACIA
CARMEN NOYA CASTRO- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL- SUBDIRECCION ENFERMERÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define los errores de medicación como: "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización".
El personal de enfermería de las unidades de hospitalización, tienen un papel fundamental en la prevención de errores relacionados con el almacenamiento y conservación de fármacos, errores, que afectan a la eficacia de los fármacos, lo que puede significar un riesgo elevado para la salud de los pacientes, además de un importante impacto económico.
Tras la evaluación realizada en el año 2009 de los botiquines de farmacia de nuestro Hospital, es necesario mejorar el almacenamiento y la conservación de medicamentos en los botiquines de farmacia de las unidades de hospitalización, mejora que nos permita evitar caducidades y garantizar que los mismos lleguen al paciente manteniendo todas sus características farmacéuticas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la organización, mantenimiento y condiciones ambientales adecuadas, del stock de medicamentos depositados en los botiquines de farmacia en las unidades de hospitalización pediátricas, evitando así caducidades, devoluciones innecesarias y errores en la dispensación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Dirigidas a la prevención de errores por un almacenamiento y /o conservación de los medicamentos en las unidades asistenciales:

- Establecer un mecanismo estándar de revisión, reposición, colocación y mantenimiento del botiquín de farmacia para todas las unidades de hospitalización pediátricas. Unificar criterios de actuación
Responsables: Supervisoras de hospitalización pediátrica y supervisora del servicio de farmacia.

-Definir un stock fijo de medicación en las unidades de hospitalización:
Responsables: Supervisoras de hospitalización pediátrica y servicio de farmacia.

-Normalizar los botiquines de farmacia teniendo en cuenta la estructura existente:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 283

1. TÍTULO

MEJORAR LA GESTION DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE FARMACOS EN LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES PEDIATRICAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Responsables: Supervisoras de hospitalización pediátrica

-Realizar revisiones periódicas exhaustivas de los botiquines de medicamentos de las unidades asistenciales. Dejar registro escrito.
Responsables: Personal de enfermería de las unidades de hospitalización

2.Dirigidas a la prevención de errores por falta de información

-Realización de talleres que refuercen los conocimientos para un correcto almacenamiento / conservación de fármacos. Responsable: Servicio de farmacia

-Elaborar listado de conservación de los fármacos más habituales en las unidades de hospitalización pediátricas.
Responsables: Supervisoras de hospitalización pediátrica y farmacia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Se ha definido por escrito el mecanismo de revisión, reposición, colocación y mantenimiento del botiquín de farmacia para todas las unidades de hospitalización pediátricas.
Habrá constancia en todas las unidades de hospitalización pediátrica del manual para el almacenamiento y conservación de fármacos elaborado por el grupo de trabajo

2.Número de revisiones realizadas en los botiquines de las plantas de hospitalización pediátrica en el año 2010.
Habrá constancia por escrito de todas las revisiones realizadas durante el año.

3.Número de fármacos caducados o en mal estado tras cada revisión.
Habrá constancia por escrito de las incidencias detectadas tras la revisión del botiquín

4.Nº de personas que acuden a las sesiones formativa.
Habrá constancia por escrito de las personas asistentes a los talleres realizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . Formación grupos de trabajo en cada unidad de Hospitalizacion pediátrica: Marzo 2009
. Revisión inicial de los botiquines: Abril 2010
. Talleres formación: Mayo - Junio 2010
. Elaboración del manual: Mayo - Septiembre 2010
. Definir Stock: Junio 2010 – Noviembre 2010
. Revisiones: Según pactado en el manual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 6 Termómetros para control de temperatura de las neveras de medicación	150 €
Total	150 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 112

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO PRENATAL DE LA INFECCION CONGENITA DE CAUSA INFECCIOSA

2. RESPONSABLE ..... ELENA LOMBA FUENTES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª PILAR PALACIÁN RUIZ-FEA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
LOURDES ROC ALFARO-FEA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
ALBERTO PEREZ FALO-JEFE DE SECCIÓN-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-TOCOLOGÍA
PILAR GARRIDO FERNANDEZ-FEA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-TOCOLOGÍA
PILAR PEREZ PEREZ-FEA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-TOCOLOGÍA
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-FEA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
Mª JOSE REVILLO PINILLA-JEFE DE SERVICIO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las infecciones durante el embarazo conllevan un riesgo para el feto en el caso de existir transmisión intrauterina.

Los virus de la rubeola y citomegalovirus (CMV) son virus teratogénicos, mientras que los virus de la varicela zoster, virus herpes simple, parvovirus B19 y VIH causan enfermedad transitoria o crónica en el feto y/o neonato1. La capacidad de los virus para cruzar la placenta, infectar el feto y causar daño, depende entre otros factores, del estado inmunológico de la madre frente a estos virus. En general, las primoinfecciones durante el embarazo producen más afectación fetal que las infecciones secundarias o reactivaciones2.

El parásito intracelular Toxoplasma gondii produce afectación fetal si la primoinfección materna se produce durante el embarazo. La afectación del feto es inversamente proporcional a la edad gestacional3.

En estos casos, cuando la infección durante el embarazo produce daño fetal y acarrea la toma de decisiones clínicas, los test de laboratorio y su correcta interpretación son esenciales en el diagnóstico de la infección congénita. Además, no solo deben diagnosticar la infección sino diferenciar entre infección primaria y reactivación por las diferentes repercusiones clínicas.

Los métodos empleados usados para el diagnostico de las infecciones se dividen fundamentalmente en dos grupos: serología y virología4.

La serología es muy sensible, mide los niveles de anticuerpos fundamentalmente de tipo IgM e IgG frente a la infección, informa del estado inmunitario materno previo a la gestación y al trabajar dos sueros separados en el tiempo, demuestra la existencia de seroconversión o un aumento de títulos.

Los niños no infectados tienen, al nacer, menos IgG que la madre. En la interpretación de los resultados se deben tener en cuenta que la IgG materna está presente en el recién nacido un mínimo de seis meses (aunque se puede detectar hasta un año en los hijos no infectados), debe ser cuantificada a lo largo de todo este tiempo para demostrar su persistencia o elevación. Aún existiendo infección congénita, los anticuerpos de tipo IgM en el recién nacido pueden no estar presentes y las microrroturas placentarias pueden conducir a falsos positivos clínicos.

Por todo lo anterior, frecuentemente, no se confirma o se excluye el diagnóstico de infección en el recién nacido hasta pasado un tiempo (incluso de un año). Por el contrario, la demostración directa del virus en sangre o líquido amniótico tiene gran valor predictivo.

La detección vírica en el diagnóstico prenatal se basa en el aislamiento del virus en muestras como el líquido amniótico o la sangre de cordón1. El cultivo del virus es el “gold standard” aunque en los últimos años se han desarrollado técnicas más rápidas y sensibles como la PCR5.

Para un correcto diagnóstico y tratamiento de la infección congénita, es necesario poseer ambas muestras: suero materno y líquido amniótico para realizar los test en ambas pruebas y disponer de la mayor información disponible en el menor tiempo posible para mejorar el manejo de la infección1.

1. Mendelson E, Aboudy Y, Smetana Z, Tepperberg M, Grossman Z. Laboratory assessment and diagnosis of congenital viral infections: Rubella, cytomegalovirus (CMV), varicella-zoster virus (VZV), herpes simplex virus (HSV), parvovirus B19 and human immunodeficiency virus (HIV). Reproductive Toxicology 21 (2006) 350–382
2. Baquero-Artigao F. Citomegalovirus congénito:¿es necesario un cribado serológico durante el embarazo? Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 112

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO PRENATAL DE LA INFECCION CONGENITA DE CAUSA INFECCIOSA

doi:10.1016/j.eimc.2009.01.017
3. Cercenado E, Cantón R. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
4. Lazzarotto T, Guerra B, Lanari M, Gabrielli L, Landini MP. New advances in the diagnosis of congenital cytomegalovirus infection. J Clin Virol. 2008 Mar;41(3):192-7
5. Soetens O, Vauloup-Fellous C, Foulon I, Dubreuil P, De Saeger B, Grangeot-Keros L, et al. Evaluation of different cytomegalovirus (CMV) DNA PCR protocols for analysis of dried blood spots from consecutive cases of neonates with congenital CMV infections. J Clin Microbiol. 2008;46:943–6

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un diagnóstico más rápido, eficiente y efectivo de infección congénita, adelantando el resultado al menos una semana. El envío simultáneo de líquido amniótico y suero materno permite realizar los test diagnósticos de manera progresiva, mejorando la eficiencia y efectividad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Petición de serología materna en la consulta prenatal, responsable personal de Tocología.
-Extracción de sangre el mismo día que se realiza la amniocentesis, personal de Laboratorio.
- Extracción de líquido amniótico, que se remite al Laboratorio de Microbiología.
-Realización de los test serológicos, personal de Microbiología.
-Recogida de resultados y datos clínicos responsables Tocología y Microbiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes estudiados respecto a la totalidad de pacientes atendidos en la consulta prenatal
Área relevante: Tocología
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de pacientes atendidos en la consulta
Justificación: Los pacientes atendidas en la consulta de alto riesgo puede existir sospecha de infección materna y afectación del feto.
Fórmula: Nº de pacientes con estudio X 100
Nº total pacientes atendidas
Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los atendidos en la consulta
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Tocología y Microbiología
Población: Todos los pacientes atendidas en la consulta
Responsable obtención: Microbiología-Hematología
Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes diagnosticados de algún agente infeccioso respecto a la totalidad de pacientes estudiados en el Laboratorio de Microbiología
Área relevante: Microbiología
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes infectados respecto a la totalidad de pacientes estudiados
Justificación: Los pacientes atendidas en la consulta de alto riesgo puede existir sospecha de infección materna y afectación del feto.
Fórmula: Nº de pacientes con infectados X 100
Nº total pacientes estudiados
Explicación de términos Los pacientes considerados serán todos los estudiados en el laboratorio de Microbiología

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 112

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO PRENATAL DE LA INFECCION CONGENITA DE CAUSA INFECCIOSA

Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Tocología y Microbiología
Población: Todos los pacientes atendidas en la consulta
Responsable obtención: Microbiología
Periodicidad: Anual
NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción cultivos positivos
Área relevante: Tocología
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes a los que se ha hecho extracción de suero y líquido amniótico y cumplimiento de nuestros objetivos
Justificación: Los pacientes atendidas en la consulta de alto riesgo puede existir sospecha de infección materna y afectación del feto.
Fórmula: Nº de pacientes con extracción de suero y líquido amniótico X100
Nº total pacientes con extracción de alguna de las dos muestras
Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los atendidos en la consulta de Tocología
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Microbiología
Población: Todos los pacientes atendidos en la consulta
Responsable obtención: Microbiología
Periodicidad: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desarrollo del protocolo hasta Marzo
Puesta en marcha en abril:
-Extracción de sangre el mismo día que se realiza la amniocentesis, personal de Laboratorio.
-Extracción de líquido amniótico, que se remite al Laboratorio de Microbiología.
-Realización de los test serológicos, personal de Microbiología.
Evaluación a los seis meses y al año: recogida de resultados y datos por parte de los clínicos responsables Tocología y Microbiología

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 349

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CULTURA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE “PRACTICAS SEGURAS” A TRAVES DE LA VALORACION CONJUNTA DUE-FACULTATIVO DEL PERFIL DE RIESGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN NEUROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JESUS MARTIN MARTINEZ
- Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª JESÚS CHOPO ALCUBILLA-DUE-HU MIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA
RAQUEL ALARCIA ALEJOS-MÉDICA-HU MIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA
VICENTE BERTOL ALEGRE-MÉDICO- HU MIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA
CARMEN EXPÓSITO SANCHEZ-DUE-HU MIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA
EUGENIA MARTAMORENO-MÉDICA-HUMIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA
MªVICTORIA MARTÍN FERRANDO-DUE-HU MIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA
ANA ROMEO IRANZO-DUE-HU MIGUEL SERVET-NEUROLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad del paciente constituye un elemento esencial de la calidad asistencial, explicito en la estrategia 8 del plan de calidad del SNS y cuyos objetivos se definen en 5 áreas estratégicas

1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria
2. Diseñar y establecer un sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente
3. Implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas
4. Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad para los centros y servicios de transfusión de sangre
5. Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.

Los pacientes con patología neurológica ingresados en un hospital presentan un incremento de riesgo debida a la patología subyacente (enfermedad cerebrovascular, deterioro cognitivo y alteración de la conducta, alteraciones del movimiento etc). Así el riesgo de caídas es el doble de la referida en una hospitalización médica general, existe un incremento del riesgo de tromboembolismo pulmonar, de delirium, aspiración e infección respiratoria entre otros. (1,2).

Esta situación ha llevado al grupo de mejora a evaluar el desarrollo de líneas de trabajo posibles y eficientes relacionadas con la Seguridad del Paciente y que permitieran avanzar en diferentes aspectos de la prevención del riesgo.
En la última reunión del grupo de mejora se plantearon los siguientes objetivos:
a) Mejora de la Cultura de Seguridad
b) Prevención de riesgos específicos asociados a la hospitalización en neurología
c) Mejora de la comunicación DUE – Facultativo en relación a aspectos de seguridad del paciente
d) Mejora de la información y comunicación con el paciente.

La priorización de las iniciativas de mejora se basó en los siguientes criterios: la repercusión en los usuarios; frecuencia que se daba el problema; posibilidades de ser abordados porque hacerlo dependiera de nosotros; y la facilidad en ejecutarlo

Se propuso una actividad que de forma transversal pudiera actuar sobre las distintas oportunidades de mejora identificadas. En este sentido se contempló el control específico de riesgos del paciente, de forma compartida entre DUE y Facultativo y que permitiera la implementación de prácticas seguras sobre los riesgos identificados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 349

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CULTURA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE “PRACTICAS SEGURAS” A TRAVES DE LA VALORACION CONJUNTA DUE-FACULTATIVO DEL PERFIL DE RIESGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN NEUROLOGIA

Está actividad se consideró en base a los resultados del estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español (3), que refiere como aspectos positivos sin constituir fortalezas la dimensión Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio y “Acciones de la dirección /supervisión de la Unidad o Servicio que favorecen la seguridad”.

La tipificación de los riesgos de los pacientes sobre los que actuar se planteó de una forma pragmática en base a las “prácticas seguras” para la mejora de seguridad del paciente en situaciones específicas definidas por el NQF.

El National Quality Forum (NQF) (4), describe en detalle 30 “prácticas seguras” en las que existen pruebas (evidencias) de su efectividad para reducir riesgos de lesión asociados a la atención de la salud. Estas “prácticas seguras” se organizan en 5 amplias categorías: 1) creación de una cultura de seguridad; 2) adecuación capacidad del servicio a necesidades del paciente; 3) facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación; 4) mejorar la seguridad en situaciones específicas; y 5) mejorar seguridad en el uso de medicamento.

La implementación y priorización de estas “prácticas seguras”, en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha sido evaluada de forma cualitativa a nivel de macrogestión describiéndose diferentes barreras para los distintos niveles de prioridad (5). Además se han constituido como indicadores de seguridad del paciente y su cumplimiento ha sido evaluado en el medio hospitalario con un grado de incumplimiento global en torno al 70% de hospitales y un grado de cumplimiento aceptable del 10% de hospitales (6).

Así se han considerado los siguientes riesgos a tipificar en todo paciente ingresado:
1. Riesgo de caídas: implementación de la guía de práctica clínica basada en la evidencia de la Asociación Americana de Neurología.
2. Riesgo de Delirium. (25-30% de pacientes ingresados mayores 65 años) Evaluación del riesgo, prevención y normalización de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas
3. Riesgo de desnutrición (40% de pacientes ancianos ingresados): Evaluación del BMI, proteínas totales y albúmina y ajuste nutricional.
4. Riesgo de deshidratación: evaluación e implementación de protocolo de prevención y tratamiento de daño renal asociado a contraste radiológico
5. Riesgo de aspiración: protocolización test deglución
6. Riesgo de flebitis: Evaluación y aplicación protocolo activo del SALUD
7. Riesgo de lesiones por presión: evaluación y aplicación protocolo SALUD
8. Riesgo de TVP: Protocolización de identificación de pacientes en riesgo y pautas de tratamiento

Bibliografia:

1. Holloway RG. Tuttle D. Baird T, Skelton WK The safety of hospital stroke care. Neurology 2007; 68: 550-555.
2. Glick TH, Rizzo M, Stern BJ. Feinberg DM. neurologist for patient safety. Where we stand, time do deliver. Neurology 2006;67:2119-2123
3. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Safe practices for better healthcare. A consensus report. The National Quality Forum. 2003.
5. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008
6. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejora de la cultura de seguridad del servicio.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 349

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CULTURA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE “PRACTICAS SEGURAS” A TRAVES DE LA VALORACION CONJUNTA DUE-FACULTATIVO DEL PERFIL DE RIESGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN NEUROLOGIA

2. Mejora de la comunicación DUE –Facultativo
3. Mejora del trabajo en equipo
4. Prevención y disminución de efectos adversos asociados a situaciones específicas en el paciente neurológico
5. Implantación de prácticas seguras simples

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto de mejora se desarrolla en dos fases y se ajusta a un proceso de mejora continua:

Fase 1ª.
1. Evaluación de la Cultura de Seguridad previa a la intervención: Instrumento Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005
2. Evaluación pre intervención de prevalencia de riesgos intervenidos
3. Comunicación de actividades
4. Desarrollo de protocolos
5. Educación sobre instrumentos de detección de riesgos
6. Implantación de Hoja de evaluación de riesgos en la Unidad de Ictus
7. Evaluación de resultados

Fase2ª
1. Implantación de Hoja de evaluación de Riesgos en el servicio de neurología

Actividades y Responsables

1. Desarrollo de protocolos de actuación y sumarios de mano.
Dra. R. Alarcia, Dra. E. Marta, Dr. J. Martín, Dr. V Bertol, DUE Mª J Chopo , DUE V. Martín, DUE AMª Romeo

2. Realización de sesiones clínicas donde se presenten:
- Proyecto de mejora
- Protocolo de actuación
Dr. J. Martín, DUE Mª J Chopo

3. Intervención educativa sobre instrumentos y escalas de detección y estratificación de riesgos al personal de enfermería.
Dra R Alarcia, DUE MªV. Martín, DUE Mª J. Chopo.

4. Elaboración de Hoja de perfil de riesgos
Dr.J.Martín, DUE MªJ.Chopo

5. Evaluación de indicadores
Grupo de mejora del servicio de neurología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se seguirá la metodología desarrollada en el documento Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008.

Nombre del indicador Monitorización de riesgos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 349

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CULTURA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE “PRACTICAS SEGURAS” A TRAVES DE LA VALORACION CONJUNTA DUE-FACULTATIVO DEL PERFIL DE RIESGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN NEUROLOGIA

Forma de medición: Medición mediante revisión de historias clínicas
Descripción: Porcentaje de Historias clínicas de pacientes con Hoja de riesgos evaluada al ingreso y alta por Facultativo y DUE
Numerador / Denominador: Nº de historias clínicas en las que existe hoja de evaluación de riesgos / total de historias clínicas
Fuente de datos: Historias clínicas
Elaboración del indicador: Elaboración propia.

Nombre del indicador: Evaluación documentada en la historia clínica del riesgo de cada paciente de TVP y TEP.
Forma de medición: Medición mediante revisión de historias clínicas.
Descripción: Porcentaje de historias clínicas de pacientes en las que se documenta la evaluación del riesgo de TVP y TEP.
Numerador / Denominador: N.º de historias clínicas en las que está documentada la evaluación del riesgo de TVP y TEP / Total de historias clínicas revisadas.
Fuente de datos: Historias clínicas.
Elaboración del indicador: Elaboración propia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio primera fase: Marzo 2010. Fecha finalización: Marzo 2011
Fecha inicio segunda fase: Marzo 2011.

Cronogramadeactividades:

Desarrollo de Hoja control de Riesgos: Marzo-Abril
Desarrollo deprotocolosprácticas seguras: Marzo-Abril-Mayo.
Difusión Actividades: Marzo-Abril-Mayo
Aprendizaje instrumentos: Abril-Mayo
Monitorización indicadores: Marzo; Septiembre; Enero 2011
Análisis y corrección de medidas: Octubre; Febrero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- 500 Hojas preformateadas/Neurología ..... 50 €
- 500 hojas control indicadores /neurología ..... 50 €
- 9 carpetas anillas ..... 30 €
- hojas plastificadas procedimientos ..... 150 €
- 23 set plastifcados y anillados sumarios de mano de procedimientos ..... 400 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 349

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CULTURA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE “PRACTICAS SEGURAS” A TRAVES DE LA VALORACION CONJUNTA DUE-FACULTATIVO DEL PERFIL DE RIESGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN NEUROLOGIA

Total ..... 680 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 067

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PACIENTES CON SOSPECHA Y SUS CONTACTOS

2. RESPONSABLE ..... GLORIA MARTIN SACO
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-F.E.A.-HUMS-MICROBIOLOGÍA-HU MIGUEL SERVET
ELENA LACASA SERRANO-M.FAMILIA-CS SAN PABLO
LOURDES ROC ALFARO-F.E.A.-HUMS-MICROBIOLOGÍA
MARIA CARMEN EDO RAMOS-MATRONA-CS SAN PABLO
MARIA LUISA GARCÍA ZURITA-ATSDUE-HUMS-MICROBIOLOGÍA
CARMEN MONTANEL ABADÍA-TEL-HUMS-MICROBIOLOGÍA
MARIA JOSÉ REVILLO PINILLA-JEFA DE SERVICIO-HUMS-MICROBIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según la OMS las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una causa mayor y global de enfermedad aguda, infertilidad, incapacidad prolongada y muerte, con consecuencias médicas y psicológicas severas para millones de hombres, mujeres y niños.
Las ITS pueden cursar sin sintomatología o producir síntomas que son leves y transitorios. Algunas, como gonorrea, chancroide, infección por virus herpes, producen síntomas agudos. En los adultos, Chlamydia y gonococo pueden conducir a complicaciones como la infertilidad y embarazo ectópico o enfermedad crónica. En el feto y recién nacido, Chlamydia, gonorrea y sífilis pueden producir complicaciones graves y a menudo para toda la vida, como la sífilis congénita, neumonía y bajo peso al nacer.
Las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de transmisión del VIH, y la infección con el Virus del Papiloma Humano (condición previa para el desarrollo del carcinoma de cervix), que es la 2ª causa de mortalidad por cáncer en las mujeres de todo el mundo.
La mayoría de las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres.
Estas infecciones en la década de los 80 se dieron prácticamente por erradicadas y, debido al abandono del sexo seguro y otros condicionantes, han vuelto a emerger en los historiales médicos.
Por una parte, la llegada de ciudadanos extranjeros con dificultades para acercarse al sistema sanitario, cuando lo hacen, tienen ya síntomas o lesiones graves, lo que ha favorecido la expansión de los contagios.
Y por otra, la "bajada de guardia" que ha existido, fundamentalmente, entre el colectivo homosexual. La pérdida de la sensación de riesgo como consecuencia de la eficacia de los antirretrovirales, que han convertido al SIDA en una enfermedad crónica.
La mejora en el diagnostico, considerando las ITS como un proceso, aumentaría las infecciones diagnosticadas en el paciente estudiado habitualmente (el diagnóstico de una gonococia, implica el estudio de otras ITS que pueden ir acompañando).
Otra mejora sería el estudio de contactos, facilitando el diagnóstico precoz en estos pacientes e interrumpiendo la cadena de transmisión

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Aumentar el diagnóstico de infecciones en los pacientes con sospecha.
• Mejorar el seguimiento del paciente y sus contactos.
• Promover protocolo de detección de infecciones por VIH, Hepatitis B y Sífilis en estos pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Petición de estudio en caso de sospecha: responsable atención primaria
• Toma de muestras: servicio de microbiología (uretrales y otras) y atención primaria (vaginales y endocervicales).
• Cultivo e identificación: microbiología
• Desarrollo de protocolo de detección de otras infecciones y contactos: Microbiología y Atención Primaria.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 067

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PACIENTES CON SOSPECHA Y SUS CONTACTOS

- Recogida de datos: Atención primaria y Microbiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Porcentaje de pacientes estudiados (muestra uretral y serología)
Fuente de datos: Microbiología y Atención primaria (CS San Pablo)
Periodicidad anual
• Porcentaje de pacientes en los que se estudian los contactos.
Fuente de datos: Microbiología y Atención primaria (CS San Pablo)Periodicidad anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Marzo: Diseño de trabajo por proceso
2. Detección de casos desde Abril a Noviembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 433

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE CON AMPUTACION DE LAS CUERDAS VOCALES Y ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. O.R.L. (PTA 4ARIA)
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA ANGUAS GRACIA (SECRETARIA)-D.U.E.-URGENCIAS
CARMEN CARRIQUIRI MILIAN-D.U.E.-PLANTA 8ªA
GLORIA LÓPEZ-D.U.E.-PLANTA 4ªA
ROSARIO BELASCOAIN GANUZA-D.U.E.-PLANTA 4ªA
RAFAEL FERNÁNDEZ LIESA-M. ADJUNTO-PLANTA 4ªA
JORGE DAMBORENEA TAJADA-M. ADJUNTO-PLANTA 4ªA
JOSE ANTONIO MALTRANA GARCIA-M. ADJUNTO-PLANTA 4ªA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que se someten a una laringectomía total ven amenazada su calidad de vida debido al proceso de amputación de las cuerdas vocales que sufren en la intervención quirúrgica, ademas de ser portadores de por vida de un estoma traqueal, esto les generá gran estrés, tanto a ellos como a su familia, por desconocimiento del proceso y por la dificultad que tienen para la comunicación; demandando tanto necesidades psicológicas como físicas.
La enseñanza y motivación del paciente es muy importante para aceptar y superar sus limitaciones y donde la intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente laringectomizado. es de vital importancia realizar programas de salud dirigidos a una educación para la salud (EPS) de estos pacientes.
El objetivo es realizar un programa de EPS, creado por el personal de enfermería de la planta, para la disminución del temor ante la pérdida de calidad de vida y hacerles independientes de otras personas lo antes posible

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Al ingreso valoraremos: para determinar el nivel de temor del paciente se utilizara una escala validada, heteroadministrada que se le entregara a los pacientes antes y después de la EPS: escala de depresión de hamilton (ham-a) y visita por parte un miembro de la asociación regional aragonesa de laringectomizados y limitados de la voz (ARALVOZ).
Después se entregará una “Guía del paciente laringectomizado” para que la lea él y la familia y consulten cualquier duda que tengan.
A las 72 horas de la intervención se volveran a pasar la encuesta para poder determinar si la intervención que hacemos ha sido efectiva.
Valorar el grado de depresión según la escala de Hamilton.
Comprobar que el grado de depresión disminuye tras recibir la EPS.
Mejorar la Calidad de esta tarea.
Independizar y reinsercción a la sociedad del paciente lo antes posible
Rentabilizar y por tanto aumentar la eficacia del tiempo empleado en esta tarea, sin menoscabo del resto de Cuidados de Salud sobre el paciente al evitar interrupciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tipo de estudio descriptivo transversal y prospectivo, periodo de estudio seis meses. Como la cantidad de pacientes laringectomizados totales durante un año, en la planta de otorrinolaringología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza es de aproximadamente 10 pacientes, la muestra será todos los pacientes susceptibles de laringectomía total que deseen participar en el programa de salud, teniendo como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 433

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE CON AMPUTACION DE LAS CUERDAS VOCALES Y ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

Los pacientes recibirán EPS en la planta, serán visitados por miembros de la asociación ARALVOZ.
Para determinar el nivel de temor del paciente se utilizara una escala validada, heteroadministrada que se le entregara a los pacientes antes y 72 horas después de la EPS: Escala de Depresión de Hamilton (HAM-A)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
1)% de los pacientes con la patología que intervienen en el estudio en relación a la población total
2)% de los pacientes que tras la actuación han reducido su nivel de temor ante el proceso quirúrgico
3)% de los pacientes que tras la actuación han reducido su nivel de temor ante el reingreso a la sociedad
4)% de los pacientes que tras la actuación consideran que tienen suficiente autonomia y no dependen de los demás

Evaluación:
Variables dependientes:
1.Presencia y grado de depresión del paciente. Para ello se utilizará la escala de Depresión de Hamilton. Es una escala de 14 ítems, que se puntúan de 0 a 4 puntos, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Existen puntos de corte y rango de puntuación (0-52) .El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista.
Variables independientes:
2.Variables cuantitativas: Edad medida en años.
3.Variables cualitativas dicotómicas: Sexo, quimioterapia (si o no), radioterapia (si o no), apoyo familiar (si o no).
4.Variables cualitativas no dicotómicas: Situación laboral y hábitos tóxicos.
Estadística descriptiva de todas las variables: proporciones, media, desviación estándar
Estadística analítica bivariante: significación estadística si p<0,05
Utilización de programa estadístico SPSS para significación estadística

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2010: Presentación de la solicitud de inclusión al programa de apoyo.
Abril 2010: Presentación del programa al personal de la planta 4ªA del H.U.M.S.
Mayo a Noviembre de 2010: Recogida de variables.
Diciembre de 2010: Integración y evaluación de los datos.
Enero de 2011: Presentación de los resultados, y toma de decisiones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Congresos	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 224

1. TÍTULO

"CHECK LIST" EN CIRUGIA TORACICA COMO METODO DE DISMINUCION DEL RIESGO DEL PACIENTE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUAN JOSÉ RIVAS DE ANDRÉS-CIRUJANO TORÁCICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE ARAGÓN
JAVIER GARCÍA TIRADO-CIRUJANO TORÁCICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE ARAGÓN
ÍÑIGO ROYO CRESPO-CIRUJANO TORÁCICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE ARAGÓN
PILAR GOMEZ DEL PULGAR-ENFERMERA SUPERVISORA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SALA DE CIRUGÍA TORÁCICA
JORGE HERNANDEZ FERRANDEZ-RESIDENTE CIRUGÍA TORÁCICA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE ARAGÓN
JOSE LUIS RECUERO DIAZ-RESIDENTE CIRUGÍA TORÁCICA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE ARAGÓN
JAVIER ARJOL GARCÍA- ENFERMERO-QUIRÓFANO CIRUGÍA TORÁCICA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad de cualquier servicio sanitario y, por tanto de los servicios de Cirugía Torácica. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura. A pesar de que rara vez se viola intencionadamente el precepto hipocrático que dicta “sobre todo, no hacer daño”, la realidad es que los pacientes sufren daños durante la atención sanitaria, todos los días y en todos los sistemas sanitarios del mundo. Debemos, pues, reconocer esta realidad, rechazar la noción de que estos daños son todos inevitables y tomar medidas para subsanar los problemas que contribuyen a la inseguridad de la atención sanitaria.
Es evidente que la seguridad de los pacientes no solo debe basarse en una actuación correcta por parte del profesional sanitario, sino también en un trabajo en equipo bien coordinado, con una correcta comunicación entre sí y con los pacientes, y un diseño adecuado de los procesos asistenciales y de los sistemas de apoyo a la atención sanitaria.
Los efectos adversos y errores clínicos pueden derivar de deficiencias en diferentes niveles de la atención sanitaria, desde la política y financiación sanitaria, a la actuación última del médico. Nuestro Plan de Mejora va a ocuparse específicamente de chequear de los procedimientos directamente relacionados con nuestro quehacer diario, con la intención de buscar soluciones que promuevan un entorno seguro y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño durante la atención sanitaria a nuestros pacientes quirúrgicos torácicos.
Para la elaboración de un marco de seguridad clínica es necesario difundir en los servicios una cultura en donde prime ante todo la seguridad del paciente, sin olvidarnos de la seguridad de los profesionales. Nuestra misión será diseñar sistemas al principio fáciles de realizar para consolidar esta cultura cuya orientación fundamental sea la seguridad y posteriormente poder abarcar proyectos más complejos con más confianza. Así mismo, deberemos mantener una actitud de aprendizaje permanente y deberemos elaborar programas de información para el personal asignado a los servicios o unidades. También, en un futuro, una vez consolidado este Programa de Mejora, confeccionaremos un sistema para la comunicación de incidentes que no sea punitivo y otro de análisis y seguimiento de las medidas que adoptemos. En el seno de los servicios deberemos promover la investigación sobre seguridad clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El sistema "chec list" para detección de riesgos se basa en el listado de comprobaciones que se realizan en aviación siendo aceptado universalmente como el más efectivo para detectar riesgos o problemas solucionables.
Para el análisis y evaluación de riesgos y la elaboración de medidas que a continuación se detallan hemos efectuado una consulta amplia de la literatura y de la experiencia propia y de entornos similares, con el fin de identificar y priorizar los problemas de seguridad a atender, así como el estudio y evaluación de las soluciones específicas que pueden ser adoptadas, con los métodos al uso (AMFE de proceso). Tras una amplia discusión en el seno del grupo, las soluciones que resultaron candidatas se han priorizado según su impacto potencial (frecuencia, gravedad, e identificabilidad de los eventos), la solidez de la evidencia, la viabilidad de su adopción, la eficacia de la solución y la facilidad de la intervención, según la fórmula:
Orden de Priorización = (M+G) E * F

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 224

1. TÍTULO

"CHECK LIST" EN CIRUGIA TORACICA COMO METODO DE DISMINUCION DEL RIESGO DEL PACIENTE QUIRURGICO

donde: M = magnitud del problema; G = Gravedad del problema; E = Eficacia de la solución; F = Facilidad de la intervención.
Las soluciones de más alta prioridad han sido las finalmente elegidas para el inicio de este Plan Piloto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Hemos confeccionado unas listas de comprobación de determinados hechos clínicos, que persiguen contribuir a la seguridad del paciente. Solicitamos la colaboración de todos los servicios y unidades para mejorar estas listas, que se plantean exclusivamente como punto de partida.
- Lista de comprobación de preingreso y programación quirúrgica: incluye ítems para asegurar que toda la información clínica y exploraciones complementarias están correctamente identificadas, que la lateralidad de la lesión o lesiones es correcta, que el estudio está completo, según el protocolo correspondiente, que el paciente no toma medicación que contraindique o incremente innecesariamente el riesgo quirúrgico y que el estudio preanestésico permita la intervención programada.
- Lista de comprobación de ingreso preoperatorio: incluye ítems para asegurar que toda la información clínica y exploraciones complementarias están correctamente identificadas, que la lateralidad de la lesión o lesiones es correcta, que no ha habido cambios clínicos ni de medicación desde la última visita clínica, que no existen, o están registradas, las alergias medicamentosas, al látex, al yodo o al esparadrapo, que el estudio clínico y preanestésico esté completo, que el paciente haya otorgado su consentimiento informado, que se hayan prescrito las medidas preoperatorios oportunas –incluyendo profilaxis infecciosa y antitrombótica-, así como la eventual reserva de hemoderivados, y que el parte quirúrgico esté correctamente realizado.
- Lista de comprobación en quirófano: incluye ítems para asegurar que toda la información clínica y exploraciones complementarias están correctamente identificadas, la lateralidad de la lesión o lesiones es correcta, el paciente no porta prótesis ni materiales metálicos removibles, se dispone de los aparatos, instrumental y fungibles necesarios para la intervención programada, la posición del paciente durante la intervención es adecuada, la placa de bisturí eléctrico está implantada, la asepsia del campo quirúrgico y de los cirujanos e intrumentista es correcta, la profilaxis antibiótica se administre en dosis y en tiempo, así como la técnica quirúrgica se realice según protocolo, asegurando al máximo la hemostasia, aerostasia y la ausencia de cuerpos extraños indeseables en el lecho quirúrgico, una correcta implantación de los drenajes y buen funcionamiento de la cámara de recolección pleural, parte quirúrgico, solicitud de examen anatomopatológico y órdenes postoperatorias cumplimentadas. También asegura que el cirujano acompaña al paciente a Reanimación o UCI y que informa a los familiares sobre el curso de la intervención y la previsión evolutiva postoperatoria.
Todos éstos puntos de comprobación se resumen en una cuartilla de imprenta coloreada diferentemente en los tres apartados con recuadros "SI" "NO" para un fácil y rápido chequeo en las tres situaciones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cada 6 meses recogeremos 1 semana aleatoria para evaluar nº total de pacientes debidamente chequeados en relación con el nº total de pacientes quirúrgicos de dicha semana relación total de errores detectados gracias al "check list" y su listado por frecuencia y gravedad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. hasta 30 junio se realizarán pruebas para detectar fallos de implantación y corregirlos hasta 30 junio se explicará funcionamiento y se atribuirán responsables en cada una de las partes del listado diciembre se analizarán los primeros resultados de la experiencia y se analizará su continuidad si es positiva

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático y varios	2.500 €
· Gastos impresión Check list	400 €
Total	2.900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 002

1. TÍTULO

RADIOLOGIA DE CADERA PARA MEDICION: REDUCCION DE LA DISCREPANCIA ENTRE VALORES MEDIDOS EN LA RADIOGRAFIA Y LOS VALORES CLINICOS REALES

2. RESPONSABLE ..... JESUS JAVIER MATEO AGUDO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA / UNIDAD DE ARTROPLASTIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN JOSE PANISELLO SEBASTIA-MEDICO-HOSPITAL U. MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA
JOSE FRANCISCO LOPEZ MARCO-MEDICO-HOSPITAL U. MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA
DAVID MARTINEZ VELLOSILLO-MEDICO-HOSPITAL U. MIGUEL SERVET-SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La nueva radiología digital nos plantea problemas para poder medir los implantes protésicos con las plantillas de que disponemos. Mediante digitalización de las plantillas y su reducción a escala, podríamos utilizarlas sobre las actuales radiografías.
Sin embargo, no disponemos, en estas radiografías, de ningún indicador ni sistema de medida que nos permita asegurar la escala con la que trabajamos.
Ello se ha traducido en grandes disparidades entre los tamaños de los implantes medidos y los efectivamente colocados en la intervención.
Esto supone, por ejemplo, la necesidad de solicitar el suministro de implantes de tallas por encima o por debajo de los tamaños estándar (comunicación con casas comerciales, acordar fechas de suministro, etc). Implantes que luego resultan ser innecesarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende conseguir que la radiología susceptible de requerir medición, en nuestro caso particularmente la radiología de cadera, ofrezca un testigo de tamaño conocido, o una escala. Con ello conoceremos el tamaño real que estamos midiendo y la planificación preoperatoria se aproximará a la realidad.
Encuadramos esta línea de mejora en el capítulo de mejora de la seguridad, y en la mejora del proceso asistencial adecuando las pruebas cimplementarias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Contacto con el Servicio de Radiología (del CRTQ) para exponer el problema clínico y plantear posibles soluciones.
2.- Contacto con el personal técnico encargado de los equipos de radiología del hospital para evaluar posibles soluciones técnicas al problema.
3.- Comprobación de que la solución elegida se aplica a toda la radiología programada (consultas externas de traumatología).
4.- Evaluación de la mejora de las mediciones (sobre una muestra mínima de 15 mediciones previas a la colocación o recambio de una prótesis de cadera)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Comprobar que la radiologia programada de caderas (consultas) cuenta con una nueva escala de medida (teoricamente aplicada a todas las rx de caderas)
- Cuando la escala este implantada, determinacion, sobre una muestra de, al menos, 15 mediciones preoperatorias, de las discrepancias observadas entre los tamaños del implante planificados y los efectivamente colocados
- Indicadores:
- Diferencia de tamaño cotilo medido – cotilo implantado: no deberia ser superior a + 2 mm o-2 mmaria
-diferencia de tamaño vastago medido – vastago implantado: no deberia ser superior a una talla (por exceso o por defecto)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Contacto con el Servicio de Radiología del CRTQ y con los técnicos encargados de los equipos radiológicos, y propuesta de solución: febrero-10
- Comprobación de la aplicación a Rx programada: marzo-10
- Evaluación de la mejora en la medición: marzo y abril-10

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 002

1. TÍTULO

RADIOLOGIA DE CADERA PARA MEDICION: REDUCCION DE LA DISCREPANCIA ENTRE VALORES MEDIDOS EN LA RADIOGRAFIA Y LOS VALORES CLINICOS REALES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Programa informático "Photosoph" diseño gráfico ..... 600 €

Total ..... 600 €

11. OBSERVACIONES. No se ha consignado ningún recursoporque no se ha considerado necesario. Sin embargo, desconocemos si la solución que proporcione el personal técnico de los equipos radiológicos (Agfa) tendrá algún coste.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 059

1. TÍTULO

MEJORAS PARA AUMENTAR LA ADHESION A LOS PROGRAMAS DE EJERCICIO DE PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MORATA CRESPO
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRÉS DOMINGUEZ ARAGÓ-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
ELENA PARDO IBOR-ATS-HOSPITAL UNIVERSOTARIO MIGUEL SERVET-MEDICINA FÍSICA Y REHBILITACIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual no existe duda de la alta evidencia científica de los programas de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica. (Guía clínicas: Best practice guidelines for caridac rehabilitation and secondary prevention (National heart foundation of Australia); Rehabilitación basada en ejercicios para cardiopatía isquémica (Cochrane); Cardiaca rehabilitation a national clinical quideline (Scottish Intercollegiata); Primary care of secondary prophylaxis for patients who here experienced a myiocardial infarction: drug treatment, cardiac rehabilitation and dietary manipulation (University of Nexcastle)).
Pero uno de los factores que indice de manera negativa es que la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca sigue una curva negativa(1) que expresa relativamente un mayor abandono inicial seguido por una disminución a medida que pasa el tiempo. De acuerdo con diversos estudios en pacientes después de un infarto cardíaco, aproximadamente el 60 % al 70 % mantienen la adherencia en los primeros 6 meses(2); a los 12 meses la media es del 50 % al 60 %; a los 36 meses estas cifras bajan al 30%(3).

(1)Oldridge NB. Compliance with cardiac rehabilitation services. J cardiopulm Rehabil 1991;11:115-27.
(2)Daltroy LH. Improving cardiac patient adherence to exercise regimens: a clinical trial of health education. J Cardiopulm Rehabil 1985;5:40-9.
(3)Marra S, Paolillo V, Spadaccini F, Angelino PF. Long-term follow-up after a controlled randomized post-myocardial infarction rehabilitation programme: effects on morbidity and mortality. Eur Heart J 1985;6:656-63

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El programa anterior se titulaba: “Mejora en la información del paciente con cardiopatía isquémica que inicia tratamiento rehabilitador”
Se han realizado las siguientes actividades:
1. Creación de un díptico informativo para el paciente con cardiopatía isquémica candidato al programa de rehabilitación cardiaca
2. Diseño de una encuesta sobre satisfacción para los pacientes
3. Información al Servicio de cardiología de los pacientes que reúnen criterios de inclusión en el programa de rehabilitación.
Indicadores: Nº de pacientes informados antes de iniciar el tratamiento: 85%; Nº de pacientes satisfechos con el tratamiento: 93%

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la adhesión al programa de rehabilitación cardiaca a medio plazo(un año) tras el alta de la Unidad de rehabilitación cardiaca.
- Facilitar la incorporación de los hábitos de vida saludables en el domicilio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Todos los pacientes serán informados de la frecuencia cardiaca máxima que deben alcanzar durante el ejercicio y sabrán realizar el control de la misma.
- En el momento del alta hospitalaria recibiran un programa de marchas individualizado.
- Control telefónico con el paciente para valorar dudas o problemas de adhesión

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de pacientes que al ser dados de alta saben tomarse la frecuencia cardiaca/ nº de pacientes dados de alta.
- Nº de pacientes que reciben programa de marchas al alta/nº de pacientes dados de alta

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 059

1. TÍTULO

MEJORAS PARA AUMENTAR LA ADHESION A LOS PROGRAMAS DE EJERCICIO DE PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Mayo de 2010, Finalización Mayo de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Programa informático para analizar variaciones en el ST	400 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 538

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ELIMINACION DE DOCUMENTOS CON INFORMACIONES PERSONALES CUMPLIENDO CON LAS NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MORENO VERNIS
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROSARIO CARRATO LECINA-J. GRUPO-H.MIGUEL SERVET
Mª FELICIDAD SORO DOMINGO-J. EQUIPO-C. E. SAN JOSE
MERCHE VALLESPIN MESEGUER-J. EQUIPO- C.E. RAMON Y CAJAL
ELENA SANMIGUEL ARBUES-J. EQUIPO-H. MIGUEL SERVET
CARMEN AZNAR ASPAS-J. EQUIPO -H. MIGUEL SERVET
PILAR VELAZQUEZ CUENCA-J. EQUIPO-H. MIGUEL SERVET
Mª MONLORA MARCO ARBUES-J.SECCION-H. MIGUEL SERVET

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

Diariamente este Servicio genera unas 125 hojas (75 en el Hospital y 25 en cada uno de los CME) con datos que identifican a 50 pacientes en cada una de ellas con nombre, apellidos, nº de seguridad social, fecha de nacimiento, patología o consulta en la que está citado, etc. Información necesaria para la preparación diaria de las historias clínicas solicitadas para la adecuada asistencia. Esta documentación, que queda inservible en el momento en el que ha sido sacada y entregada a las distintas consultas y unidades de hospitalización, es susceptible de destrucción.
A esta documentación deberemos añadir el mantenimiento diario de sobres de plástico contenedores de la historia clínica (con identificación precisa de los pacientes), CD con imágenes obsoletas de Radiología y el cada vez más numeroso número de documentos que se depositan en la historia clínica y que pueden destruirse por el hecho de contar con soporte informático de los mismos (analíticas etc.).

El objetivo principal de este proyecto es la regulación por medio de protocolo consensuado de las actuaciones a realizar de cara a la mejora en la clasificación de los documento que genera el Servicio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.
Actualmente contamos únicamente con una destructora de papel que NO permite destruir grandes cantidades.
Nos planteamos la manera segura de tratar éstos documentos coordinando con el Servicio del Hospital que se encarga de la retirada de residuos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Eliminación de documentos obsoletos para la asistencia al paciente, respetando los criterios establecidos en la Ley de protección de datos de carácter personal (LOPD) y la Ley de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002)
- Seguridad en el cumpliendo de las normas de confidencialidad en el tratamiento de los documentos a eliminar.
- Identificación y control de los puntos en dónde deben depositarse los documentos a destruir.
- Clasificación de todos los materiales obsoletos (papeles de historia clínicas, sobres contenedores, listados de trabajo programado con datos de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 538

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ELIMINACION DE DOCUMENTOS CON INFORMACIONES PERSONALES CUMPLIENDO CON LAS NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

identificación de los pacientes, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Diseñar unos procedimientos de actuación.
- Reuniones con los responsables de la gestión de residuos en el Hospital para exponerles el proyecto de calidad .
- Reuniones con los trabajadores del Servicio para exponerles el proyecto de calidad
- Información de estos procedimientos al personal que va a trabajar con ellos.
- Implantación del proyecto.

Los reponsables del conjunto de acciones a desarrollar son:
En el Hospital Rosario Carrato Lecina
En el C.M E. San Jose Mª Fe
En e C.M. E. Ramon y Cajal, Merche Vallespin

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Muestreo sistemático de historias clínicas susceptibles de expurgo documental
Documento aprobado sobre actuación frente al tratamiento de residuos documentales
- 2 Reuniones informativas con la plantilla
-100% de los puntos de recogida con carteles informativos
-1 Listado residuos clasificados que se generan en el Servicio
-% Residuos documentales mal ubicados/ por número de puntos de residuos disponibles, Revisiones trimestrales.
- Destrucción del 100% de todos los listados de las consultas con relación de pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - La búsqueda de información (reuniones) un mes
- Diseño de procedimientos, dos meses.
- Formación al personal, 1 mes.
- Implantación del proyecto de mejora, 1 mes.
- Evaluación, dos meses.
- Comunicación de resultados, 1 mes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Destructoras papel cantidades grandes documentos en Hospital y CMEs ..... 1.200 €
Total ..... 1.200 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 047

1. TÍTULO

HISTEROSCOPIA QUIRURGICA AMBULATORIA CON TECNICA DE VERSAPOINT

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MOROLLON LORIZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA PADIN FABEIRO-MEDICO-SERVICIO DE GINECOLOGIA
DANIEL DE PABLO SORIANO-MEDICO-SERVICIO DE GINECOLOGIA
FERNANDO PUIG FERRER-MEDICO-SERVICIO DE GINECOLOGIA
ALBERTO LANZON LAGA-MEDICO-SERVICIO DE GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente la patología endometrial benigna (fundamentalmente polipos), supone la realizacón de un número importante de intervenciones quirúrgicas programadas en quirófano. Un porcentaje importante de estas pacientes pueden beneficiarse del uso de nuevas tecnologías (Versapoint)que se realizan en consultas externas y que suponen que en el mismo acto se realiza la histeroscopia diagnóstica y la resección del polipo de forma ambulatoria, sin ingreso hospitalario, lo que supone también una disminución significativa de las complicaciones de este proceso. El pequeño calibre del instrumental hace que no sea necesario recurrir a la dilatación cervical y que no precise anestesia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Al menos el 50% de las pacientes con patología endometrial benigna que actualmente requieren ingreso hospitalario e intervención quirúrgica en quirófano, van a ser tributarias de esta técnica, con lo que se disminuirá la estancia hospitalaria y la utilización del quirófano para esta patología

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Pacientes con polipos endometriales de tamaño inferior a los 2 centímetros diagnósticados en el curso de una histeroscopia diagnóstica, que no presenten alguno de los criterios de exclusión: Patología médica que contraindique la actuación, tratamiento con Sintrom y polipo de tamaño superior a los 2 centímetros. En el mismo acto se procederá a la resección de la lesión con la técnica Versapoint, quedando posteriormente la paciente en una sala de recuperación anexa; seguidamente pasa a su domicilio. El responsable del proyecto será la Dra. Isabel Morollón Loriz, junto a otros componentes del Servicio de Ginecología: Dra. Marta Padín Fabeiro, Dr. Daniel de Pablo Soriano, Dr. Fernando Puig Ferrer y Dr. Alberto Lanzón Laga

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores: Disminución del número de histeroscopias quirúrgicas en quirófano. Disminución del número de preoperatorios solicitados y de valoraciones por parte del Servicio de Anestesia. Disminución del número de consultas ginecológicas.
Evaluación: Mediante estudio de los indicadores. Para la evaluación de las complicaciones utilizaremos el número de ingresos postintervención y la necesidad de histeroscópia quirúrgica posterior. La realización de una encuesta a las pacientes nos permitirá valorar el grado de satisfacción de las pacientes.
Seguimiento: Se realizará a los 30 días del acto quirúrgico en la consulta de Patología Endometrial

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Abril del año 2010, con estudio de resultados y valoración final en Diciembre 2010. Durante este tiempo se realizará tratamiento quirúrgico ambulatorio de la patología endometrial benigna menor de 2 centímetros, estudiando los indicadores y realizando la evaluación de la técnica

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 446

1. TÍTULO

INSTALACION, FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE DUCHAS DE SEGURIDAD Y LAVAOJOS EN EL CONTEXTO DE LA ELABORACION DE LA GUIA DE SEGURIDAD Y SALUD DEL SV DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ADORACION MOÑITA BLANCO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE ANTONIO GIMENEZ MAS- JEFE DE SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA- HUMS
RAMIRO ALVAREZ ALEGRET- COORDINADOR DE CALIDAD- SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA-HUMS
MARIA DEL CARMEN DE MIGUEL ADRIAN-SUPERVISORA DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA-HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el HUMS hay lugares de trabajo en los que, por el tipo de actividad que se lleva a cabo y los productos que se utilizan para ello, existe la posiblidad de salpicaduras o derrames de productos qu?micos sobre el trabajador, y tambi?n incendio de la ropa que ?ste lleva puesta.

?sto exige, como actuaci?n inmediata tendente a disminuir las consecuencias de dicho accidente, que el trabajador reciba un caudal de agua suficiente sobre el cuerpo -ducha, sobre la mucosa conjuntival - lavaojos - antes de, si es preciso, recibir atenci?n m?dica.

Los problemas detectados en el Laboratorio de Anatom?a Patol?gica son:
1. Ausencia de duchas de seguridad y/o lavaojos.
2. Existencia de duchas de seguridad y/o lavaojos no funcionantes.

Las principales causas son:
- Desconocimiento de la necesidad o conveniencia de la presencia de estos equipos de protecci?n colectiva.
- Equipos instalados pero no funcionantes por:
  - ? Falta de desag?e o mal o nulo funcionamiento de ?ste.
  - ? No ha se ha puesto en marcha nunca y/o no se ha realizado la comprobaci?n peri?dica de su funcionamiento y, con el paso del tiempo, no funciona o no lo hace correctamente.
  - ? Retirada por estar ubicados en una zona de paso o que dificulta la actuaci?n en las zonas pr?ximas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Que en el actual Laboratorio de Anatom?a Patol?gica del HUMS, en las zonas donde su presencia es necesaria:
? En el caso de la existencia de duchas de seguridad y lavaojos, tengan un funcionamiento y mantenimiento adecuados.
? En el caso de que no haya, proceder a su instalaci?n, con funcionamiento y mantenimiento adecuados.
2. Establecer un procedimiento de revisi?n de duchas de seguridad y/o lavaojos.
3. Establecer un procedimiento de mantenimiento.
4. Establecer un listado de productos qu?micos cuya salpicadura o derrame sobre el cuerpo no debe ser lavado o neutralizado por agua.
5. Formaci?n de los trabajadores en la forma de uso de duchas de seguridad y/o lavaojos.
6. Extensi?n de este Proyecto de Mejora a: Las nuevas instalaciones del Sv? de Anatom?a Patol?gica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:
- Revisi?n de las duchas de seguridad y lavaojos instalados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 446

1. TÍTULO

INSTALACION, FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE DUCHAS DE SEGURIDAD Y LAVAOJOS EN EL CONTEXTO DE LA ELABORACION DE LA GUIA DE SEGURIDAD Y SALUD DEL SV DE ANATOMIA PATOLOGICA

- Instalaci?n de duchas de seguridad y lavaojos en los lugares determinados tras valoraci?n. Para ello:
  ? Establecimiento del lugar de instalaci?n seg?n distancias establecidas a los puestos de trabajo.
  ? Comprobaci?n de las caracter?sticas y situaci?n de redes de abastecimiento de agua y desag?es.
  ? Comprobaci?n de que el chorro de agua expulsado por dichos equipos cumple el caudal y la temperatura recomendados.
  ? Se?alizaci?n.

- Libro de registro de comprobaci?n de cuestionario de funcionamiento.
- Informaci?n y formaci?n a los trabajadores.

Responsables:
- Coordinadora del Proyecto:
Adoraci?n Mo?ita, T?cnico Superior de Seguridad en el Trabajo, Sv? de Prevenci?n de Riesgos Laborales, HUMS.

- Responsable en el Laboratorio del Sv? de Anatom?a Patol?gica, HUMS:
Dr. Gim?nez-Mas, Jefe de Sv? de Anatom?a Patol?gica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
- N? de incidencias detectadas en las revisiones.
- Tiempo de resoluci?n de dichas incidencias.

Obtenci?n y monitorizaci?n de los indicadores:
- Libro de registro de comprobaci?n de cuestionario de funcionamiento.
- Parte del Sv? de Anatom?a Patol?gica para incidencias menores que pueden ser solucionadas por personal del propio Sv?.
- Parte al Sv? de Ingenier?a y Mantenimiento para incidencias mayores.

Seguimiento:
- Revisi?n y modificaci?n para su mejora, si procede.
- Adaptaci?n si variaciones en alguna parte del proceso y/o avances t?cnicos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 15 de Marzo de 2.010.

Fecha de finalizaci?n: 31 de Diciembre de 2.010.

Cronograma de actividades previsto:
NOTA:
Las fechas que se indican se consideran como plazo m?ximo, siendo modificables si las actuaciones necesarias para implementar este Proyecto de Mejora pueden llevarse a cabo en menor plazo.

- Primer trimestre 2.010:
Visita de Seguridad para comprobar la existencia (y su n?mero) de duchas de seguridad y lavaojos, o su carencia, y establecer as? la medida a implementar.

- Segundo trimestre 2.010:
  ? Establecer los criterios de compra de dichos equipos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 446

1. TÍTULO

INSTALACION, FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE DUCHAS DE SEGURIDAD Y LAVAOJOS EN EL CONTEXTO DE LA ELABORACION DE LA GUIA DE SEGURIDAD Y SALUD DEL SV DE ANATOMIA PATOLOGICA

? Adquisici?n.

- Tercer trimestre 2.010:
? Instalaci?n y comprobaci?n de funcionamiento.
? Subsanaci?n de problemas si los hubiese.

Cuarto trimestre 2.010:
- Extensi?n de este Proyecto de Mejora a las nuevas instalaciones del Sv? de Anatom?a Patol?gica (si ya est?n disponibles)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Formaci?n (asistencia a Congresos, cursos, etc.)	1.000 €
· Material bibliogr?fico	500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES VIH +: INFORMACION AL PACIENTE Y PREVENCION DE INTERACCIONES

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REYES ABAD SAZATORNIL-FARMACÉUTICA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-S.FARMACIA
JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA-FIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-S.FARMACIA
PIEDAD ARAZO GARCÉS-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-U.INFECCIOSOS
ELISA SOLER GINER-FARMACÉUTICA RESIDENTE-HOSPITAL MIGUEL SERVET-S.FARMACIA
ASCENSIÓN PASCUAL CATALÁN-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-U.INFECCIOSOS
CRISTINA GOMEZ BARAZA-FIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-S.FARMACIA
ICIAR CAÑAMARES ORBIS-FIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-S.FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los actuales tratamientos antirretrovirales (TAR) son la base del adecuado control virológico e inmunológico de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hasta el punto de que han modificado la historia natural de la enfermedad, aumentado considerablemente la supervivencia y dando paso a una “cronificación” de la infección.
Sin embargo, todavía hoy, la falta de adherencia al TAR es uno de los principales factores de fracaso terapéutico y de selección de resistencias virales1-5.
Para incrementar esta adherencia han demostrados 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 las hábitos de vida, etc)… informar de los efectos adversos más frecuentes de su terapia , como minimizarlos y las interacciones más importantes de esos fármacos.
Si esta clara la relación que existe entre adherencia y conocimiento del paciente de la terapia y de la importancia de un cumplimiento correcto en la eficacia del tratamiento, este hecho adquiere especial importancia en aquellos pacientes que se enfrentan por primera vez a la necesidad de TAR, como sucede con los pacientes naive o bien en los pacientes multitratados, objetos ambos de nuestro plan.
Existe un programa informático INFOWIN, orientado a la información del paciente al alta o en consultas externas, que proporciona un cronograma horario de la medicación que el paciente debe tomar, incluye también la imagen del envase del medicamento, instrucciones de administración e información general sobre el fármaco: modo de prescripción, mecanismo acción, efectos adversos, etc. Pero parte de esta información se considera innecesaria y por otro lado existen algunos aspectos que se consideran poco abordados, por eso se propone a partir de la información suministrada por INFOWIN, realizar modificaciones para adaptarlo a lo que el equipo multidisciplinar: médicos de la unidad de enfermedades infecciosas y farmacéuticos de la unidad de pacientes externos consideran nivel y contenido optimo de información en cada medicamento.
En pacientes VIH la probabilidad de que los resultados clínicos alcanzados con la TAR se vean afectados por las interacciones medicamentosas es elevada. Algunos trabajos muestran que un 96% de los pacientes recibiendo TAR presentan como mínimo una situación clínica y/o utiliza un medicamento adicional que podría generar la aparición de problemas de inseguridad o inefectividad de la terapia antirretroviral. Por tanto, la identificación, prevención y manejo de las interacciones medicamentosas clínicamente relevantes se considera un aspecto de gran trascendencia en la consecución de los objetivos terapéuticos en la farmacoterapia en este grupo de pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto se inicio en 2007 durante el cual se realizó una encuesta para valorar por la calidad percibida por los pacientes que acuden a la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE).
En el 2008 se inicio el proyecto de mejora de atención farmacéutica al paciente VIH, centrando la actuación en la información al paciente naive y para ello se realizaron las siguientes actividades:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES VIH +: INFORMACION AL PACIENTE Y PREVENCION DE INTERACCIONES

1. Selección de los fármacos antirretrovirales de utilización en pacientes naive
2. Consensuar la información escrita a proporcionar en la primera dispensación de un fármaco a un paciente naive que inicia tratamiento.
3. Entrevista del farmacéutico a los pacientes naive que inician TAR, con entrega de información escrita además de la información verbal sobre los fármacos prescritos y consulta en las sucesivas visitas para valorar la existencia de algún problema relacionado con la medicación (PRM).
4. El porcentaje de pacientes naive informados ha sido del 89%.

Durante 2009 se ha continuado el proyecto, se ha dispensado tratamiento antirretroviral a 129 pacientes nuevos para el hospital, se ha informado oralmente al 100% de los pacientes y por escrito al 97 % de los pacientes VIH naive cuyo tratamiento sigue recomendaciones de Gesida.
Se ha estimado la adherencia al TAR (>95%) en una muestra de 252 pacientes de un total de 987 pacientes, que se ha medido a través de dos métodos indirectos: registro de dispensaciones y el cuestionario validado SMAQ. La adherencia según el cuestionario es de un 56% y del registro de dispensación se considera que un 77,6% de los pacientes (dispensado como mínimo el 95% de las dosis necesarias para su TAR en los últimos cuatro meses) son adherentes al TAR.

Respecto a la valoración de las interacciones, se realizó una entrevista a 252 pacientes y se registro tanto el TAR como el tratamiento concomitante, hasta la fecha se han procesado 100 encuestas, los resultados obtenidos son: El 80% de los pacientes tomaba otros medicamentos (media fármacos no AR/paciente 3,7 (1-11)) y el 25% algún producto de herboristería.

Del 86% que tomaban AR con otros medicamentos y/o producto de herboristería, un 58% presentaron interacciones (media interacciones/paciente 2,7 (1-8)); registrándose 144 interacciones, 20 (14%) contraindicadas y 86% potenciales

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos principal: Conseguir mediante la información y formación al paciente VIH una elevada adherencia al TAR y disminuir los problemas relacionados con la TAR mediante la prevención de las interacciones de mayor relevancia clínica
Objetivos específicos:
Proporcionar información normalizada y consensuada a los pacientes naive y multitratados sobre los principales antirretrovirales .
Mejorar la seguridad y eficacia de la TAR mediante la disminución de PRMs relacionados con Interacciones medicamento-medicamento y medicamento-planta medicinal.
Conocer las expectativas de los pacientes atendidos en el área de externos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La responsable de todas las actividades previstas será las Dra Navarro (Servicio de Farmacia) que contará con el apoyo de la Dra P. Arazo de Infecciosas pero el trabajo será realizado principalmente por los miembros del Servicio de Farmacia.

1. Elaborar la información escrita dirigida al paciente sobre los fármacos antirretrovirales seleccionados. (iniciada en 2008).
2. Consensuar la información escrita dirigida al paciente con el servicio de enfermedades infecciosas. (iniciada en 2008).
3. Entrega de información escrita además de la información verbal sobre los fármacos prescritos y consulta en las sucesivas visitas para valorar la existencia de algún problema relacionado con la medicación (PRM).
4. Extensión del proyecto informando por escrito del cambio del tratamiento al paciente VIH multitratado.
5. Valoración del estado inmunológico del paciente al inicio del tratamiento.
6. Realización de una sesión dirigida a los facultativos de la unidad de enfermedades infecciosas sobre los fármacos y plantas medicinales utilizados con mayor frecuencia por los pacientes VIH atendidos en nuestra unidad y la trascendencia de las interacciones TAR con la farmacoterapia y fitoterapia del paciente.
7. Elaboración de un díptico informativo dirigido al paciente sobre la trascendencia de las interacciones: .medicamento-medicamento y medicamento-planta medicinal.
8. Edición y entrega al paciente del díptico informativo.
9. Actualización de la encuesta dirigida a pacientes externos para conocer su percepción y sus expectativas sobre la atención prestada en esta área del Servicio de Farmacia.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES VIH +: INFORMACION AL PACIENTE Y PREVENCION DE INTERACCIONES

10. Realización y análisis de la encuesta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % pacientes informados=Nº Pacientes VIH+ naive que inician tratamiento en 2009 que reciben información escrita y oral/Nº pacientes VIH+ naive que inician tratamiento
(estándar >95%).
Este indicador será contabilizado sólo para aquellos pacientes cuya terapia de inicio se ajusta a las recomendaciones del Consejo asesor del SIDA.
% Pacientes VIH+ multitratados que reciben información escrita y oral (Estandar > 25% último trimestre)
% pacientes VIH a los que se entrega el díptico sobre interacciones de TAR con otros medicamentos y/o fitoterapia = Nº pacientes a los que se entrega díptico/Nº total de pacientes VIH
Realización de una sesión dirigida a la unidad de Infecciosas informando de las interacciones más importantes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades 2010
Fecha inicio: febrero 2011
1. Seleccionar fármacos antirretroviales objeto de la actuación (Febrero-marzo)
2.-Elaborar informes fármacos antirretroviales objeto de la actuación (febrero-abril)
3.-Consensuar información (febrero-mayo)
4.- Entrega de Información escrita paciente VIH naive (febrero-diciembre)
5.- Entrega de Información escrita paciente multitratado con cambio de tratamiento (octubre-diciembre)
6. Valoración estado inmunológico del paciente (febrero-diciembre)
7. Elaboración de un díptico informativo (febrero-julio)
8. Entrega del díptico (octubre-diciembre)
9. Actualización de la encuesta (abril- julio)
10. Realización encuesta y análisis de los resultados (octubre-dicembre)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bolsas opacas para la dispensación de medicamentos a los pacientes	900 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 497

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD DE PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA MANIPULACION DE AGENTES CITOSTATICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR NIEVAS MARCO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA CRISTINA FONTANA JUSTES-TÉCNICO SUPERIOR HIGIENE INDUSTRIAL-HUMS-PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Mª JOSE AGUSTÍN FERNÁNDEZ-FARMACÉUTICA-HUMS-FARMACIA HOSPITALARIA
JUAN LAO ROMERA-MÉDICO-HUMS-ONCOLOGÍA MÉDICA
PILAR MAINAR GARCÍA-ENFERMERA-HUMS-ONCOLOGÍA HOSPITAL DE DIA
PILAR AISA LAIN-ENFERMERA-HUMS-ONCOPEDIATRIA
Mª JOSE SANZ GRACIA-ENFERMERA-HUMS-HEMATOLOGÍA
MIGUEL BLAS-MÉDICO-HUMS-UROLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los citostáticos son sustancias que por su mecanismo de acción a nivel celular pueden provocar efectos mutagénicos, carcinogénicos y teratogénicos. Son necesarias medidas preventivas y procedimientos de trabajo correctos para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores y pacientes expuestos.
Durante 2009 se inició la elaboración del Manual de prevención de riesgos durante la manipulación de agentes citostáticos. Con ello se cumple:
- El deber de prevención y reducción de la exposición que se establece por los Reales Decretos 665/1997 y 349/2003, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos y mutágenos durante el trabajo.
- El deber de información, consulta y participación de los trabajadores que establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su art. 18

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Distribución e implementación en los servicios implicados del parte de notificación de accidentes e incidentes durante la manipulación de citostáticos.
- Distribución a los trabajadores expuestos a riesgo de trípticos informativos sobre “Normas para la manipulación en la preparación y en la administración de medicamentos citotóxicos y/o citostáticos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un Manual de prevención de riesgos durante la manipulación de citostáticos.
1.Complementar los procedimientos de trabajo integrando en ellos la prevención de riesgos laborales, reduciendo el nivel de exposición.
2.Reducción de la accidentabilidad.
Reducción de riesgos en el paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Análisis del circuito del medicamento citostático en el hospital implicando a todos los servicios que los manipulan diariamente. Detección de situaciones de riesgo comunes y búsqueda de soluciones.
Cursos de formación específicos en atención primaria y especializada “Prevención de riesgos laborales frente a la exposición a agentes citostáticos”. Responsable: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º Elaboración del procedimiento de actuación durante la manipulación de agentes citostáticos SI / NO
2º Nº de trabajadores formados / Nº de trabajadores que manipulan citostáticos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer semestre de 2010: finalizar el Manual de prevención de riesgos durante la manipulación de agentes citostáticos.
Los cursos formativos se han planificado para 2010 a través de la Unidad de Formación: Marzo y Noviembre en Atención Especializada y Mayo en Atención Primaria

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 497

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD DE PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA MANIPULACION DE AGENTES CITOSTATICOS

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Asistencia al curso Exposición laboral ... (*) ..... 700 €
- Impresión de carteles informativos para trabajadores expuestos ..... 200 €

Total ..... 900 €

11. OBSERVACIONES. El proyecto ha tenido buena acogida en todos los servicios implicados (Oncología Médica, Hospital de Día, Oncopediatría, Hematología, Farmacia, Urología, Prevención de Riesgos Laborales) con asistencia a las reuniones y colaboración, no se ha podido finalizar por la magnitud del proyecto al implicar a servicios tan diferentes y falta de tiempo.

(*) Asistencia al curso Exposición laboral a cancerígenos y mutágenos organizado por el Centro Nacional

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 367

1. TÍTULO

"SON RISAS CADA JUEVES" PARA LOS NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN NOYA CASTRO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA LUISA VELA MARQUINA-TECNICO FUNCION ADMINISTRATIVA - UNIDAD DE CALIDAD HOSPITAL MIGUEL SERVET
EDUARDO CLEMENTE ROLDAN - MIR MEDICINA PREVENTIDA Y SALUD PUBLICA UNIDA DOCENTE DE ARAGON
CLOWNTAGIOSOS "PAYASOS DE HOSPITAL"-ASOCIACION SIN ANIMO DE LUCRO CONSTITUIDA POR ESTUDIANTES PRINCIPALMENTE DE MEDICINA- INSCRITA EN EL REGISTRO DE LA DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto aúna medicina y circo.
En los últimos años del s.XX, posiblemente asociado al desarrollo de la medicina psicosomática y psiquiatría de enlace y la renovada concepción integral de cada paciente, se han creado diversas asociaciones y proyectos en distintos hospitales localizados alrededor de todo el mundo:
- Instituto Gesundheit (EEUU -Virginia-, desde los años 70)
- Big Apple Circus Clown Care Units (New York, desde 1986) Es el primer programa de payasos desarrollado en un hospital y que ha servido de modelo para todos los demás.
- Doutores de la Alegría (Brazil, desde 1991)
- Le Rire Médecin (Francia, desde 1991)
- Theodora Foundation (Europa –Bielorrusia, Suiza, España, Francia, Turquía, Gran Bretaña, Italia-, Surafrica, Asia –Hong Kong-, desde 1993)
- Die Clown doctoren (Alemania, desde 1993)
- Cliniklowns (Alemania)
- Hôpiclowns (Francia, desde 1996)
- Humor Foundation Clown Doctor Programs (Australia, desde 1997)
- Fundación Doctora Clown (Colombia -Bogotá-, desde 1998)
- SaludArte (Uruguay, desde 1999)
- Grupo SER (Uruguay -Montevideo-)
- Fools for Health (Canadá, desde 2001)
- Mediclaun (Colombia, desde 2001)
- Doctores Bola Roja (Perú, desde 2002)
- Payamédicos (Argentina, desde 2003)
- Hospisonrisas (Argentina –Buenos Aires-)
- Doctor sonrisa (Chile, desde 2004; Iniciativa de estudiantes de medicina)
- La compañía hospitalaria (Chile -Concepción-)
- Chimbimuekas (Chile)
- Célula roja (Chile –Santiago de Chile-)
- Titiriclaun del Grupo Con-Tacto (Colombia -Manizales-; desde 2006)
- Mediclown (México -Durango-, desde 2007)
- Risaterapia (México)
- Doctores de la Risa (México –León, Guanajuato-)
- Sccorso Clown (Italia)
- La Carovana dei Sorrisi (Holanda)
- Die Roten Nasen (Austria)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 367

1. TÍTULO

"SON RISAS CADA JUEVES" PARA LOS NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Clowns Doctors (Austria -Salzburgo-)

Desde 1994, también en nuestro país han ido apareciendo programas y grupos similares:
- La sonrisa médica (Mallorca, 1994)
- Pupaclown (Murcia, desde 1998)
- Payasospital (Valencia, desde 1999)
- Theodora Foundation (Desde el año 2000 en España: Madrid, Toledo, Málaga, Granada, La Coruña, Alicante, Santiago de Compostela, Vigo, Sevilla, Barcelona, Tenerife, Las Palmas, Ferrol, Elche)
- Saniclown (Madrid, desde 2005)
- Xaropclown (Cataluña -Girona-, desde 2006)
- Hazmerreír (Canarias, desde 2007)
- Pallapupas (Cataluña)
- Titiritas (Granada)

A todas estas experiencias positivas se suma un contexto determinado para que sea ahora cuando surge el proyecto. Desde hace unas décadas nos encontramos envueltos en un proceso de crecimiento técnico y científico en el ámbito de la medicina que ha relegado a un segundo plano su lado más humanista.

Estos cambios no están pasando desapercibidos para nadie: pacientes, médicos, estudiantes, profesores... que conscientes de la situación están empezando a dar la voz de alarma. En un artículo publicado en prensa un catedrático de la Universidad de Zaragoza daba cuenta de su particular visión: "…este modelo sanitario español […] transforma a los mejores expedientes de bachiller, desde su acceso a la Facultad de Medicina hasta la finalización de la especialidad en el programa MIR en unos profesionales en los que las actitudes no son las históricas o seculares del ejercicio de la medicina y/o lugar de tópicos (vocación, altruismo, generosidad, entrega, ausencia de horarios en la dedicación, ilusión, etc), sino en unos profesionales con formación técnico-tecnológica-científico-profesional, comprometidos con su trabajo y los pacientes pero ajenos a las circunstancias antropológicas de la medicina y su ejercicio.[…] estamos generando médicos muy válidos y competentes, pero estrictos en la dinámica de derechos, obligaciones, agravios comparativos y miembros de una organización potente y competente, pero desilusionada y poco motivadora."

Al mismo tiempo, como contrapunto a esta tecnificación (consciente, subconsciente o inconsciente) de la medicina han surgido en los últimos años movimientos que claman por recuperar la visión integral del paciente: desde organismos internacionales como la OMS (que definió el concepto de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad"), organizaciones privadas y asociaciones de pacientes (que demandan una atención para enfermos y no para enfermedades), las Unidades de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace o UPPEs (el estudio ECLW ha demostrado el importante papel asistencial que juegan dada la creciente consciencia de los médicos no psiquiatras de la importancia de la atención psicológica y psiquiátrica a sus enfermos)… y los ya mencionadas, grupos de payasos de hospital que velan principalmente por el bienestar psicológico de los paciente más pequeños: los niños.

Los niños presentan con frecuencia síntomas de depresión, ansiedad y alteraciones conductuales asociados a enfermedades pediátricas graves. Este malestar emocional puede estar producido directamente por las manifestaciones físicas de la enfermedad o por el tratamiento. Esta comorbilidad psíquica es reducible con programas adecuados; ya existen programas de prevención en algunos hospitales centrados en el apoyo social (clave para la adaptación psicosocial) y el tratamiento de la ansiedad. Un grupo de payasos de hospital es un recurso más para minimizar esta comorbilidad.

Los niños son pues los principales beneficiarios del proyecto, que pretende servirles de distracción y válvula de escape. El estrés y la ansiedad de la hospitalización y de las intervenciones quirúrgicas provocan secuelas a largo plazo en los pacientes pediátricos, combatible con el juego y la interacción con clowns, cuya eficacia ha sido demostrada en diversos estudios:
- En Italia realizaron un estudio ramdomizado comparando la ansiedad pre-operatoria de niños y padres entre un grupo control y otro grupo que contaba con un clown durante el periodo pre-operatorio. Los resultados fueron claros: los niveles de ansiedad habían descendido significativamente.
- En Columbia (EEUU) valoraron la efectividad de la acción de un grupo de payasos de hospital interviniendo en procedimientos invasivos en niños oncológicos y de cateterización cardiaca. Al igual que en el anterior estudio, hubo un descenso de la ansiedad de los niños y en éste también en los padres. Además, los cirujanos subrayaron que su intervención resultón más fácil porque los niños estuvieron más colaboradores.

El humor también ha sido objeto de análisis como medida terapeútica:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 367

1. TÍTULO

"SON RISAS CADA JUEVES" PARA LOS NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Norman Cousins, aquejado de una espondilitis anquilosante, relató en el New England Journal of Medicine (diciembre de 1976) su increíble recuperación por "el jubilosos descubrimiento de que 10 minutos de genuina carcajada poseían un efecto anestésico y le proporcionaban un mínimo de 2 horas de sueño sin dolor."
- En Agosto de 1984, Kaye Herth presentó un caso clínico en el American Journal of Nursing sobre un paciente cuya presión arterial refractaria al tratamiento logró ser controlada mediante la introducción en su apretada agenda de "cortes hilarantes" consistentes en el visionado de vídeos cómicos.

Es en este punto, sabiendo que esta nueva herramienta que es el clown funciona y que la situación social demanda una humanización de la medicina, donde nuestro proyecto se presenta como un recurso al servicio de los pacientes y los profesionales de la salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde el inicio de su actividad (mayo del año 2009), la asociación Clowntagiosos está desarrollando su actividad en el Hospital Infantil, y se han estado recogiendo encuestas de satisfacción tanto a familiares de niños como a los propios payasos que realizan la actividad. Los resultados obtenidos son:

1. Encuesta a padres: se encuestó a 92 padres de niños ingresados. La encuesta distribuida se componía de 4 preguntas principales:
a. ¿Considera positiva la actividad? El 98,9% de los padres consideraba que sí.
b. ¿Cree que ha mejorado el estado de ánimo de su hijo? El 94,4% de los padres considera que estas actividades han contribuido a mejorar el ánimo de los niños ingresados.
c. En relación con su hijo, ¿ha manifestado su hijo interés de que la actividad se repita? El 89,3% le ha comentado a sus padres que le gustaría que la actividad continuase.
d. ¿Le gustaría que la actividad continuase?, a lo que el 97,8% de los padres respondieron afirmativamente.
e. En relación con su hijo, ¿cómo habla del clown? Casi la mitad respondió que el niño habla espontáneamente (48,1%) y casi la otra mitad que hablaba de ellos cuando se le preguntaba (48,1%).
f. En relación con su hijo, ¿cómo habla de la actividad? El 94% de los niños hablaba positivamente, y tan solo el 1,2% de ellos lo hacía de forma negativa.
g. Se elaboró un índice de satisfacción global a partir de las preguntas anteriores, concluyéndose que el 90,2% de las encuestas tenían una satisfacción alta, por lo que se puede concluir que a los padres les gustaría que esta actividad debería continuar en el Hospital Infantil.
2. Encuesta a los niños: esta encuesta fue contestada por 192 niños ingresados en el centro.
a. Dos terceras partes (67,4%) de los encuestados parecen estar muy o bastante interesados en las actividades que llevan a cabo los payasos. Tan solo el 15,3% están poco o muy poco interesados.
b. Casi la mitad de los encuestados (47,8%) participa bastante/mucho en las actividades junto con los Clowns, mientras que una cuarta parte (24,7%) participa poco/muy poco con los payasos.
c. Más del 60% de los niños encuestados (60,6%) reacciona bien/muy bien con la visita de los payasos, y el 17,4% tienen una reacción negativa (mala/muy mala).
d. En cuanto a la risa que se produce con la visita de los payasos, una tercera parte (35,3%) se ríe bastante/mucho con la actividad, mientras que para el 41,6% esta visita no les produce risa (poca/muy poca).
e. Finalmente se calculó un índice de satisfacción global a partir de los ítems anteriores, con lo que el 66,1% estaban satisfechos en general, habiendo diferencias con respecto a la edad de los encuestados (mayor en niños entre 5 y 10 años).

Todos los jueves de 17 a 20 horas los "clowndoctor pasan su visita a los niños ingresados".
Se reparten, recogen y rellenan encuestas para conocer el grado de satisfacción de los padres y evaluar la actividad global y de cada payaso
Taller de formación:

Con el curso académico se inicia un taller denominado "Escuela de Payasos de Hospital" que persigue formar a nuevos voluntarios con habilidades en mimo y clown y conocimientos sanitarios básicos para ser Clown-Doctors. De esta forma se les proporciona herramientas y la formación necesaria para incorporarse a la dinámica hospitalaria de Clowntagiosos.

El taller consta de tres fases:

1. Teatro, mimo y clown: el mayor número de horas se centra en esta formación dramática adaptada a las necesidades de un público constituido por pacientes enfermos y su entorno familiar. Las clases son impartidas por un profesional de la pantomima, Francisco Formento.
2. Psicología infantil: es indispensable conocer el pensamiento y las necesidades de los niños y, especialmente cuando están enfermos e ingresados en el hospital. Los residentes de psiquiatría del HCU Lozano Blesa que realizan su rotación en el departamento de Psiquiatría Infantil nos ayudan en esta tarea.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 367

1. TÍTULO

"SON RISAS CADA JUEVES" PARA LOS NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

3. Incorporación al proyecto: se realiza de forma paulatina y en 3 etapas:
a. Dinámicas de sala: con los niños con mejor estado general se realizan juegos y representaciones en la Cyber-aula del Hospital Infantil. Se trata de crear un entorno más controlado que facilite el primer trabajo de los voluntarios Clowntagiosos.
b. Acompañamiento a Clown-Doctor ya experimentado: cada nuevo voluntario forma pareja con un Clowntagioso habitual en las visitas de los jueves al hospital para aprender el ritmo de trabajo y acostumbrarse al funcionamiento del payaso en el hospital.
c. Independencia definitiva: finalmente los nuevos Clowntagiosos pasan a formar parte del elenco habitual de Clown-Doctors que visitan a los niños cada jueves

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Ser animadores en el medio hospitalario ejerciendo de clown ocasionalmente.
- Minimizar el stress que supone la hospitalización y las actividades terapéuticas en los niños y sus familiares.
- Ofrecer momentos de distracción y proveer al niño enfermo de una válvula de escape (mediante la relación niño-clown y las oportunidades de juego)
- Reducir la carga negativa asociada al medio hospitalario (profesionales, procedimientos, intervenciones, material…)
- Colaborar con el equipo sanitario del servicio para mejorar la atención entendiendo la realidad bio-psico-social que supone la enfermedad.

Los objetivos secundarios del proyecto son:
- Consolidar la actividad del grupo de Clown-Doctors como una herramienta más al servicio de la salud.
- Evaluar la calidad de nuestra intervención para mejorar y adaptarnos a las necesidades del paciente, familiares y personal hospitalario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La consecución de los objetivos exige la puesta en marcha de las siguientes actividades durante el curso 2010-11:
- Visita semanal al Hospital Infantil Miguel Servet: Manteniendo la rutina puesta en marcha durante el curso anterior, se pretende continuar acudiendo cada jueves. Las visitas en planta seguirán el protocolo establecido hasta el momento [Ver anexo 6] y se abarcarán tantas habitaciones como los recursos permitan.
- Recogida de encuestas de valoración (ver apartado de evaluación de la actividad), de satisfacción de los padres de los niños ingresados y del propio clown respecto a la actividad que ha realizado.
• Colaboraciones en eventos puntuales, si así lo considera la dirección del hospital (Fiesta del Infantil, Día Sin Humo, Navidades…).

A la hora de desarrollar las actividades somos conscientes de que el hospital es, debido a sus características especiales, un entorno exclusivo que exige:
- Respeto. Porque estamos tratando con niños enfermos y sus familias.
- Cuidado. Para no interferir en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Responsabilidad. Porque debemos hacer un buen uso de la confianza depositada en nosotros al permitirnos el acceso al hospital.
- Confidencialidad. Manteniendo la intimidad de las personas ingresadas y de sus familiares.
Por lo que en el programa formativo de Clowntagiosos son áreas que están especialmente contempladas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para una correcta evaluación de la actividad debemos valorar tres criterios: eficacia, pertinencia y eficiencia.

Se han elaborado encuestas auto-administradas (y por supuesto anónimas) para que rellenen:
- Familiares, Clowntagiosos (el segundo jueves de cada mes)
- Profesionales de la salud. Se les proporcionará un cuestionario auto-administrado periódicamente (cada 6 meses) para contestar.

Los objetivos que nos hemos marcado con estas encuestas son:
- Medición del impacto positivo.
- Interés por la continuidad de la actividad.
- Correlacionar la impresión de la intervención de los clown (siempre irán por parejas) con la del percepción del niño/a y sus familiares.
- Recoger propuestas de aspectos a mejorar.
INDICADORES
Mantener el nivel de satisfacción de las encuestas cumplimentadas hasta este momento:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 367

1. TÍTULO

"SON RISAS CADA JUEVES" PARA LOS NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

o Encuestas para padres:
o Continuar con un nivel de satisfacción global > 80%
o Encuestas para payasos:
- Superar el nivel del marcador global satisfacción general (>65%)
Encuestas para personal implicado:
- Ser conocidos por > 75% del personal
- Facilitar la tarea profesional o no entorpecerla en > 75%
- Que > 75% de los encuestados (padres y sanitarios) deseen que la actividad continúe.
Cumplir el planning de actividad (visitas a niños) por encima del 75%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad permanente y continuada
La actividad con los niños se mantiene sin interrupción y las encuestas se pasan de forma pautada. Así pues, cada jueves los Clown-Doctors visitarán a los niños ingresados en las distintas plantas del Hospital Infantil y el segundo jueves de cada mes se entregarán y recogerán las encuestas de satisfacción anónimas a padres y payasos. Y además, cada seis meses también el personal del hospital valorará la actividad, su utilidad y repercusión

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· SEGURO: Reale Seguro (Seguro de Responsabilidad Civil)	170 €
· Material fungible (globos, maquillaje, vesturario..)	300 €
· FORMACIÓN: Bien asistiendo a talleres o contratando a un profesor	800 €
Total	1.270 €

11. OBSERVACIONES. Son colaboradoes indispensables: CLOWNTAGIOSOS "PAYASOS DE HOSPITAL" (ASOCIACION SIN ANIMO DE LUCRO CONSTITUIDA POR ESTUDIANTES PRINCIPALMENTE DE MEDICINA) - INSCRITA EN EL REGISTRO DE LA DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGON

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 040

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA INFANTIL, COORDINANDO SU CAMPO DE ACCION EN QUIROFANO, PLANTA Y UCIS

2. RESPONSABLE ..... PEDRO OLIVA PERALES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA HOSPITAL INFANTIL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUIS PORTERO LLORO-ANESTESIÓLOGO-HUMS-H.INFANTIL
ROBERTO CARBONEL BERNAL-ANESTESIÓLOGO-HUMS-H INFANTIL
JULIAN RUIZ TRAMAZAIGUES-ANESTESIÓLOGO-HUMS-H INFANTIL
JULIA CHUECA MATA-ANESTESIÓLOGO-HUMS-H INFANTIL
JESUS ORO FRAILE-ANESTESIÓLOGO-HUMS-H INFANTIL
LUIS GIL BERDUQUE-ANESTESIÓLOGO-HUMS-H INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aunque el concepto de tratamiento del dolor postoperatorio infantil ha mejorado en las últimas décadas, dejando de ser un tabú, tanto para médicos como en enfermería, su manejo sigue siendo uno de los factores principales implicados en la morbilidad asociados a la anestesia.

La evolución de las técnicas de analgesia locorregional infantil en la última década hacen necesario una actualización para anestesiólogos, cirujanos y enfermería.

Las diferencias entre neonatos, lactantes, niños y preadolescentes hacen que sea necesario independizar el tipo de tratamiento analgésico para cada uno de ellos, coordinando la continuación del tratamiento analgésico postoperatorio con la UCI de neonatos, UCI infantil y la planta de cirugía.

En la actualidad el Servicio de Anestesia no cuenta con protocolos de analgesia postoperatoria en cirugía infantil, en función del tipo de cirugía.

Esta es un área de inquietud entre los profesionales y se encuentra entre los listados de situaciones mejorables elaborados por los grupos de mejora del servicio de anestesia.

Los protocolos de analgesia postoperatoria, son elementos trascendentes para el manejo y seguridad de los pacientes, puede servir de indicador de la cultura de seguridad en el entorno asistencial y del servicio clínico en concreto.

Se trata de una oportunidad de mejora desde el punto de vista organizativo, la existencia de protocolos de analgesia postoperatoria infantil y planes de formación en este campo.

Las actuales estrategias de medicina peroperatoria exigen la colaboración entre los distintos servicios (Anestesiología, UCI pediátrica o neonatal y las diversas especialidades quirúrgicas) para adecuar la analgesia postoperatoria. Es una oportunidad para unificar criterios entre servicios

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el manejo del paciente infantil postoperatorio.
2. Mejorar la Cultura de seguridad: en el Servicio de Anestesiología, en los Servicios de las distintas especialidades quirúrgicas infantiles y Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales.
3. Mejorar la coordinación de analgesia postoperatoria con UCIs y plantas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 040

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA INFANTIL, COORDINANDO SU CAMPO DE ACCION EN QUIROFANO, PLANTA Y UCIS

4. Establecer una línea de revisión periódica del consentimiento informado de Anestesia Infantil.
5. Mejorar la satisfacción de los pacientes quirúrgicos infantiles y de sus padres.
6. Mejorar la satisfacción del personal sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación del grupo de trabajo y revisión bibliográfica.
2. Elaborar Protocolos de analgesia postoperatoria para: cirugía general pediátrica, traumatología, oftalmología, maxilofacial, urología, ORL, cirugía plástica, neurocirugía y cirugía cardiaca. Incluyendo la Cirugía Mayor Ambulatoria.
Responsables: Dres. Portero y Chueca y Cirujanos.
3. Elaborar y consensuar Protocolos de Analgesia Postoperatoria para UCI pediátrica. Responsables: Dres. Ruiz y Oro e intensivistas pediátricos.
4. Elaborar y consensuar Protocolos de Analgesia Postoperatoria para UCI neonatal. Responsables: Dres. Oliva y Carbonell e intensivistas neonatales.
5. Revisar y elaborar Protocolos de Información y Consentimiento Informado de técnicas de anestesia infantil.
Responsables: Dr. Gil.
6. Realizar sesiones de actualización para enfermería en analgesia postoperatoria.
Responsables: Grupo de Trabajo
7. Diseminación, conocimiento y aplicación de Protocolos. Responsables: Grupo de Trabajo.
8. Evaluación de indicadores.
9. Propuestas de mejoría.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elaboración de un protocolo de analgesia postoperatoria para cada una de las siguientes especialidades quirúrgicas al final del ciclo: cirugía general pediátrica, traumatología, oftalmología, maxilofacial, urología, ORL y cirugía plástica. Indicador: número de protocolos realizados. Estándar: uno para cada especialidad = 7.
2. Elaboración de un protocolo de analgesia postoperatoria para UCI Neonatal y Pediátrica (incluyendo las especialidades quirúrgicas de Cirugía Cardiaca y Neurocirugía). Indicador: número de protocolos realizados. Estándar: uno para cada UCI = 2.
3. Revisión del Consentimiento Informado al final del ciclo. Estándar del indicador: consentimiento aprobado e introducido en Intranet.
4. Evaluación de la analgesia postoperatoria mediante escalas adecuadas por grupos de edad, una vez puestos en marcha los protocolos.
5. Encuesta de satisfacción del tratamiento del dolor en pacientes (niños y padres)
6. Encuesta de satisfacción a los miembros del hospital infantil.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto 12 meses: febrero 2010 a febrero 2011.

Formación del grupo de trabajo: febrero 2010
Borrador de protocolos de analgesia: marzo a mayo 2010
Puesta en funcionamiento de los protocolos: junio a octubre 2010
Consentimiento Informado: marzo a junio 2010
Evaluación de la analgesia postoperatoria: noviembre 2010
Curso de actualización a enfermería: diciembre a enero 2010
Encuesta de satisfacción a padres y personal: enero a febrero 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 4 Tablets PC	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 179

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION DE ANTIGENEMIA DE CITOMEGALOVIRUS, CULTIVO DE VIRUS DE LA GRIPE Y INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA DE VIRUS RESPIRATORIOS

2. RESPONSABLE ..... MANUEL OMEÑACA TERES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARÍA JOSÉ REVILLO PINILLA
PILAR EGIDO LIZÁN
MARÍA DOLORES YAGÜE LARRIBA
MARÍA DOLORES SABATÉ AINETO
ROSA LISBONA JIMÉNEZ
CONCEPCIÓN GRACIA PASCUAL
LOURDES PUERTA GÓMEZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto se origina en el año 2003 con la la formación de un grupo de mejora de la calidad . Este mismo año se publica la norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competenia .Esta norma, dirigida a la acreditación de los laboratorios clínicos, contempla tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, e incluye la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales.
El objetivo de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 15189 es llevar a cabo de manera eficaz la gestión de la la actividad de un laboratorio clínico.

En el año 2004 se establece la prioridad de la unidad de Virología por ser única en nuestra comunidad autónoma y por tanto servicio de referencia de la misma

Hasta Octubre de 2006 la metodología del proyecto se estructura a través de
-Sesiones de trabajo con el personal de la unidad de Virología.
-Elaboración de los documentos requeridos por Norma.
-Sesiones de comunicación con los facultativos y resto de personal del Servicio.
-Establecimiento de indicadores de calidad: Cumplimento del plazo de entrega de resultados y errores en la preanalítica de la sección de virus.

En octubre de 2006 SALUD solicita a una consultora para abordar la acreditación de los laboratorios clínicos de 9 hospitales de la comunidad cambiando el rumbo de la metodología. El proceso de implantación en el laboratorio se plantea ahora en tres fases de acuerdo con la consultora.
1. Análisis de requisitos: Conocer la actividad que se desarrolla en el laboratorio, obtención de información sobre la estructura jerárquica y funcional, verificación de procedimientos y documentación con el fin de mantener o adecuar estos a los requerimientos de la norma 15189.
2. Implantación: Instrucciones de trabajo y talleres.
3. Evaluación: Auditoría de evaluación, internas y externas.
4. En octubre de 2008 se solicita la auditoria externa a ENAC (entidad Nacional de Acreditación.
5. En Marzo de 2009 se realiza la auditoria esterna.

La auditoría externa realizada por ENAC en Marzo de 2009 tiene como resultado la acreditación de la Unidad de Virología para las técnicas de antigenemia de citomegalovirus, cultivo del virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios con nº de Acreditación 742/LE1584 y fecha de entrada en vigor 25/09/2009.
La acreditación no es el resultado de un proceso puntual. ENAC evalúa regularmente a las entidades acreditadas, comprobando que mantienen su competencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 179

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION DE ANTIGENEMIA DE CITOMEGALOVIRUS, CULTIVO DE VIRUS DE LA GRIPE Y INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA DE VIRUS RESPIRATORIOS

técnica mediante visitas de seguimiento y auditorías de reevaluación.
La primera visita de seguimiento se realiza en un plazo no superior a un año desde la concesión de la acreditación y los siguientes seguimientos se realizan no más tarde de 18 meses desde la última visita, notificando la fecha a la entidad con antelación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantenimiento de la acreditación conseguida en el año 2009 en la unidad de virología para las técnicas de antigenemia, cultivo de virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar los procedimientos de recepción de muestras y actualización de los mismos si es necesario.
Impartir talleres de formación al personal adscrito al alcance de Virología
Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando los registros técnicos con el responsable técnico de la unidad de virología.
Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando los registros de calidad de la unidad de virología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Formación del personal adscrito
Indicador: Nº personas formadas/Nº personas adscritas a virología)*100
Objetivo a alcanzar =>90%

Mantener actualizados los registros técnicos
Indicador: Nº de registros actualizados/Nº registros totales* 100 Objetivo a alcanzar =>90%

Mantener actualizados los registros de calidad
Indicador: Nº de registros actualizados/Nº registros totales* 100
Objetivo a alcanzar =>90%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Febrero 2010
Fecha de finalización: Noviembre 2010
Actividades 2010
Revisar los procedimientos de recepción de muestras: Febrero
Impartir talleres al personal adscrito al alcance de Virología: Febrero
Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana, monitorizando registros técnicos con el RT: Mayo y Noviembre Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana, monitorizando los registros de calidad: Mayo y Noviembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador	650 €
· Material oficina	300 €
· Inscripción congreso	250 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. El número de participantes en el Proyecto de Mejora de la Calidad se ha sobrepasado sobre lo recomendado debido a la imposibilidad de excluir a alguna persona del equipo, dada la implicación de todos ellos en el proyecto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 293

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA MEDIANTE LA REALIZACION DE BLOQUEOS NEVIOSOS PERIFERICOS

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO ORTEGA LAHUERTA
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA ENGUITA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ANESTESIA Y REANIMACIÓN
CONSUELO GÓMEZ MUÑOZ-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ANESTESIA Y REANIMACIÓN
CONCEPCIÓN CASINELLO OGEA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ANESTESIA Y REANIMACIÓN
JOSÉ VIÑUALES CABEZA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ANESTESIA Y REANIMACIÓN
CONCEPCIÓN FRACA CARDIEL-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ANESTESIA Y REANIMACIÓN
PEDRO ARAUZO PÉREZ-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ANESTESIA Y REANIMACIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La artrosis de rodilla es una de las causas principales de morbilidad, discapacidad y aislamiento social en mayores de 65 años.
La artroplastia total de rodilla (ATR) es el GRD más frecuente en el Sº de Cirugía Ortopédica y Traumatología y el 5º GRD más frecuente del Hospital Universitario Miguel Servet (datos del primer semestre de 2009), realizándose cada ño entre 500 y 550 ATR.
Los pacientes sometidos a ATR son generalmente ancianos y con otras enfermedades asociadas, por lo que es importante elegir una ténica analgésica que minimice los efectos secundarios y proporcione un correcto alivio del dolor, ya que una óptima analgesia postoperatoria favorece la recuperación funcional y disminuye la morbilidad postoperatoria.
La administración intravenosa de opiáceosy la analgesia epidural han sido los métodos analgésicos más utilizados en las últimas décadas. En los últimos años numerosos estudios están demostrando que los bloqueos nerviosos periféricos controlan el dolor postoperatorio tras una ATR con la misma eficacia que la analgesia epidural y mejor que la administración intravenosa o subcutánea de opiáceos, además, es menor la incidencia de efectos secundarios y la gravedad de los mismos.
Mejorar la atención al dolor agudo postoperatorio es una de las líneas de mejora identificadas por el grupo de calidad de la sección de anestesia y reanimación del HRTQ. Entre todos los procesos se ha priorizado la atención a la ATR por ser el proceso más frecuente y probablemente también el más doloroso
BIBLIOGRAFÍA:
Hebl JR, Dilger JA, Byer DE, Stevens SR, Pagnano MW, et al. A pre-emptive multimodal pathway featuring peripheral nerve block improves perioperative outcomes after major orthopedic surgery. Reg Anesth pain Med 2008; 33:510-17
Fisher HBJ, Simanski CJP, Sharp C, Bonnet F, Camu F, Neugebauer EAM, et al. A procedure-specific systematic review and consensus recommendations for potoperative analgesia following total knee arthroplasty. Anaesthesia 2008; 63: 1105-1123.
Richman JM, Spencer SL, Courpas G, Wong R, Rowlingson AJ, McGready J, et al. Does continuous peripheral nerve block provide superior pain control to opioids?. A meta-analysis. Anesth Analg 2006; 102: 248-57
Fowler SJ, Symons J, Sabato S, Myles PS. Epidural analgesia compared with peripheral nerve blockade after major knee surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Br J Anaesth 2008; 100: 154-64

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Protocolo que se aplicará a todos los pacientes intervenidos de ATR para conseguir una intensidad del dolor medida mediante escala verbal analógica igual o menor de 3 durante toda la estancia hosptalaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración del protocolo. Juan Pablo Ortega Lahuerta

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 293

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA MEDIANTE LA REALIZACION DE BLOQUEOS NEVIOSOS PERIFERICOS

Información a los componentes de la sección de Anestesia y Reanimación del HRTQ
Información a los componentes de la Unidad de Rodilla. Consuelo Gómez Muñoz
Formación del personal de enfermería en el manejo de escalas verbales para medir la intensidad del dolor. José Viñuales Cabeza

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Cumplimiento del protocolo: nº de historias con registro de EVA/nº de pacientes operados de ATR
- Eficacia del protocolo: nº de pacientes con EVA < 3/ nº pacientes operados de ATR
l- Los indicadores se van a monitorizar haciendo semestramnte revisiones aleatorias de las historias clínicas durante una semana

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo. Abril 2010
Información y Formación. Mayo 2010
Evaluación del cumplimiento y eficacia del protocolo. Diciembre2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material fungible	1.500 €
· Comunicación congreso SEDAR 2011	120 €
· Informatización base de datos dolor postoperatorio	1.500 €
Total	3.120 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 108

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE TOMA DE TENSION ARTERIAL EN LA CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES PAMPLONA NERI
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA (CONSULTAS EXTERNAS)
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE VELILLA MARCO-MEDICO-H.U. MIGUEL SERVET SERVICIO M.I.
LUIS SAEZ COMET-MEDICO-H.U. MIGUEL SERVET SERVICIO M.I

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la consulta de Medicina Interna se atiende a pacientes con pluripatologías, de las cuales,una muy frecuente es la hipertensión arterial, o el mal control de la misma, lo que conlleva un aumento del Riesgo Cardio-Vascular (RCV).
El estudio y posterior tratamiento de estos pacientes requiere una exacta toma de su presión arterial, por lo que ya se viene realizando, en la consulta, la colocación de MAPAs (Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial) durante 24 horas, y la toma de TA con el método tradicional. No obstante se requeriría un registro más preciso, con un aparato más fiable y exacto para poder tomar así las decisiones terapéuticas oportunas y no hacer vagar al paciente con pruebas innecesarias.
Existen en el mercado aparatos profesionales de uso hospitalario de la casa Omron (los más fiables)que realizan automáticamente varias tomas consecutivas obteniendo la media aritmética de ellas y así se disminuye considerablemente el fenómeno de "bata blanca". Además sería recomendable que estuviera equipado con una conexión para el ordenador para poder acceder a una base de datos de pacientes con hipertensión y alto Riesgo Cardio-Vascular

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Toma de TA ajustada a la realidad, minimizando los efectos del fenómeno de alerta o "bata blanca".
Evitar sobretratamientos debidos a este fenómeno de "bata blanca".
Disminuir el número de pruebas complementarias si no son debidamente necesarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Toma de TA a los pacientes co HTA (Enfermera: Mª Dolores Pamplona)
Detección precoz del aumento del Riesgo Cardio-Vascular (Dr. Velilla y Dr. Sáez)
Creación de una base de datos para el seguimiento de los pacientes con alto RCV. (Dr. Velilla, Dr. Sáez y DUE Mª Dolores Pamplona)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Toma de TA al 90% de los pacientes citados en la Consulta de Medicina Interna.
Detección precoz de HTA y de aumento del RCV y elaboración de base de datos, con determinación del riesgo cardiovascular al 90% de los pacientes mayores de 50 años.
Disminución al mínimo del síndrome de "bata blanca" en la consulta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2.010:
Iniciar las tomas de TA estandarizadas en cuanto se disponga del aparato en la consulta.
Elaboración de base de datos para la detección de aumento de RCV.
ABRIL 2.010:
Inicio recogida de datos en la base de datos diseñada.
ABRIL 2.010-MARZO 2.011:
Recogida de datos de RCV de los pacientes.
Análisis mensual de los pacientes a los que se les ha tomado la TA y calculado el RCV.
FEBREBO-MARZO 2.011:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 108

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE TOMA DE TENSION ARTERIAL EN LA CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Evaluación de los resultados e indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Omron 907 (HEM-907-E) Tensiómetro de brazo Intellisense	700 €
· Portátil con pantalla táctil modelo Assus TM91T	600 €
· Material fungible y de papelería (*)	200 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. (*) Material fungible y de papelería gastos de envío, baterías, folios, tinta impresora)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 499

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA HISTORIA ELECTRONICA (PCH)

2. RESPONSABLE ..... PEDRO PARRILLA HERRANZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAFAEL MARRÓN TUNDIDOR - MÉDICO - HOSPITAL U. MIGUEL SERVET - DIRECTOR SISTEMAS DE INFORMACION DE URGENCIAS (PCH) Sº ARAGONÉS DE SALUD
ELENA RICARTE URBANO - MÉDICO - HOSPITAL U. MIGUEL SERVET - SERVICIO URGENCIAS - RESPONSABLE CALIDAD SERVICIO URGENCIAS
MARÍA JESÚS HERNANDEZ NAVARRETE - MÉDICO - HOSPITAL U. MIGUEL SERVET - SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ - MÉDICO - HOSPITAL U. MIGUEL SERVET - SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA
LUIS MANUEL CLARACO VEGA - MÉDICO - HOSPITAL U. MIGUEL SERVET - SERVICIO URGENCIAS
MARÍA ROSARIO MARTÍNEZ HERRÁEZ - MEDICO - HOSPITAL U. MIGUEL SERVET - SERVICIO URGENCIAS
ANTONIO JIMÉNEZ VALVERDE - MÉDICO - HOSPITAL U. MIGUEL SERVET - SERVICIO URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El establecimiento de sistemas de alertas epidemiológicas que permita avisar e informar a los profesionales que trabajan en un servicio de urgencias hospitalario (SUH), ya desde el área de triaje, de que hay que seguir un determinado protocolo de actuación con un paciente debido a una circunstancia epidemiológica, es extremadamente útil y es fundamental para establecer sistemas de seguridad clínica eficientes. Con la implantación de la historia clínica informatizada en el servicio de urgencias: Puesto Clínico Hospitalario de Urgencias (PCH), surge la oportunidad de implementar este tipo de protocolos, que sin ayuda de las Tecnologías de la Información (TIC) serían imposibles de poner en marcha. A través de PCH es posible establecer alarmas epidemiológicas y generar correos electrónicos de manera automatizada que avisen a los servicios de medicina preventiva, jefe de urgencias…

Pero para ello es preciso establecer las fuentes de información que van a nutrir el sistema de alarmas, que fundamentalmente debe proceder del servicio de microbiología del hospital. A su vez se deben establecer los circuitos para que esta información se mantenga actualizada y esta utilidad sea efectiva. Así como elaborar los protocolos a seguir en caso de que se produzca un aviso epidemiológico.

Además el sistema debe ser flexible, ya que debe ser capaz de introducir mejoras si se detectan fallos en cualquiera de las etapas del proceso, así como ser capaz de poder introducir nuevas alarmas y protocolos ante nuevas situaciones epidémicas detectadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer un circuito de información estable entre el servicio de urgencias, microbiología y medicina preventiva que mantenga una información activa y actualizada de las BBDD que mantienen las diferentes alertas establecidas
- Establecer los protocolos a seguir en caso de la detección de una alerta epidemiológica.
- Que todos los profesionales de urgencias sepan actuar ante una situación de alerta epidemiológica en el SUH.
- Establecer unos flujos de información útiles y eficientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para establecer los circuitos es preciso identificar un responsable del SU que sea el interlocutor con el servicio de microbiología y preventiva.
Los pacientes con algún tipo de las alerta epidemiológica (TBC, SARM, Gripe A…) deben ser introducidos en las bases de datos (BBDD) de la aplicación informática y es necesario mantenerlas actualizadas en cuanto a la negatividad y positividad de los pacientes.

Para conseguir los objetivos planteados es preciso identificar a los responsables de cada servicio que van a formar parte del grupo encargado de mantener

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 499

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA HISTORIA ELECTRONICA (PCH)

actualizadas estas BBDD. Así como crear un grupo de trabajo estable que se encargue de proponer las alertas epidemiológicas que se crean oportunas.

A su vez establecer las medidas preventivas adecuadas a cada una de las situaciones a través de protocolos es imprescindible para conseguir resultados en salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes con alerta epidemiológica establecida que son identificados desde el área de triaje por este sistema
- Porcentaje de respuestas a los correos electrónicos generados por las alarmas epidemiológicas
- Pacientes identificados a los cuales se les ha aplicado el protocolo correspondiente
- Porcentaje de falsos positivos/falsos negativos en el sistema (mide el correcto mantenimiento de la BBDD)
- Encuesta de satisfacción de usuarios (profesionales) del sistema de alertas.

Al encontrarse el sistema de información de urgencias (PCH) totalmente informatizado se puede obtener indicadores fiables y automatizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. El programa se iniciará con la creación del grupo de trabajo: MES DE ABRIL-2010
2. Identificación de los responsables del mantenimiento de las BBDD. Por el servicio de urgencias, por el servicio de microbiología y por el servicio de medicina preventiva del hospital (ABRIL-2010)
3. Consenso de las alertas epidemiológicas a implementar en esta primera fase (MAYO-2010)
4. Elaboración de los protocolos a seguir cuando se activa una determinada alerta (TBC, SARM…)
5. Establecimiento del circuito de información (Servicio de urgencias-microbiología-Medicina Preventiva)
6. Entrenamiento del responsable de urgencias en la introducción de la información en las BBDD de PCH (MAYO-2010). El entrenamiento se impartirá por los responsables del aplicativo informático PCH a nivel autonómico.
7. Formación de los usuarios de PCH, fundamentalmente del personal de enfermería que se encarga del triaje.(MAYO-2010)
8. Información a los profesionales que trabajan en el servicio de urgencias de los protocolos a seguir ante cada alerta epidemiológica activada (MAYO-2010)
9. Utilización de esta nueva funcionalidad desde el Sistema informático: Monitorización mensual de las alertas con los indicadores indicados (JUNIO-NOVIEMBRE 2010)
10. Evaluación de los resultados e introducción de medidas correctoras para depurar los circuitos (DICIEMBRE 2010)
11. Encuesta de satisfacción a los usuarios

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material apoyo informático (tablet pc)	1.100 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES. La introducción de las herramientas informáticas en el ámbito de la asistencia sanitaria permite implementar sistemas de seguridad tanto para los profesionales, como para los pacientes. Pero antes de introducir estas funcionalidades en la práctica diaria hay que tener bien diseñados y establecidos los circuitos funcionales. De nada sirve tener alertas si luego no se sabe qué hacer con ellas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 462

1. TÍTULO

INFECCIONES SEVERAS EN PACIENTES REUMATICOS CON TERAPIAS BIOLOGICAS (INFLIXIMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, TOCILIZUMAB, ABATACEPT, RITUXIMAB)

2. RESPONSABLE ..... ANGELA PECONDON ESPAÑOL
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHESÚS BELTRÁN AUDERA-MEDICO REUMATOLOGO-CME SAN JOSE (HUMS)
EUGENIO GIMÉNEZ ÚBEDA-MEDICO REUMATOLOGO-CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
FERNANDO JIMÉNEZ ZORZO-MEDICO REUMATOLOGO-HUMS
JESUS MARZO GRACIA-MEDICO REUMATOLOGO-CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
MARTA MEDRANO SAN ILDEFONSO-MEDICO REUMATOLOGO-HUMS

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

Las denominadas terapias biológicas en reumatología son fármacos de diagnóstico hospitalario que pertenecen al grupo fármaco-terapéutico de agentes inmunosupresores que actúan de forma selectiva sobre el sistema de la inflamación, ya sea sobre mediadores químicos tipo citocinas o sobre los mediadores celulares (cel T/cel B), con el objetivo de modular la disfunción o desequilibrio que subyace en la patogenia de las artropatías autoinmunes y modificar o controlar así la enfermedad.
En España y a fecha de hoy, para la artritis reumatoide los biológicos que tienen indicación terapéutica en primer nivel terapéutico (enfermedad severa y refractaria a los tratamientos convencionales) son los anti-TNF (infliximab, adalimumab y etanercept) y tocilizumab. Y en el segundo nivel (pacientes sin respuesta a fármacos de 1er nivel) un anti-linfocito CD20 denominado rituximab. En el caso de pacientes con Espondilitis anquilosante 1ª o 2ª u otras espondiloartropatías con enfermedad refractaria a tratamiento convencional los agentes biológicos indicados son los anti-TNF.
Un número importante de pacientes con artropatías crónicas, estimado en aproximadamente al menos una tercera parte, necesitan tratamiento con algún biológico,
La experiencia clínica acumulada hasta el momento nos indica que en algunos casos tratados con este tipo de fármacos y como efecto no deseado se ven comprometidas las defensas frente a la infección dando lugar a un cierto incremento de la tasa de infecciones generalmente leves y de forma más ocasional graves. Estas últimas relacionadas también con otros factores como la comorbilidad, edad, tipo de fármacos,...
El objetivo de este proyecto es conocer la tasa de infecciones severas en nuestros pacientes en el año 2010 y como se reparten por fármaco biológico. Consideraremos infecciones severas las que hayan precisado ingreso hospitalario para diagnóstico/tratamiento.
El método de detección consistirá en que el facultativo especialista responsable del paciente le preguntará en cada una de las revisiones/controles en nuestras consultas, realizando comprobación en la historia hospitalaria y/o informes de alta y notificándolo a continuación al responsable del área de terapias biológicas (Dr Manero), quién será el encargado del registro de notificaciones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la tasa de infecciones severas entre los pacientes con artropatías crónicas autoinmunes tratados con biológicos en nuestro servicio durante el año 2010 tanto de forma global como de forma más individualizada para cada uno de los grupos terapéuticos: anti-TNF, tocilizumab, rituximab

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Informar al personal del servicio de los objetivos de este proyecto de calidad. Responsable: Dra Ángela Pecondón Español.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 462

1. TÍTULO

INFECCIONES SEVERAS EN PACIENTES REUMATICOS CON TERAPIAS BIOLOGICAS (INFLIXIMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, TOCILIZUMAB, ABATACEPT, RITUXIMAB)

2.Elaboración de base de datos para la inclusión de acontecimientos adversos. Responsable: Dr FJ Manero.
3.Elaboración de una plantilla especifica para realizar las comunicaciones. Responsable: Dr FJ Manero
4.Preguntar al paciente con artropatía crónica y terapia biológica en cada una de las visitas por posibles procesos infecciosos intercurrentes y tratamiento que ha precisado (y corroborarlo en caso positivo). Responsable: Facultativo responsable del paciente.
5.Comunicar los casos de infecciones graves al encargado del área de biológicos. Responsable: Facultativo responsable del paciente.
6.Recogida y análisis en nov-dic de todos los casos registrados en la base de datos durante 2010. Responsable: Dra Ángela Pecondón Español.
7.Informar de los resultados de las evaluaciones a los miembros del servicio – grupo de mejora (en tiempo destinado a sesión clínica). Responsables: Dra: Angela Pecondón Español y Dr F.Javier Manero Ruiz..
8.Una vez conocidos los resultados de las evaluaciones, discutir/sugerir puntos susceptibles de mejora. Responsables: Grupo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.(Nº de pacientes tratados con T biológica que desarrollan infecciones severas/ Nº total de pacientes tratados con T biológica en 2010) x 100.
2.(Nº de pacientes tratados con anti_TNF (INFLIXIMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT) que desarrollan infecciones severas/Nº total de pacientes tratados con anti_TNF en 2010) x 100.
3.(Nº de pacientes tratados con INFLIXIMAB que desarrollan infecciones severas/Nº total de pacientes tratados con INFLIXIMAB en 2010) x 100.
4.(Nº de pacientes tratados con ADALIMUMAB que desarrollan infecciones severas/Nº total de pacientes tratados con ADALIMUMAB en 2010) x100.
5.(Nº de pacientes tratados con ETANERCEPT que desarrollan infecciones severas/Nº total de pacientes tratados con ETANERCEPT en 2010) x100.
6.(Nª de pacientes tratados con ABATACEPT en 2010 que desarrollan infecciones severas graves/nº total de pacientes tratados con abatacept en 2010) x 100.
7.(Nº de pacientes tratados con RITUXIMAB que desarrollan infecciones severas/Nº total de pacientes tratados con rituximab en 2010) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Informar al conjunto del servicio una vez que haya sido admitido el proyecto.
2.Realizar base de datos para almacenar los acontecimientos adversos y plantilla específica a través de la cual realizar las comunicaciones.
3.Recogida de casos por los facultativos responsables de los pacientes durante todo el año 2010.
4.Análisis de resultados en noviem-dic 2010.
5.Informar de los resultados al servicio en dic 2010 o enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador de sobremesa	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE SCREENING DE STAPHYLOCOCCUS AUREU RESISTENTE A LA METICILINA EN PACIENTES EN DIALISIS

2. RESPONSABLE ..... JESUS PEREZ PEREZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERTO SANJUÁN HERNANDEZFRANCH-MEDICO-HUMS-NEFROLOGÍA
Mª JESÚS HERNÁNDEZ NAVARRETE-MÉDICO-HUMS-MEDICINA PREVENTIVA
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
Mª JOSE REVILLO PINILLA-MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
RAQUEL PERNAUTE LAVILLA-MÉDICO-HUMS-NEFROLOGÍA
CRISTINA GONZALO ORTEGA-DUE-HUMS-MICROBIOLOGÍA
DOLORES GONZÁLEZ PUÉRTOLAS-DUE-HUMS-NEFROLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La detección creciente de gérmenes multirresistente causantes de infección nosocomial esta adquiriendo relevancia universal entre los profesionales sanitarios y un importante problema para las organizaciones que prestan cuidados de salud y para los propios pacientes.
En Aragón hay una elevada prevalencia de SAMR vs. Staphylococcus aureus meticilin sensible (SAMS) (47,5%) respecto al resto de comunidades, según datos del Proyecto EPINE.
En pacientes dializados puede puede variar de. 2.3% al 21.7% de pacientes colonizados con SAMR. Las infecciones invasivas pueden llegar a ser 100 más que en la población general (Johnson et al) y puede originar el 18,4% de las peritonitis(Szeto et al)
Dada la importancia de estos datos y la trascendencia para la seguridad del paciente los Servicios de Diálisis, Medicina Preventiva y Microbiología del HUMS iniciaron un programa de mejora continua respecto al SAMR en el año 2009 y que se debe de continuar.
La importancia en diálisis viene dada porque 35.7% de los pacientes dializados y que están colonizados por SAMR, desarrollan infección. La dinámica actual de los pacientes en diálisis con un progresivo incremento de la edad y la comorbilidad, condicionan la utilización del catéter permanente como acceso vascular, creando un grupo de pacientes especialmente expuestos a la contaminación e infección del catéter por el SAMR
Un retraso significativo, por vigilancia pasiva, en la detección de pacientes colonizados por SAMR, que actuaban de reservorio en la transmisión del germen. En esos pacientes, existe un elevado nivel de evidencia (IA) respecto a dos actuaciones para la minimización o reducción de la infección nosocomial por SAMR :
- La introducción de un sistema de vigilancia activa y cribado en pacientes o unidades de riesgo era un criterio para el control y minimización de riesgo de transmisión e infección nosocomial por SAMR
- La adhesión de precauciones de contacto en pacientes colonizados/infectados por SAMR

El objetivo fundamental del proyecto es implantar un sistema de vigilancia activa y chequeo en pacientes/unidades de riesgo, con la consecuente rápida implantación de medidas de barrera a la transmisión (precauciones cutáneas) y tratamiento descolonizador adecuado
SITUACIÓN ACTUAL: Nuestros datos actuales de portadores (1,2%), que sólo hacen referencia a los pacientes dializados ambulatorios.
JUSTIFICACIÓN
La brecha digital de nuestra organización no permite detectar de forma rápida automática a la población diana. La detección debe basarse en una alerta individual de los profesionales que atiendan a los pacientes.
Por ello la priorización de la población diana de nuestro hospital se ha basado en unos mínimos fácilmente identificables por los profesionales de la salud, y uno de los colectivos que presentan riesgo es el de los dializados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se realizaron Frotis nasales a todos los pacientes dializados para la detección de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SAMR).
Se hizo el seguimiento de las bacteriemias en los pacientes de hemodiálisis producidas por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SAMR).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE SCREENING DE STAPHYLOCOCCUS AUREU RESISTENTE A LA METICILINA EN PACIENTES EN DIALISIS

Resultados: - Ningún episodio de bacteriemia por SAMR
- Dos pacientes portadores de SARM, tratados según protocolo y controles posteriores negativos.

Indicadores:
Incidencia de bacteriemias nosocomiales por SAMR en diálisis (%): 0 %
Proporción de pacientes a los que se les realiza el chequeo de SAMR (%): 100 %

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Detectar casos nuevos, para evitar la trasmisión a otros pacientes.
2.Mantener la medida del lavado de manos con soluciones hidroalcohólicas
3.Tratar los portadores para evitar la infección.
4.Control cada 6 meses para detectar nuevas colonizaciones
5.Controlar cada 2 meses los pacientes detectados como positivos, y que se han negativizado con tratamiento, ya que tienden a recolonizarse.
6.Implantar una sistemática de prevención y tratamiento en los protocolos de trabajo de la Unidad de Diálisis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Toma de muestras nasales cada 6 meses a todos los pacientes dializados, responsable Diálisis y cada 2 meses los que han resultado positivos en algún momento
Cultivo de las muestras, responsable Microbiología
Tratamiento de los pacientes colonizados, responsable Diálisis
Chequeo de los familiares, si no se tiene éxito en la descolonización, responsable Medicina Preventiva.
Disminuir los aislamiento de pacientes colonizados en la hospitalización, ya que al ser descolonizados no será necesario, responsable Medicina Preventiva

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NOMBRE DEL INDICADOR:
Incidencia bacteriemias nosocomiales por SAMR en Diálisiis
Área relevante: HUMS
Dimensión: ientífico-técnica-Efectividad
Criterio de calidad: Mejorar la seguridad de los pacientes de adquirir IN por SAMR.
Justificación: La infección nosocomial de bacteriemia es considerada el “patrón” de control. El screening al ingreso ha demostrado reducir la incidencia de bacteriemia
Fórmula: (Nº de bacteriemia por SAMR en Diálisis/Nº de pacientes dializados) x 100
Explicación de términos: La bacteriemia en pacientes de diálisis, nosocomial o comunitaria, se conseguirá de las bases de datos de Medicina Preventiva (nosocomial) y Microbiología (comunitaria). Se incluyen todo tipo de bacteriemias: primarias, secundarias y asociadas a catéter. El denominador lo aportara el sistema de vigilancia de IN del SMP
Tipo de indicador: De proceso Indicador Centinela
Estándar: No hay
Fuente de datos: HªCª, Sistema de Vigilancia de IN de MP y datos de resultados del Servicio de Microbiología
Población: Todos los pacientes de diálisis que lleve a cabo el screening
Responsable obtención: El Servicio de Medicina Preventiva, Microbiología y diálisis
Periodicidad Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo de SAMR
Área relevante: Diálisis

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE SCREENING DE STAPHYLOCOCCUS AUREU RESISTENTE A LA METICILINA EN PACIENTES EN DIALISIS

Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes chequeados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo
Justificación: Los pacientes portadores nasales de SAMR son el principal reservorio de transmisión del germen. El tiempo que transcurre sin detectarlos en un periodo latente de transmisión
Fórmula: (Nº de pacientes con chequeo / Nº total pacientes ingresados en Unidad) x 100
Explicación de términos: Todos los pacientes que se les practica diálisis
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: >50%
Fuente de datos: Datos de dialiszados del servicio de Nefrología y microbiología para el numerador
Población: Todos los pacientes dializados
Responsable obtención: Medicina Preventiva, Microbiología y Diálisis
Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción de portadores de SAMR en pacientes admitidos en la unidad de riesgo
Área relevante: HUMS
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Mejorar la detección de pacientes portadores en el momento del ingreso en una unidad o durante el período de diálisis
Justificación: Los pacientes portadores nasales de SAMR son el principal reservorio de transmisión del germen. El tiempo que transcurre sin detectarlos en un periodo latente de transmisión
Fórmula:(Nº de pacientes de riesgo con chequeo positivo para SAMR/ Nº total pacientes de riesgo con chequeo)x 100
Explicación de términos: Los pacientes considerados de riesgo serán, todos los definidos en el protocolo.
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: = 5%
Fuente de datos: Datos agregados de admisión (denominador); datos de medicina preventiva y microbiología para el numerador
Población: Todos los pacientes considerados de riesgo
Responsable obtención: El Servicio de Medicina Preventiva y Microbiología
Periodicidad: Anual
Responsable obtención: El Servicio de Medicina Preventiva y Microbiología
Periodicidad: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Continúar con el iniciado el año pasado con la modificación de realizar dos tomas al año, excepto los pacientes portadores, sometidos a tratamiento cada 2 meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. El pasado año se establecio este proceso de calidad con un resultado excelente y creo neceario mantenerlo para confirmar los resultados, calibrar la magnitud del problema en nuestro centro y valorar la posibilidad de su implantacion como protocolo clinico en el tratamiento de los pacientes en diálisis y su implantacion en los centros concertados de diálisis

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 193

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD CLINICA EN LAS ENFERMEDADES MAS PREVALENTES DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO PORTOLES SUSO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MÓNICA ODRIOZOLA GRIJALBA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Mª PAZ REVILLO PINILLA-MÉDICO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ESTHER VALERO TENA-MÉDICO RESIDENTE-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Mª CARMEN VALLEJO RODRÍGUEZ-MÉDICO RESIDENTE-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANA PARDILLOS TOMÉ-MÉDICO RESIDENTE-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANA COMÍN ORCE-MÉDICO RESIDENTE-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro servicio, con arreglo a los cuatro principios de la bioética: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, se ejerce ya la atención a los pacientes de acuerdo con protocolos propios en vía de sistematización y evaluación.
Hemos analizado el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) desde 2005 hasta la actualidad y en el de 2008 último completo, obtenido los siguientes resultados: los diez GRD más frecuentes agrupan el 37,01% del total de las altas de MI y que corresponden a insuficiencia cardiaca, exacerbación de EPOC y anemia como diagnósticos más prevalentes; cercanos a ellos, síncope y síndrome constitucional. Resultados similares se publican en la revisión de 1000000 informes de alta de 2005-6 de los servicios de Medicina Interna de España (Rev Clin Esp. 2009;209 (10):459-466) en el que los 10 GRDs más frecuentes suponían el 34,6% del total de las altas.
Como consecuencia de lo anterior y dado que queremos disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes ingresados, implantamos protocolos desarrollados hasta ahora en nuestro servicio para los diagnósticos antes expuestos y que reevaluaremos e instauraremos definitivamente para la mejor atención de los pacientes: actualizada, lo más inmediata posible y con una mayor y más pronta externalización

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El trabajo realizado hasta ahora, con protocolos propios en vía de sistematización y evaluación cuyo cumplimiento ha sido muy variable

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la variabilidad.
Aumentar la seguridad.
Disminuir estancia media.
Mejorar la formación de los especialistas.
Mejorar la docencia pregrado y postgrado.
Coordinación con Urgencias.
Adecuación de las estancias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Inicialmente se centralizará la actuación, la aplicación de protocolos, en la planta 10ª y sólo por un médico, posteriormente, en una segunda fase, la extensión de este sistema al resto de los médicos de la planta y en una tercera fase al resto del servicio, tras conseguir los cambios que pretende la actuación.
La responsabilidad de la primera fase recaerá en el responsable del proyecto y en los colaboradores
-Búsqueda bibliográfica
-Elaboración de los protocolos
-Presentación en sesión clínica, discusión y consenso
-Consenso con servicios implicados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 193

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD CLINICA EN LAS ENFERMEDADES MAS PREVALENTES DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

-Presentación para su aprobación en la Comisión de Tecnología
-Elaboración del díptico para cada protocolo (pequeña guía para el especialista)
-Inclusión en Intranet
-Implantación
-Evaluación
-Propuesta de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de cada protocolo
Nº de protocolos aprobados: Estándar 5.
Nº de protocolos evaluados en el año. Estándar 4 (los protocolos se evaluarán según los indicadores de cada uno de ellos)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -La responsabilidad de la primera fase recaerá en el responsable del proyecto y en los colaboradores: febrero 2010
-Búsqueda bibliográfica: febrero 2010
-Elaboración de los protocolos: marzo-abril 2010
-Presentación en sesión clínica, discusión y consenso: abril y mayo 2010
-Consenso con servicios implicados: mayo 2010
-Presentación para su aprobación en la Comisión de Tecnología: junio 2010
-Elaboración del díptico para cada protocolo (pequeña guía para el especialista): junio 2010
-Inclusión en Intranet
-Implantación: junio 2010
-Evaluación: noviembre 2010
-Propuesta de mejora: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Un ordenador de sobremesa	500 €
· Una impresora lasser multifunción (más escáner, fotocopiadora y fax)	300 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 480

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTANEO (SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE 2009)

2. RESPONSABLE ..... TERESA DE JESUS PUERTOLAS HERNANDEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERESA BARINGO FUENTES - MEDICO - MEDICINA NUCLEAR - H. U. MIGUEL SERVET
ROSA BALDELLOU - MÉDICO - DERMATOLOGÍA - H. U. MIGUEL SERVET
PABLO MARÍN - MÉDICO - CIRUGÍA GENERAL - H. U. MIGUEL SERVET
PILAR CEBOLLERO BENITO - MÉDICO - CIRUGÍA GENERAL - H. U. MIGUEL SERVET
JORGE ALFARO - MÉDICO - ANATOMÍA PATOLÓGICA - H. U. MIGUEL SERVET
ENRIQUE MONCLÚS - MÉDICO - CIRUGÍA PLÁSTICA - H. U. MIGUEL SERVET
ELENA DEL VALLE - MÉDICO - ANATOMÍA PATOLÓGICA - H. U. MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante estos tres últimos años, desde el subcomité del melanoma maligno cutáneo (MMC) del Hospital Miguel Servet, hemos estado trabajando para mejorar y homogeneizar la atención que se presta a los pacientes con MMC. Por ello continuamos haciendo reuniones periódicas con el objetivo principal de homogeneizar los criterios en la forma de actuación, para lo que en el subcomité:
- se comentan los casos y se toman decisiones consensuadas sobre la forma de actuar.
- se continúan realizando actividades relacionadas con la descripción del proceso y la realización de la guía de práctica clínica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las actividades realizadas han estado orientadas:
1.- a la difusión del proceso de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el melanoma principalmente a los especialistas directamente implicados en dicho proceso de nuestra área. De esta forma se les ha facilitado a los especialistas del Hospital Nuestra Señora de Gracia el protocolo. Además hemos realizado dos trípticos informativos de pequeño tamaño, para poder llevarlos en el bolsillo, que recogen la información más relevante del proceso de BSGC en el melanoma: uno para especialistas y otro para los médicos de atención primaria.
2.- a la continuación del proceso de BSGC de melanoma en nuestro hospital, manteniendo las reuniones periódicas del subcomité con registro de los pacientes. Además, en dichas reuniones se han actualizado datos (recaída y supervivencia) de los pacientes a los que se les realizó la BSGC en años anteriores.
Los resultados conseguidos han sido:
1 - Comunicación del protocolo a los especialistas directamente implicados en la BSGC en el melanoma del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza
2 - Realización de 2 trípticos informativos: uno para los especialistas con información más detallada y otro para los médicos de cabecera con información más general del proceso
3 - Actualización de los datos referidos a recaídas y supervivencia, de los pacientes a los que se realizó BSGC de melanomas realizados en los años previos, con el fin de detectar posibles “errores” y oportunidades de mejora
4 – En el año 2009, de los 54 pacientes valorados en el comité, no se consideró indicado realizar la BSGC en 14 pacientes (25,92%) por las siguientes causas:
a) en 1 paciente el estudio de extensión demostró la existencia de metástasis a distancia,
b) en 2 pacientes se detectaron metástasis ganglionares regionales,
c) en 7 pacientes no se cumplían los criterios para su realización, al ser el Breslow menor de 1 mm y no tener factores de riesgo asociados,
d) en 2 pacientes la histología definitiva no fue de malignidad
e) en 2 casos eran metástasis ganglionares regionales sin tumor primario evidente
En los 40 pacientes en los que sí estaba indicada la realización de la BSGC, ésta no se realizó en 11 pacientes (27,5%) por las siguientes causas:
a) En 4 pacientes por el tipo de cirugía practicada inicialmente (3 colgajo y 1 resección amplia).
b) En 2 casos no quisieron los pacientes realizarse la BSGC.
c) En 4 casos no se realizó por la edad del paciente y/o la localización.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 480

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTANEO (SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE 2009)

d) En 1 caso fue una consulta de segunda opinión, realizándose finalmente la BSGC en Barcelona, puesto que el paciente reside habitualmente en dicha localidad.
A pesar de que uno de los miembros del grupo ha decidido no seguir dentro del mismo y de que otro de los miembros del grupo ha estado de baja laboral durante unos meses, hemos conseguido mantener las reuniones con un mínimo del 50% de los servicios intervinientes, lo que indica un grado de implicación importante del resto de los miembros del grupo

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos Generales
- Garantizar la continuación con la mejora en la coordinación de los distintos servicios intervinientes.
- Proseguir con actividades encaminadas a disminuir la variabilidad en el diagnóstico, control y seguimiento del Melanoma Maligno.
- Conseguir una mayor optimización y racionalización de los recursos.
- Favorecer la formación continuada de los profesionales intervinientes.

Objetivos específicos
- Difusión de la Guía Clínica de BSGC en el MMC.
- Difusión de los criterios para la realización de la Biopsia del Ganglio centinela en el MMC entre los profesionales directamente implicados y los médicos de familia del sector.
- Mantener las reuniones del subcomité de MMC identificando nuevas áreas de mejora en su funcionamiento, además de continuar con la actualización de los datos de seguimiento de los pacientes a los que se les ha realizado la BSGC.

En la evaluacion de los resultados se han encontrado nuevas oportunidades de mejora relacionadas con las tareas pendientes de la actualización de la Guía Clínica ante nuevas situaciones detectadas como pueden ser las micrometástasis en el ganglio centinela o la existencia de células tumorales aisladas en el ganglio centinela, así como el uso de nuevos marcadores inmunohistoquímicos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades irán encaminadas a la continuación y difusión del proceso así como a la detección de puntos críticos, en cuyo caso se realizará un ciclo PDCA.
A pesar de que las actividades irán encaminadas a los distintos puntos, nos centraremos en destacar las tareas de difusión.

1.- Difusión del triptico informativo sobre el manejo del ganglio centinela en el MMC entre los especialistas directamente implicados en el proceso de nuestra área.
2.- Actualización de la Guía Clínica de BSGC en el MMC
3.- Revision del triptico para los Médicos de Atención Primaria
4.- Difusión del triptico entre los Médicos de Atención Primaria del Sector
5.- Mantener las reuniones del subcomité con hoja de registro de los pacientes.
6.-Evaluación de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº pacientes con MMC con ganglio centinela realizado
Indicador proceso protocolo = Nº pacientes con MMC valorados en comité %

Indicador realización = Nº reuniones subcomité realizadas / Nº reuniones subcomité planificadas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 480

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTANEO (SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE 2009)

Aclaración: Mínimo dos mensuales, excepto periodo vacacional. Los servicios representados serán Anatomía patológica, Cirugía general, Cirugía plástica, Dermatología, Medicina nuclear y Oncología. Deberá haber representantes del 50 % de los servicios para considerarse adecuada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ACTIVIDAD
Reuniones periódicas para comentar pacientes y revisión de BSGC realizadas
RESPONSABLE
Subcomité de Ganglio Centinela en MMC
FECHA
De enero 2010 a diciembre de 2010, dos mensuales salvo periodo vacacional

ACTIVIDAD
Difusión del triptico a especialistas relacionados
RESPONSABLE
Subcomité de Ganglio Centinela en MMC
FECHA FINALIZACIÓN
31 Julio de 2010

ACTIVIDAD
Actualización y difusión de la Guía Clínica
RESPONSABLE
Subcomité de Ganglio Centinela en MMC
FECHA FINALIZACIÓN
31 Julio 2010

ACTIVIDAD
Implantación de la Guía Clínica
RESPONSABLE
Subcomité de Ganglio Centinela en MMC
FECHA FINALIZACIÓN
Noviembre 2010

ACTIVIDAD
Difusión triptico a Médicos Atención Primaria
RESPONSABLES
Subcomité de Ganglio Centinela en MMC
FECHA FINALIZACIÓN
Octubre de 2010

ACTIVIDAD
Evaluación
RESPONSABLE
Subcomité de Ganglio Centinela en MMC
FECHA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 480

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTANEO (SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE 2009)

Diciembre 2010

ACTIVIDAD
Presentación de los resultados
RESPONSABLE
Subcomité de Ganglio Centinela en MMC
FECHA
Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PAPEL PLASTIFICADO PARA IMPRIMIR TRIPTICOS	600 €
· IMPRESIÓN TRIPTICOS	600 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 299

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA DE PRIMERA VISITA. OFTALMOLOGIA PEDIATRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA PUEYO ROYO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INMACULADA GONZÁLEZ VIEJO-MEDICO-HUMS
CONCEPCIÓN FERRER NOVELLA-MEDICO-HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disponibilidad de la plataforma de gestión de información HP-DOCTOR permite el un desarrollo flexible y eficaz dentro de la gestión de datos sanitarios. La gestión de información sanitaria mediante soporte digital permite un acceso más amplio, seguro y confidencial que los métodos tradicionales basados en el papel.
Nuestro objetivo es desarrollar la gestión de datos sanitario mediante HP-DOCTOR dentro de nuestra asistencia clínica habitual, integrando tanto datos clínicos como imágenes derivadas de la exploración en la ficha de cada paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Consolidación de la Historia clínica electrónica como alternativa a la Historia en papel.
2. Desarrollo de protocolos de evaluación de los datos asistenciales, con el objetivo de mejorar nuestra gestión asistencial.
3. Integración de la imágenes de exploraciones en la historia clínica del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de la plantilla de datos de la primera visita de oftalmología pediátrica en plataforma HP-Doctor
2. Creación del informe de consulta vinculado a la plantilla anterior
3. Integración de la información HP-Doctor en la intranet del Área 2

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de historias clínicas de primer día realizadas en soporte digital.
2.Porcentaje de historias clínicas digitales con exploraciones gráficas adjuntas.
3. Número de informes generados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo- Mayo 2010: desarrollo de la plantilla de historia de primer día y soporte digital.
Junio 2010: Inicio de la implantación de la historia clínica informatizada.
Octubre 2010: análisis interino del desarrollo del proyecto. Detección de problemas asociados.
Noviembre-Diciembre 2010: Segunda fase de la instauración del proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- Cámara fotos digital compacta ..... 154 €

Total ..... 154 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 478

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL ALCANCE ACREDITADO CON LA NORMA UNE-EN ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA (HEMATIMETRIA), A LA NUEVA UBICACION Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA.

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL VALLE RECASENS FLORES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICTORIA PAZ GONZÁLEZ RODRÍGUEZ-MÉDICO-SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
MARÍA ÁNGELES MONTAÑÉS GRACIA-MÉDICO-SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JOSÉ FÉLIX LUCÍA CUESTA-MÉDICO(JEFE DE SECCIÓN)-SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ROSA DUQUE MOROS-SUPERVISORA DE ENFERMERÍA-SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
DANIEL RUBIO FÉLIX-MÉDICO(JEFE DE SERVICIO)-SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
MARISA VELA MARQUINA-UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
ARACELI RUBIO MARTÍNEZ-MÉDICO-SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro del Plan Estratégico del Sistema Aragonés de Salud se encuentra la introducción y puesta en marcha de un sistema de calidad basado en normas evaluables externamente como la norma UNE-EN ISO 15189 de competencia técnica en los laboratorios clínicos. Con la implantación de este sistema de calidad en el laboratorio se pretende garantizar la mejor utilización de los recursos, garantizar la competencia técnica y por tanto los resultados. disminuyendo los riesgos derivados de la misma

El proyecto general se viene desarrollando conjuntamente desde hace varios años, involucrando distintos facultativos y servicios de distintos centros, de manera que ha facilitado el intercambio de información y de experiencias entre los profesionales a través de talleres y reuniones conjuntas de trabajo, unificando el esquema de trabajo en todos los laboratorios, (documentación, registros, procedimientos normalizados de trabajo y protocolos), incluyendo la gestión de personal, formación y cualificación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante los años anteriores se ha ido elaborando toda la documentación necesaria para el sistema de calidad facilitando la distribución de dicha documentación mediante su ubicación en la intranet del Servicio aragonés de Salud.

Se realizaron dos cursos de formación dirigidos principalmente al personal de toda la comunidad autónoma más involucrado en el proyecto de acreditación de los laboratorios, coordinados por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Los cursos se centraron este año también en el desarrollo de la implantación de la norma 15189 en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.

Se finalizó la implantación de todas las actividades, documentos y registros, manteniéndose las reunione semanales con todos los responsables de calidad de los laboratorios del hospital Miguel Servet, la unidad de calidad asistencial y la Subdirección Médica de Servicios Centrales

Se envió la documentación a la Entidad Nacional en Acreditación (ENAC), se realizó una revisión previa por la empresa de asesoramiento externo (ICSA) y se llevó a cabo la auditoría externa por ENAC. Se corrigieron las observaciones y no conformidades establecidas por ENAC consiguiendo la acreditación mediante la norma ISO 15189 de los alcances definidos.

El reciente traslado del Servicio de Hematología y Hemoterapia a una diferente ubicación supone una gran modificación en el alcance acreditado que requiere no sólo la modificación del sistema de calidad establecido sino la adaptación a los nuevos cambios y su revisión por la entidad nacional de Acreditación

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El reciente traslado del Servicio de Hematología y Hemoterapia a una diferente ubicación supone una gran modificación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 478

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL ALCANCE ACREDITADO CON LA NORMA UNE-EN ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA (HEMATIMETRIA), A LA NUEVA UBICACION Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA.

en el alcance acreditado que requiere no sólo la modificación del sistema de calidad establecido sino la adaptación a los nuevos cambios y su revisión por la entidad nacional de Acreditación.
Se espera no sólo mantener la acreditación para el actual alcance obtenido sino el inicio del sistema de calidad en nuevos alcances

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisión y cierre de las actividades correctivas pendientes tras la auditoría externa por ENAC para la acreditación de la técnica de Hematimetría. Responsables: Dra Recaséns y Dra González
2.- Introducción de las nuevas ubicaciones en el nuevo edificio de consultas externas dentro del alcance de la acreditación. Responsable: Dra González
3.-Introducción de los nuevos equipos autoanalizadores dentro del alcance de la acreditación, verificación de su puesta a punto. Responsables: Dra González, Dr Lucía
4.-Actualización del personal dentro del alcance de la acreditación. Responsable: Dra González, Rosa Duque
5.-Adaptación de la documentación a los nuevos laboratorios. Responsables: Dra González, Dra Recaséns
6.-Implantación de los cambios establecidos con el personal dentro del alcance de la acreditación. Responsables: Dra González, Dra Recaséns
7.- Auditoría interna.Responsables: Dirección, UCA
8.- Realización del cómputo de los indicadores establecidos.Responsables: Dra Recaséns y Dra González

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Primer Objetivo Fase Analítica: Mejorar la cumplimentación y la realización de las actividades de control externo. Indicador: Porcentaje de cumplimentación de las actividades de control externo = (nº de incidencias en la realización de los controles externos / nº total de actividades de control externo) x 100. Nivel aceptable: = 5%/año

Segundo objetivo Fase Analítica: Mejorar la cumplimentación y la realización de las actividades de control externo. Indicador: Porcentaje de aceptabilidad de los controles externos = (nº de parámetros aceptables /nº total de parámetros evaluados) x 100. Nivel aceptable: =80%/año

Objetivo de la Fase Postanalítica: Mejorar la cumplimentación del tiempo de respuesta pactado. Indicador: Tiempo de respuesta aceptable (TRA) = (Fecha de informe – fecha de petición). Nivel aceptable: TRA = Tiempo pactado en 95% de los informes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fechas del proyecto. Febrero 2010- Enero 2011
Cronograma de las actividades:
Cierre de las actividades correctivas pendientes: Febrero- Marzo 2010
Introducción de las nuevas ubicaciones: Marzo 2010
Introducción de los nuevos equipos autoanalizadores: Marzo 2010
Actualización del personal: Marzo-Abril 2010
Adaptación de la documentación: Marzo-Abril 2010
Implantación de los cambios establecidos: Marzo-Abril 2010
Auditoría interna: Abril 2010
Adaptación de las no conformidades detectadas: Marzo, Agosto 2010
Auditoría externa por ENAC: Septiembre 2010
Adaptación de las no conformidades y observaciones detectadas: Octubre-Noviembre 2010
Envío de correcciones a ENAC: Noviembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Fotocopiadora-escáner ..... 400 €
- Material de oficina ..... 400 €
- Sistemas almacenaje datos ..... 400 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 478

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL ALCANCE ACREDITADO CON LA NORMA UNE-EN ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA (HEMATIMETRIA), A LA NUEVA UBICACION Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA.

· Inscripción congreso ..... 200 €
Total ..... 1.400 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 209

1. TÍTULO

INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES DE EN LAS UNIDADES DE BACTERIOLOGIA, BIOLOGIA MOLECULAR, SEROLOGIA, HONGOS Y MICOBACTERIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE REVILLO PINILLA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGÍA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª LUISA MARCO LAMATA-JEFE DE SECCIÓN-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
ANTONIO REZUSTA LOPEZ-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
Mª ANTONIA LEZCANO CARRERA-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
ELENA LOMBA FUENTES-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
LOURDES ROC ALFARO-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
ANA MARTINEZ SAPIÑA-FEA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA
PILAR EGIDO LIZÁN-RESPONSABLE DE CALIDAD-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia permite llevar a cabo de manera eficaz la implantación de un sistema de calidad en los laboratorios clínicos. La norma abarca tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, incluyendo la satisfacción de las necesidades de todos sus clientes, así como el cumplimiento de los requisitos legales
Desde octubre de 2006, el proyecto de acreditación se convierte en objetivo del Salud para todos los laboratorios de Aragón. Este mismo año el laboratorio de Microbiología inicia un proyecto de implantación de mejora de calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 15189 siguiendo las líneas de trabajo dictadas por la consultora del salud y el grupo de mejora del Servicio de Microbiología.
La auditoría externa realizada por ENAC el 24 de Marzo de 2009 tiene como resultado la acreditación de la Unidad de Virología para las técnicas de antigenemia de citomegalovirus, cultivo del virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios, Acreditación nº 742/LE1584 y fecha de entrada en vigor 25/ 9/2009
El sistema de gestión de la calidad se valora como una herramienta útil de trabajo, por lo que se demanda su continuidad y extensión en el resto del laboratorio desde la unidad de Virología.
La oportunidad de mejora consiste en la ampliación del alcance de acreditación a nuevas Unidades del Servicio de Microbiología. La ampliación implica a todo el personal facultativo del labortatorio y a la gran mayoría del personal técnico. De esta forma la filosofía de trabajo que impone la Norma se va a extender a todo el laboratoprio. El grupo de mejora de calidad establecido desde el año 2003 en el Laboratorio de Microbiología realiza sesiones de trabajo semanales con el personal de la unidad del alcance de la acreditación y trabaja en la elaboración de los documentos requeridos por Norma

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Acreditación de nuevas técnicas en el Laboratorio de Microbiología, siguiendo con el proceso de acreditación iniciado el año 2009 en las unidades de:
Hemocultivos: Procesamiento de hemocultivo, identificación de microorganismos y sensibilidad antibiótica.
Biología molecular: carga viral de VIH y virus de la hepatitis C por PCR a tiempo real
Serología: Diagnóstico de VIH
Micobacterias: Baciloscopia urgente
Hongos: Cultivo de hongos dermatofitos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la Norma UNE-EN ISO 15189
Realizar los procedimientos técnicos de análisis de los nuevos alcances

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 209

1. TÍTULO

INICIACION DE LA ACREDITACION DE LOS ALCANCES DE EN LAS UNIDADES DE BACTERIOLOGIA, BIOLOGIA MOLECULAR, SEROLOGIA, HONGOS Y MICOBACTERIAS

Impartir talleres al personal adscrito a las unidades de los diversos alcances del laboratorio
Idear e implantar los registros técnicos
Idear e implantar los registros de calidad
Documentación elaborada autorizada
Realizar las actas de las reuniones de formación del personal
Verificación de la implantacíon y funcionamiento correctos de los registros técnicos por parte del responsable técnico de cada sección
Verificación de la implantacíon y funcionamiento correctos de los registros de calidad por parte del responsable de calidad del Servicio de Microbiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Revisar, e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la ISO 15189: Implantados No/Si
Realizar los Procedimientos Técnicos de Analisis: Realizado No/Si
Formación del personal adscrito
(Nº personas formadas/Nº personas adscritas a los alcances)*100
ND=>70%
Realizar los registros técnicos
(Nº de registros realizados/Nº registros totales previstos)* 100
ND=>70%
Realizar los registros de calidad
Nº de registros realizados/Nº registros totales previstos* 100 ND=>70%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades 2010
Revisar, e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la ISO 15189: Enero-Abril
Realizar los procedimientos Técnicos Análisis: Febrero-Abril
Impartir talleres al personal adscrito a los diversos alcances: Abril-Agosto
Idear e implantar los registros técnicos: Abril-Agosto
Idear e implantar los registros de calidad: Abril-Agosto
Mantener registros: Agosto-Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Etiquetadoras	500 €
· Material de oficina	400 €
· Fotocopiadora	1.500 €
· Inscripción a congresos	600 €
Total	3.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 476

1. TÍTULO

VALORACION Y ATENCION SOCIO-FAMILIAR AL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO EN MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ REVILLO PINILLA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN GAVARA GIMENO-TRABAJADORA SOCIAL-HOSPITAL MIGUEL SERVET-TRABAJO SOCIAL
MÓNICA ODRIOZOLA GRIJALBA-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MEDICINA INTERNA
ANTONIO POTOLÉS SUSO-MÉDICO-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MEDICINA INTERNA
DOLORES MARZÁN CALVO-ATS-HOSPITAL MIGUEL SERVET- MEDICINA INTERNA
PILAR GEREZ CARDIEL-ATS-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MEDICINA INTERNA
ANA PARDILLOS TOMÉ-MÉDICO MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET- MEDICINA INTERNA
ANA COMÍN ORCE- MÉDICO MIR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
Existe una situación de demanda creciente de servicios asistenciales y sociales para la población geriátrica. En la actualidad la edad media de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna se sitúa en torno a los 75 años procediendo la práctica totalidad de ellos del Servicio de Urgencias.
La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología publicó en 2007 "Estándares de Calidad en Geriatría" en el que se recogen recomendaciones sobre la atención al paciente anciano en los diferentes niveles asistenciales incluyendo las Unidades de Agudos. Se recomienda valoración de los ancianos ingresados, breve o extensa según precisen, en las áreas funcional, mental, social y sensorial.
Respecto a la atención social se reconoce el derecho del anciano a que se le informe sobre los servicios sociales y de apoyo que le pueden ayudar a adaptarse a su enfermedad o discapacidad, así como que los trabajadores sociales deben estar disponibles para apoyar a los ancianos en su regreso a casa desde el hospital.
Por otra parte, se debe valorar la salud, capacitación y necesidades de ayuda de los cuidadores de las personas ancianas utilizando herramientas validadas y estandarizadas. De hecho, la puntuación de carga subjetiva del cuidador obtenida en estas escalas resulta ser mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados. Así mismo, estas escalas se correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física del cuidador, así como con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados. Los cuidadores que ejercen estos cuidados y experimentan sobrecarga, tienen un riesgo de muerte un 63 % superior a los no cuidadores. La valoración geriátrica integral debería incluir además valoración de maltrato al anciano y/o a su cuidador

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La ganancia/pérdida de capacidad funcional durante la permanencia de un anciano frágil en una Unidad de Agudos, medida mediante escalas validadas, debe ser comparada al ingreso y al alta hospitalaria y monitorizada como indicador fundamental de calidad asistencial.
En al año 2006 realizamos un proyecto dentro del “Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el Servicio Aragonés de Salud" que incluía la valoración funcional, cognitiva y social de los pacientes mayores de 75 años, así como la valoración del deterioro funcional como consecuencia de la hospitalización.
En la valoración socio-familiar la mitad de los pacientes tenía una situación social considerada como aceptable; el 10% vivía en residencia y el 40% restante se consideró que se encontraba en riesgo social o bien con problema social establecido, generalmente por vivir solos y/o no salir de su domicilio

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Valoración socio-familiar del paciente anciano hospitalizado y atención por Trabajo Social de forma precoz si se considera indicado.
Planificación del alta desde el momento del ingreso y como un proceso continuo.
Valoración de las necesidades de colaboración por Trabajo Social para la atención a los pacientes ancianos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Población Diana: Pacientes mayores de 75 años ingresados en la Unidad de Medicina Interna de Planta 10ª.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 476

1. TÍTULO

VALORACION Y ATENCION SOCIO-FAMILIAR AL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO EN MEDICINA INTERNA

Método:
Valoración socio-familiar al ingreso (< 48-72 h.) como parte de la valoración integral inicial: Escala socio-familiar de Gijón. Responsable: Médico del paciente.
Entrevista de Zarit sobre la carga del cuidador en caso de pacientes con demencia y/o dependencia. Responsable: Médico del paciente.

Actividades:
Solicitud de valoración por Trabajo Social si se detecta deterioro social, riesgo alto de institucionalización o sobrecarga del cuidador. Responsable: Médico del paciente.
Reunión formal del equipo multidisciplinar (Médico-ATS-Trabajo Social) con periodicidad semanal

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes mayores de 75 años que son valorados (Escala socio-familiar de Gijón). Objetivo > 80%.
Porcentaje de cuidadores de pacientes con demencia y/o dependencia que son valorados (Entrevista de Zarit). Objetivo > 80%.
Porcentaje de pacientes con problema social que son valorados por Trabajo Social. Objetivo > 80%.
Porcentaje de pacientes con sobrecarga del cuidador que son valorados por Trabajo Social. Objetivo > 80%.

Evaluación y seguimiento: Control mensual de los indicadores. Responsable: Mª Paz Revillo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de los documentos base para la cumplimentación del protocolo hasta el 15/03/10
Puesta en común del proyecto y consenso del protocolo hasta el 30/03/10
Prueba metodológica del protocolo hasta el 15/04/10
Evaluación de la prueba, correcciones y protocolo definitivo hasta el 30/04/10
Ejecución del proyecto hasta el 30/12/10
Evaluación final hasta el 30/01/10

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Netbook con pantalla táctil modelo Asus TM91T	600 €
· Impresora color	200 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO EN PACIENTES QUE PRESENTAN SOSPECHA DE ONICOMICOSIS Y HAN RECIBIDO TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO REZUSTA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª LUISA ZUBIRI ARA-JEFE DE SECCIÓN-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ESTRELLA SIMAL GIL-FEA DERMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Mª NIEVES PORTA AZNÁREZ-FEA DERMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Mª ROSA BALDELLOU LASIERRA-FEA DERMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Mª MILAGROS SÁNCHEZ HERNANDEZ-FEA DERMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ROSA GARCÍA FELIPE-FEA-DERMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANA MORALES CALLAGHAN-FEA-DERMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
RICARDO MARTÍN MARCO-FEA-DERMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico de la onicomicosis presenta dificultades especiales, en pacientes que no han recibido tratamiento antifúngico, pero esto se hace más difícil cuando estos pacientes han recibido tratamiento antifúngico previamente a la consulta por el especialista de dermatología.
La confirmación diagnóstica por parte del laboratorio ha demostrado ser más coste-efectiva que el tratar todos los pacientes, sin evidencia microbiológica, originando menor riesgo para el paciente por las complicaciones del tratamiento por vía oral.
Tradicionalmente se ha establecido que para realizar la toma de muestra, el paciente debe estar entre 7 y 10 días sin tratamiento, sin embargo esto puede haber cambiado con los nuevos tratamientos orales, ya que algunos antifúngicos pueden permanecer hasta 6 meses en la uña.
En este momento, no se sabe cúanto tiempo es el adecuado para tener una buena posibilidad diagnóstica, si se utilizan los criterios anteriores, razonablemente el resultado del cultivo debe ser negativo.
Actualmente, no conocemos exactamente si un paciente lleva tratamiento o no, ya que muchas veces no lo recuerda, o no sabe si era para la onicomicosis, y refiere tratamientos que no tienen influencia en el procedimiento diagnóstico y olvida otros que si la tienen.
El coste del tratamiento es elevado, y no exento de efectos secundarios, cuando la elección es tratamiento oral, que los es con frecuencia.
Una observación microscópica positiva, aunque el hongo esté muerto por el tratamiento, puede inducir a tratamientos innecesarios, con el coste y efectos secundarios correspondientes.
Un cultivo negativo puede llevar a pensar que la onicomicosis está curada, o que el paciente no presenta esta patología, pero ser un falso negativo.

JUSTIFICACIÓN:
Los pacientes con onicomisis con frecuencia reciben tratamiento antifúngico antes plantearse el diagnóstico microbiológico, esto merece una mejora, pero no lo tenemos correctamente evaluado, ya que muchas veces el paciente no recuerda que tratamientos ha realizado.
Nuestro objetivo es que el paciente, cuando recibe la solicitud de toma de muestra, el dermatólogo le entregue un documento que recoge todos los tipos de tratamientos que puede haber recibido para la onicomicosis, y cúanto tiempo hace que los ha dejado y que lo entregue en el momento de la toma de muestra, de esta forma comparar los resultados de la observación microscópica y el cultivo. A la vez se le propondrá por parte de los dermatólogos de la necesidad de aportar todas las cajas de medicamentos que está tomando, o un documento del médico en el que los reflejen

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Tener datos de proceso, ya que en este momento no tenemos verdadera información sobre, el proceso completo, onicomicosis, especialmente sobre los factores que influyen en los fallos diagnósticos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO EN PACIENTES QUE PRESENTAN SOSPECHA DE ONICOMICOSIS Y HAN RECIBIDO TRATAMIENTO

2. Conocer la influencia que tienen los tratamiento previos en los resultados del cultivo, para ello compararemos la relación de la observación microscópica en pacientes con tratamiento y los pacientes que no han recibido tratamientos.
3. Proponer tiempos adecuados para el control curación, y que no se vean influidos por los tratamientos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Preparar un documento con todos los posibles tratamientos aplicados en la onicomicosis. Responsabilidad, Microbiología y Dermatología
2. Proponer al paciente que rellene el documento, y que aporte por escrito o bien las cajas u otro sistema (hoja de su médico) todos los tratamiento realizados. Responsabilidad de Dermatología
3. Registro y archivo de los datos de los tratamientos (Responsabilidad de Microbiología)
4. Realización de la observación microscópica y cultivo. Responsabilidad de Microbiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NOMBRE DEL INDICADOR:
1. Proporción pacientes que reciben tratamiento antes de la petición de diagnístico microbiológico
Área relevante: Dermatología-Microbiología
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes que han recibido tratamiento antes del diagnóstico microbiológico
Justificación: Los pacientes en tratamiento pueden orginar falsos negativos en el cultivo
Fórmula: Nº de pacientes con tratamiento previo/Nº total pacientes estudiados
Explicación de términos: Todos los pacientes que se les realizar cultivo de uñas
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No existe
Fuente de datos: Microbiología
Población: Todos los pacientes estudiados
Responsable obtención: Microbiología y Dermatología
Periodicidad: Anual

2. Proporción pacientes que recibiendo tratamiento el resultado microbiológico es negativo
Área relevante: Dermatología-Microbiología
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes con resultado negativo para cultivo y que han recibido tratamiento previo
Justificación: Los pacientes que han recibido tratamiento previo pueden originar falsos negativos para el cultivo
Fórmula: Nº de pacientes con tratamiento y negativos/ Nº total pacientes con tratamiento
Explicación de términos: Todos los pacientes que se les practica cultivo para hongos que han recibido tratamiento
Tipo de indicador:De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Microbiología
Población: Todos los pacientes estudiados
Responsable obtención: Microbiología
Periodicidad: Anual

3. Proporción pacientes que no recibiendo tratamiento el resultado microbiológico es negativo
Área relevante: Dermatología-Microbiología
Dimensión: Científico-técnica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO EN PACIENTES QUE PRESENTAN SOSPECHA DE ONICOMICOSIS Y HAN RECIBIDO TRATAMIENTO

Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes con resultado negativo para cultivo y que no han recibido tratamiento previo
Justificación: Los pacientes que no han recibido tratamiento previo pueden originar falsos negativos para el cultivo
Fórmula: Nº de pacientes sin tratamiento y negativos/Nº total pacientes sin tratamiento
Explicación de términos: Todos los pacientes que se les practica cultivo para hongos que no han recibido tratamiento
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Microbiología
Población: Todos los pacientes estudiados
Responsable obtención: Microbiología
Periodicidad: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración 2 años
1. Desarrollo del documento, marzo 2010.
2. Entrega del documento a los pacientes, abril 2010.
3. Evaluación de los resultados, noviembre de 2010, que serán evaluados hasta octubre, ya que el cultivo requiere 25 días
4. Modificación en función de los resultados, y continuar en 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Publicaciones	50 €
Total	50 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 061

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES ROC ALFARO
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-FEA-MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
MARIA PILAR DELGADO-FEA-HEMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JUAN CARLOS ZUECO-FEA-HEMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANA GODOY MOLÍAS-FEA-HEMATOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ELENA LOMBA FUENTES-FEA-MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
MARIA JOSÉ REVILLO PINILLA-JEFE DE SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ENRIQUE CHACÓN-JEFE DE SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El incremento de las micosis invasoras (MI) hace necesario un aumento en el índice de sospecha clínica, y una mejor apreciación de los factores de riesgo y mayor esfuerzo por parte del microbiólogo
Los pacientes hamatológicos de riesgo son: 1. Leucemia mieloide aguda, o síndrome mielodisplásico durante la inducción con quimioterapia; 2. Pacientes con trasplante halogénico? de células madre; 3. Inmunodepresión prolongada
En estos pacientes el factor determinante para el éxito del tratamiento es la rapidez con la que se diagnostica y se inicia el tratamiento adecuado. Esta rapidez viene determinada en gran medida por el trabajo en equipo de clínicos, microbiólogos, radiólogos y patólogos.
Desafortunadamente, el diagnóstico de las MI sigue siendo difícil; y muchas veces se confirma tarde, por biopsia o por cultivo, que puede requerir dos semanas
A todo esto hay que añadir que el diagnóstico definitivo requiere la observación del hongo en el tejido, o el crecimiento en muestra estéril.
El examen microscópico del esputo o muestras respiratorias invasivas ayuda, permitiendo la observación de la morfología característica, pero no permite la identificación del hongo, con lo que el cultivo sigue siendo esencial
El hemocultivo rara vez es util en el diagnóstico se la MI por hongos miceliales, el crecimiento de Aspergillus suele indicar contaminación, excepto en el caso de Aspergillus terreus. Algunos hongos miceliales menos frecuentes si que pueden aislarse en el hemocultivo, por ejemplo Fusarium spp, Acremonium spp, Paecilomyces spp, Scedosporium spp.
Para el cultivo de esputo se recomienda la realización de al menos tres muestras, que junto con la situación clínica, y radiológica permitirá determinar en algunos casos si es un verdadero positivo o una contaminación.
El valor de un aislamiento de Aspergillus spp en un esputo viene determinado por el tipo de paciente en el que se produce; así en pacientes con trasplante de médula alogénicos? es del 60%, personas con cancer hematológicos un 50%, en neutropénicos un 60%, pero estos porcentaje pueden bajar al 10% en pacientes con patología pulmonar previa no neutropénicos.
Por ello Davies et al. 2005, afirman que cualquier aislamiento de Aspergillus en esputo en un paciente con neutropenia prolongada debe conducir a un tratamiento rápido.
Los falsos negativos en el cultivo hacen que haya baja incidencia de aspergilosis, por ello hay que intentar utilizar herramientas complementarias.
Otra herramienta sería, la utilización de antigenemia dos veces por semana, que permitiría iniciar el tratamiento 2 semanas antes en relación con las imágenes de scaner. Por ello en los pacientes hematológicos conviene combinar el cultivo con la monitorización del galactomanano (GM) y el scaner torácico. Un positivo en dos muestras consecutivas de suero para GM se considera de una contribución clara en el diagnóstico; esta prueba pierde valor cuando el paciente está sometido a profilaxis para hongos miceliales.
Por otro lado el GM da falsos negativos en infecciones como las producidas por Zygomycetes.
A todo esto hay que añadir que para el correcto manejo de las MI es conveniente realizar la identificación de hongo ya que esto modifica el tratamiento y para ello es imprescindible el cultivo.
SITUACIÓN ACTUAL Y OPORTUNIDAD DE MEJORA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 061

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

En este momento, se realiza cultivo, observación microscópica en el día, detección de galactomano en suero dos veces por semana.
La incorporación de la detección de GM en lavado broncoalveolar, permitiría un aumento de los diagnósticos de infecciones por Aspergillus

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los resultados obtenidos hasta octubre fueron:
1º Proporción de los cultivos positivos.
Se han realizado 236 análisis a un total de 40 pacientes. En 8 de ellos el resultado ha sido positivo a los siguientes patógenos: 1 Aaspergillus terreus, 2 Aspergillus spp, 3 Aaspergillus fumigatus, 1 Aspergillus lentulus, 1 Aspergillus y Geosimitia.
El porcentaje de cultivos positivos ha sido 20%.

2º Proporción pacientes con Galactomanano (GM) positivo:
Se han realizado 375 determinaciones a un total de 75 pacientes. El total de deteminaciones positivas ha sido 16, que corresponden a un total de 9 pacientes.
El porcentaje de pacientes con galactomanano Positivo es del 12%.

Los utilizados con los establecidos para el diagnóstico rutinario de las infecciones fúngicas invasoras

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un diagnóstico más completa de la infección, la visión directa al menos adelanta 2 días.
La realización bisemanal del GM puede adelantar el diagnóstico en lo pacientes sin profilaxis antifúngica dirigida contra hongos miceliales una o dos semanas.
La realización de estudio en muestras repetidas (al menos 3) facilita descartar los falsos positivos y aumentar el número de diagnósticos.
La detección de GM en Lavado broncoalveolar, aumentará el número de diagnósticos de infección fungica invasora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Extracción de sangre para la de detección de GM, responsable personal de hematología
Recogida de muestras respiratorias, responsable personal de hematología.
Recogida de Lavado broncoalveolar, responsble neumología.
Realización de observación microscópica, responsable Microbiología
Realización de cultivo, responsable Microbiología
Realización de la detección de GM, responsable Microbiología
Recogida de datos de observación microscópica, cultivo y detección de galactomanano, responsable Microbiología
Recogida de datos clínicos, factores predisponentes, y resultado del tratamiento, responsable Hematología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes estudiados, para tres criterios, observación microscópica, cultivo y galactomanano, serán tres indicadores.
Área relevante: Hematología, pacientes neutropénicos
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo
Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección
Fórmula: Nº de pacientes con estudio X 100
Nº total pacientes ingresados en Unidad
Explicación de términos: Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Hematología y Microbiología
Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad
Responsable obtención: Hematología
Periodicidad: Anual

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 061

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes con MI
Área relevante: Hematología, pacientes neutropénicos
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes infectados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo
Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección
Fórmula: Nº de pacientes con infectados X 100
Nº total pacientes de riesgo ingresados en Unidad
Explicación de términos Los pacientes considerados serán todos los ingresados en la unidad o proceso de riesgo.
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Hematología y Microbiología
Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad
Responsable obtención: Hematología
Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción cultivos positivos
Área relevante: Hematología, pacientes neutropénicos
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes con cultivo positivo respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo
Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección
Fórmula: Nº de pacientes con cultivo positivo X 100
Nº total pacientes con cultivo realizado
Explicación de términos Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Microbiología
Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad
Responsable obtención: Microbiología
Periodicidad Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes con observación microscópica positiva (OM)
Área relevante: Hematología, pacientes neutropénicos
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo
Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección
Fórmula: Nº de pacientes con estudio OM positiva X 100

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 061

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

Nº total pacientes con OM
Explicación de términos Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Hematología y Microbiología
Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad
Responsable obtención: Microbiología
Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes con MI
Área relevante: Hematología, pacientes neutropénicos
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes con GM positivo
Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección
Fórmula: Nº de pacientes con GM positivo X 100
Nº total pacientes con determinación realizada
Explicación de términos Los pacientes considerados serán todos los ingresados en la unidad o proceso de riesgo.
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Hematología y Microbiología
Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad
Responsable obtención: Hematología
Periodicidad: Anual

NOMBRE DEL INDICADOR:
Proporción pacientes con GM positivo
Área relevante: Hematología, pacientes neutropénicos
Dimensión: Científico-técnica
Criterio de calidad: Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo
Justificación: Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección
Fórmula: Nº de pacientes con GM positivo X 100
Nº total pacientes con determinación de GM
Explicación de términos Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.
Tipo de indicador: De proceso
Estándar: No hay
Fuente de datos: Microbiología
Población: Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad
Responsable obtención: Microbiología
Periodicidad: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desarrollo del protocolo hasta Marzo
Puesta en marcha abril.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 061

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA INFECCION FUNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPENICO

Evaluación en noviembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL, DESTINADO A GESTANTES CON INGRESOS PROLONGADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ADELA RODRIGUEZ MARQUEZ
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN FRANCISCO IZQUIERDO VILLARROYA-MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL
REBECA AMAYAS LORAO-MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL
SOFÍA GOTOR COLÁS- SUPERVISORA MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UNIDAD DE PARITORIOS
LAURA MARÍA GÓMEZ MENDOZA-MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL
TERESA LANZUELA BENEDICTO-MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL
JULIANA METOLA LOZA-MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL
ISABEL MONSERRAT BLASCO-MATRONA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En general, los embarazos se desarrollan sin problemas y la mayoría de las complicaciones pueden ser tratadas. Pero las estadísticas indican que, en determinados casos surgen importantes problemas durante el embarazo.
Las características de las complicaciones durante el embarazo, pueden variar desde leves a severas, incluyéndose problemas relacionados con la salud, así como también problemas específicamente relacionados con el embarazo.
Determinados grupos de enfermedades como cardiopatías, afecciones renales, hematológicas, infecciones, diabetes, hipertensión u otras complicaciones más específicas como amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, fisuras de bolsa amniótica, gestaciones múltiples,etc pueden causar complicaciones durante el embarazo, tanto a la mujer como al feto, las cuales pueden colocar a la gestación en la categoría de riesgo elevado.
Este riesgo elevado, tanto para la madre como para el feto puede conllevar la necesidad de un ingreso hospitalario prolongado.
El sistema de SALUD cuenta con un amplio programa de Educación Maternal, impartido por matronas de manera ambulatoria, dirigido a la gestante, con un ámbito de formación en el proceso de embarazo, parto y postparto.
Dentro del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra ubicada la Unidad de Medicina Materno Fetal, con una actividad anual de XXXX ingresos aproximadamente de gestantes catalogadas de riesgo, las cuales permanecen en sus instalaciones periodos prolongados durante su embarazo. Lo cual crea una situación de imposibilidad de recibir dicha formación.
En la actualidad no existe en el Hospital Materno Infantil ningún programa estructurado de Educación Maternal, realizándose una información a pie de cama a cuestiones planteadas por parte de las usuarias.
La Educación Maternal es una demanda frecuente entre dichas gestantes, que ante la imposibilidad de asistir, ven incrementado sus miedos y temores, ya de por sí acentuados por su situación clínica individual.
Es por esto que, nos planteamos estrategias para crear un plan de formación estructurado a la gestante en el ámbito del Hospital, dirigido a la embarazada ingresada

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- La implantación de un programa de Educación Maternal en la Unidad de Medicina Materno Fetal
2- Haber disminuido la ansiedad, temores y dudas que el proceso de embarazo, parto y postparto genera.
3- Haber incrementado del grado de satisfacción de las usuarias y parejas respecto al proceso de embarazo, parto y postparto.
4- Haber concienciado al resto del personal de la unidad de la importancia del desarrollo de esta actividad en este grupo de usuarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La difusión del proyecto a todo el personal de la Unidad se realizará mediante una sesión informativa, en la cual se

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL, DESTINADO A GESTANTES CON INGRESOS PROLONGADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

planteará la necesidad detectada y el plan de formación planificado.

La población diana a la cual va a ser dirigida la formación, quedará definida por su diagnostico médico y gravedad especifica. Siendo criterios de inclusión, pacientes que en las que se prevea un ingreso hospitalario superior a 4 semanas y que se encuentren en un periodo de gestación de 26 semanas o más.

Se va a elaborar un programa formativo, por parte del equipo de matronas de la Unidad de Medicina Materno Fetal, que constará de ocho módulos de una hora de duración, con temas específicos en la formación a la gestante, en relación a su proceso de embarazo, parto y postparto, así como de los cuidados al recién nacido valorando en todo momento las particularidades de la población diana a la que va dirigida.

El cronograma de dichas sesiones se ha planteado, en un principio, en horario de una tarde a la semana. Si bien la duración de dichas sesiones está programada en una hora, el desarrollo de las mismas nos puede llevar a la prolongación de dos horas. Se prevé la reserva de una sala, ubicada en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Materno Infantil, para la impartición de dichas sesiones incluso en la propia habitación de la gestante en determinadas situaciones clínicas específicas que requieran reposo absoluto.

La formación se verá reforzada por la edición de una guía informativa a la gestante que permita el seguimiento de las sesiones formativas realizadas.

El grado de satisfacción de las usuarias se detectará mediante una encuesta de expectativas, satisfacción y eficacia percibida, distribuida entre las usuarias. Las áreas de mejora a nuestras intervenciones partirán del análisis de dichas encuestas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de asistencia a las sesiones
Nº de pacientes que asisten/Nº de pacientes población diana
Estándar 90%
2. Guía informativa elaborada
Estándar SI/NO
3. Análisis y evaluación de los resultados de la implementación del programa Estándar: valoración positiva del programa de al menos el 75% de las usuarias (encuesta de satisfacción)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Definición de los criterios de inclusión al programa de formación, población diana. Marzo 2010
-Elaboración y diseño de las sesiones de Educación Maternal: Marzo-Abril 2010.
-Información al resto del personal de la unidad sobre el proyecto: Abril 2010.
-Elaboración y edición de la guía informativa a la gestante: Mayo 2010
-Puesta en marcha del programa formativo: Mayo 2010-Mayo 2011
-Evaluación del programa y registro de resultados: Mayo 2011-Junio 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	650 €
· Material fungible	100 €
Total	750 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 308

1. TÍTULO

INFORMACION A LAS GESTANTES DE LOS SECTORES ZARAGOZA I Y II DE LA PROPUESTA ASISTENCIAL DEL PROCESO DEL PARTO DE NUESTRO SERVICIO. DISMINUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD QUE GENERA EL DESCONOCIMIENTO DEL CIRCUITO ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE ..... BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERGIO CASTÁN MATEO-MÉDICO-HUMS-OBSTETRICIA
SUSANA TEJERO SANCHO-MÉDICO-HUMS-OBSTETRICIA
MÓNICA HERNÁNDEZ ARAGÓN-MÉDICO-HUMS-OBSTETRICIA
YASMINA JOSÉ GUTIERREZ-MÉDICO-HUMS-OBSTETRICIA
SOFÍA GOTOR COLÁS-MATRONA-HUMS-OBSTETICIA
LUZ GOTOR COLÁS-MATRONA-HUMS-OBSTETICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los sentimientos que acompañan a la gestante durante su embarazo es la ambivalencia: el parto es un momento deseado, y a la vez temido.
Durante el parto, suele haber momentos de confusión, y también de ansiedad.
El hecho de que la mujer y su pareja realicen una visita a la sala de partos y hospitalización del centro donde va a nacer su hijo, que conozcan los circuitos de «urgencias», las salas donde serán atendidos, la documentación que deberán aportar, al personal sanitario que les atenderá... les puede tranquilizar, ya que les resultará una situación «más familiar» cuando acudan en el momento del parto.
Pero esta visita, con la realidad del volumen de pacientes que atendemos en nuestro Servicio, es muy difícil sin interferir en nuestra práctica clínica.
Una posible alternativa es convocar a las gestantes a sesiones informativas, impartidas en el centro en el que van a ser atendidas en su parto (HUMS) y por el equipo de obstetras y matronas que trabajan en su Unidad de Paritorio.
En ellas mediante videos, presentaciones y diálogo podrán conocer qué van a encontrar a su llegada a nuestro centro, los espacios físicos y al personal sanitario responsable.
Pretendemos presentar lo que podría denominarse "Plan de parto" del Servicio de Obstetricia del hospital Miguel Servet de Zaragoza, para con ello aclarar falsas expectativas, romper con mitos e ideas erroneas y sobre todo, disminuir la ansiedad que genera el miedo a lo desconocido.
El objetivo es dar a conocer los circuitos de ingreso por urgencias, el espacio físico, ambiente y personal de la sala de partos y maternidad, para conventirlos en "conocidos" a su llegada por parto.
Dichas sesiones no pretender sustituir a als actualmente impartidas por las matronas del área sinó complementarlas, fomentando el trabajo en equipo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Posibilitar a la gestante conocer el cicuito de su asistencia a su llegada a nuestro centro y los espacios en los que se va a desarrollar su estancia hospitalaria en el proceso del parto: urgencias, dilatación, paritorio, quirófano y planta, con el fin de ser un espacio «menos desconocido» el día que ingrese por el parto.
- Difundir la propuesta asistencial que nuestro Servicio ofrece a las embarazadas de las área I y II, para clarificar falsas expectativas o ideas preconcebidas no ajustadas a la realidad clínica.
- Ofrecer a la mujer embarazada un foro en el que expresar sus dudas y temores frente al parto, pudiendo interpelar directamente a las personas que serán responsables de su asistencia.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 308

1. TÍTULO

INFORMACION A LAS GESTANTES DE LOS SECTORES ZARAGOZA I Y II DE LA PROPUESTA ASISTENCIAL DEL PROCESO DEL PARTO DE NUESTRO SERVICIO. DISMINUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD QUE GENERA EL DESCONOCIMIENTO DEL CIRCUITO ASISTENCIAL

- Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto al conocer dicho circuito asistencial, los "escenarios" donde será atendida y al personal sanitario que le acompañará.
- Estimular la colaboración entre los distintos colectivos implicados en el seguimiento de la gestante y control del parto: matronas hospitalarias y del área, facultativos especialistas de área y hospitalarios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Constitución de un grupo de trabajo formado por obstetras y matronas, con la colaboración de algún miembro del equipo de anestesia.(Dr Castán)
2.- Diseño del contenido de la información que se desea transmitir a la gestante y de los medios a utilizar para hacerlo. (Dra Rodríguez)
3.- Elaboración del material necesario para las sesiones informativas: videos, herramientas digitales y material impreso.(Dra José)
4.- Elaboración de soporte gráfico necesario para posibilitar el conocimiento del nuevo programa por parte de las embarazadas: folletos destinados a las gestantes, posters divulgativos para colocar en consultas de tocólogo de área, zonas preparadas para preparación al parto, consulta de alto riesgo… (Dra Tejero)
5.- Reunión con las matronas del área para informarles del inicio de la nueva actividad, con el objeto de motivarles para la remisión de gestantes.(Dra Hernández)
6.- Inicio de las sesiones, con participación de obstetras y matronas, estableciendo su periodicidad en dependencia de la demanda generada. Población virtual: 5.000 gestantes.(Dra Rodríguez)
7.- Evaluación, por parte del grupo de trabajo, de la actividad para establecer posibilidades de mejora.Periodicidad semestral.(Luz y Sofía Gotor)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:
- Porcentaje de mujeres que se sienten más seguras y tranquilas frente a su parto tras asistir a nuestra sesión.
Objetivo:>70%.
- Porcentaje de mujeres que comprenden la propuesta asistencial de nuestro Servicio tras la sesión.
Objetivo:>70%.
- Porcentaje del personal implicado que valora el proceso como positivo.
Objetivo:>70%.

OBTENCIÓN Y MONITORIZACIÓN DE INDICADORES:
*Realización de encuesta de opinión-satisfacción a las gestantes, tras acudir a la sesión informativa, con objeto de evaluar:
- Su grado de satisfacción respecto a la información recibida.
- La mejora en la sensación subjetiva de seguridad generada al conocer los espacios y procedimientos que va a encontrarse en su proceso de parto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 308

1. TÍTULO

INFORMACION A LAS GESTANTES DE LOS SECTORES ZARAGOZA I Y II DE LA PROPUESTA ASISTENCIAL DEL PROCESO DEL PARTO DE NUESTRO SERVICIO. DISMINUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD QUE GENERA EL DESCONOCIMIENTO DEL CIRCUITO ASISTENCIAL

*Realización de encuesta posparto a las mujeres que participasen en nuestras sesiones para valorar:
- Grado de seguridad percibida al encontrarse con la asistencia previamente planteada.
- Grado de coincidencia entre lo expuesto en las sesiones y lo percibido por la mujer durante su proceso de parto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación del equipo de trabajo: febrero-marzo 2010.
Esquema de información a transmitir: abril 2010.
Elaboración del material: mayo-junio 2010.
Elaboración de elementos de divulgación: mayo-junio 2010.
Reunión con matronas del área: abril-mayo 2010.
Inicio de sesiones: junio-julio 2010.
Evaluación: semestral, primera en noviembre 2010.
La continuación del proyecto en años posteriores se vinculará al apoyo económico e institucional y al grado de satisfacción en la población diana

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Reprografía	600 €
· Informático	300 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 511

1. TÍTULO

MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE LA PAUTA DE REHIDRATACION ORAL EN URGENCIAS DE PEDIATRIA Y MEJORA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA ROMERO SALAS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª ÁNGELES GARCÍA DÍAZ- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
NATIVIDAD VILLANÚA PÉRIZ-AUXILIAR-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
LOURDE FLORES JARAUTO-AUXILIAR-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
ANA LATORRE IZQUIERDO- ENFERMERA- HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
M. CONCEPCION GARCIA JIMENEZ-PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
YOLANDA ALIAGA MAZAS- PEDIATRA-HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
CARMEN CAMPOS CALLEJA-PEDIATRA-- HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presencia de vómitos por gastroenteritis aguda (GEA) en el niño son un síntoma que crea gran angustia en los padres, así como uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias pediátricas.
La base del tratamiento de los vómitos por GEA en nuestro medio es la rehidratación oral (RHO), técnica sencilla, económica y fácilmente aceptado y utilizada. El fracaso de la tolerancia oral es la principal causa de aumento del tiempo de estancia en el Servicio, la necesidad de instaurar perfusiones intravenosas e ingreso hospitalario.
A pesar de definirse una clara tendencia hacia el uso de las soluciones de rehidratación oral (SRO) en los servicios de urgencias pediátricos como primera elección en la deshidratación leve y moderada existe discordancia entre las posibilidades de utilización teórica de la rehidratación oral y lo que realmente se utiliza atribuidas a distintos factores que pueden inducir al pediatra, de forma errónea, a renunciar a su utilización. Por ello, es necesario insistir en la formación en aspectos teóricos para facilitar y reforzar sus indicaciones así como conocer la pauta de utilización que permita disminuir obstáculos (falta de tiempo o la desconfianza de la familia)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Administración de RHO durante su estancia en Urgencias , como tratamiento de elección de la rehidratación en GEA
- Disminuir el nº de ingresos por GEA y deshidratación en los que no se ha indicado pauta de RHO en Urgencias
- Conocer factores en nuestro medio que limitan la utilización de la técnica
- Reforzar la conducta de rehidratación oral en nuestro medio fomentando el uso de las soluciones de rehidratación
- Mejorar la confianza de sus buenos resultados entre los profesionales de urgencias (auxiliares, enfermaría y médicos)
- Conocer la actitud de la población, en este caso los padres y familiares ante el niño que vomita o presenta diarrea (encuestas)
- Actualizar la hoja informativa del seguimiento domiciliario para los padres

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.
- Sesión clínica de actualización y evaluación de protocolo de GEA. Análisis de los indicadores referentes a la indicación de RHO.
- Diseño de Hoja de registro de paciente que incluya datos de identificación, ritmo de administración, incidencias y responsable.
- Realizar talleres de formación para todo el personal de Urgencias, médico y de enfermería, sobre la pauta de rehidratación oral que se realizarán y continuarán en el domicilio del paciente según protocolo establecido y siguiendo las recomendaciones de la OMS y la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
- Definir variables de estudio: edad, tiempo de estancia en urgencias, necesidad de pruebas complementarias y destino del paciente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 511

1. TÍTULO

MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE LA PAUTA DE REHIDRATACION ORAL EN URGENCIAS DE PEDIATRIA Y MEJORA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE

- Diseño del modelo de encuesta de opinión para padres
- Registro de incidencias
- Reunión del grupo de mejora para evaluar los resultados
- Sesión Clínica informativa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº pacientes que reciben RHO por indicación clínica con constancia de la cumplimentación de la Hoja de registro
- Nº de personal de urgencias (auxiliares, enfermería y médicos) que ha realizado taller de formación
- Nº de encuestas recogidas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-Mayo 2010:
- Realización de sesión clínica de actualización y evaluación de protocolo
- Diseño de Hoja de registro de paciente
- Talleres de formación para el personal de Urgencias
- Diseño del modelo de encuesta de opinión

Mayo-Enero 2011 y continuidad:
- Análisis de los datos del registro de pacientes
- Reuniones periódicas del grupo de mejora para evaluar los resultados
- Sesión Clínica informativa al Servicio de Pediatría

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 014

1. TÍTULO

PROGRAMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SISTEMA DE NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS.

2. RESPONSABLE ..... AGUSTIN ROMO MONTEJO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEGUNDO RITE GRACIA-MEDICO PEDIATRA-HU MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. la Gestión del Riesgo Clínico constituye una de las actividades clave en la mejora continua de la Calidad en la atención sanitaria. Incluye:identificación del riesgo, análisis de la información recogida y conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios, con el objetivo de prevenir que ocurran en el futuro, o minimizar sus consecuencias (ENEAS 2005).
Los Sistemas de Registro y Notificación de problemas de seguridad permitiran estrategias para su reducción o eliminación. Es necesario entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes.
Los objetivos de este programa de gestion de riesgos clinicos son: Identificar y analizar los eventos adversos. Prevenir los eventos adversos. Reducir sus efectos. Aprender de las experiencias y contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo. La mejora de la notificación de eventos adversos, permitirá focalizar los esfuerzos de mejora y gestionar el riesgo.Crear cultura de Seguridad para el Paciente entre los profesionales y eliminar el miedo a la notificación.El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren la atención y también recomendar “buenas prácticas” a seguir.Intentar que los formatos faciliten la comunicación y, en el caso de que sean anónimos, intentar transmitir confianza a los posibles notificadotes sobre la seguridad de la notificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Comprender el procedimiento de notificación de incidente o evento adverso. Adquirir habilidades para analizar y comunicar un incidente o evento adverso.
Aplicar las habilidades de identificación y comunicación aprendidas. Analizar la importancia de la comunicación y registro de los incidentes o eventos adversos en la disminución de los mismos.
La seguridad es un tema muy importante dentro de los sistemas de registro y notificación ya que los datos que se van a documentar son confidenciales y lo que se pretende es que sigan siéndolo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Realizar reuniones introductorias de los miembros de la sección propiciando la cultura del riesgo clínico y de la notificación:
2.-Asignar a las personas que de forma voluntaria van a analizar el evento registrado.
3.-La introducción de los datos de la persona que notifica puede realizarse de forma anónima, sin que se llegue a saber quién o desde dónde ha realizado la notificación.
4.-La confidencialidad y la protección de los datos contra los accesos.
5.-Garantía de no revelación pública de los datos (recoger, analizar y responder)
6.-Tratarlo como un problema de equipo y no individual.
7.- La notificación se aconseja se realice en las primeras 24 horas desde la producción del incidente para evitar errores en la percepción del incidente.
8.- Analizar en periodo corto de tiempo el suceso registrado y valorar el establecimiento o no de medidas correctoras dirigidas a evitar la repetición del incidente
9.-Fomentar la práctica de la notificación como un hábito entre los profesionales.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 014

1. TÍTULO

PROGRAMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA. SISTEMA DE NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS.

(Responsables: A.Romo Montejo y Grupo de Mejora de Neonatología)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:
Hoja de notificación que deje constancia del incidente.
Elaboración de informes por efecto adverso y categorías, en función de los objetivos del sistema de notificación.
Elaboración de alertas para difundir situaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial relevancia, con el propósito de hacer llegar sus recomendaciones al máximo número de profesionales posible.
En formato papel (enviado por fax) o el electrónico enviado por correo electrónico. Confidencial y anónima sin identificación de la persona.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
1.-Encuesta sobre seguridad del paciente al personal de la sección.
2.-Formación del Comité para la SC del P. y realización de cursos de formación.
3.-Elaboración de la hoja de notificación del efecto adverso en formato papel o correo electrónico.
4.-Elaboración del documento de Informe por efecto adverso y categoría.
5.-Elaboración de alertas para difundir situaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial relevancia, con el propósito de hacer llegar sus recomendaciones al máximo número de profesionales posible. Centradas en mejoras hacia el sistema más que hacia la persona.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:
Fecha de Inicio: Febrero 2010.
Fecha de Finalizacion: Febrero 2011.
Actividades :
Encuesta sobre seguridad del paciente al personal de la Seccion: Febrero,Marzo y Abril 2010.
Formación del Comité para la SC del P. y realización de cursos de formacion: Febrero, Marzo, Abril Mayo, Junio y Julio 2010.
Elaboración de la hoja de notificación del efecto adverso en formato papel o correo electrónico: Febrero, Marzo, Abril Mayo, Junio y Julio 2010.
Elaboración del documento de Informe por efecto adverso y categoría:
Febrero, Marzo, Abril Mayo, Junio y Julio 2010
Comunicación al personal de la Unidad: Agosto y Septiembre 2010
Puesta en marcha y desarrollo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2010
Revisión de indicadores.2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. SEGUNDO RITE GRACIA-MEDICO PEDIATRA-H.U.MIGUEL SERVET/
CRISTINA FERNANDEZ ESPUELAS-MEDICO PEDIATRA-H.U.M.I.MIGUEL SERVET/
SONIA TORRES-MEDICO PEDIATRA-H.U.M.I.MIGUEL SERVET/
ZENAIDA GALVE-MEDICO-H.U.M.I.MIGUEL SERVET/
JUANA ABADIA-ENFERMERA-H.U.M.I.MIGUEL SERVET/
MARIA MAR BRUNA-ENFERMERA-H.U.M.I.MIGUEL SERVET/
GEMA GRACIA-ENFERMERA-H.U.M.I.MIGUEL SERVET

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 403

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INFORMACION SOBRE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CONSULTA PREANESTESICA

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA ROVIRA FLORES
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AUGUSTO NAVARRO HERNANDO- ANEST- HM
JAVIER BONED NAVARRO-ANEST.-HM
CRISTINA CARLUCCIO-ANEST- HM
NOELIA LAFUENTE OJEDA-ANEST.-HM
JOSÉ LUIS BORQUE MARTÍN-ANEST-HM

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

En la evaluación por encuesta postanestsia que periódicamente realiza el Grupo de Mejora de la Unidad para conocer la opinión sobre la atención recibida, las pacientes consideran buena o suficiente la información recibida en la consulta preanestésica y buena la analgesia postoperatoria, con alto porcentaje de pacientes que dicen haber tenido menos dolor del esperado. Sin embargo la información sobre analgesia postoperatoria sigue siendo pese haber mejorado un área de franca mejora, pues sólo el 50% dicen haber recibido información.

Dada la importancia de la información en la modulación de las expectativas y de la satisfacción con la atención recibida, creemos importante acometer actividades para corregir esta deficiencia.

	Hospital Maternal 2005	2009
Dolor potoperatorio		
Menos del Esp.	73,3%	77,8%
Esperado	26,7%	14,8%
Más	0,0%	7,4%
Mucho Más	0,0%	0,0%
Información en consulta sobre analgesia postoperatoria		
si	30,8%	50,0%
no	69,2%	45,8%
n.c.	0,0%	4,2%
Información general suficiente		
si	93,8%	77,8%
no	6,3%	22,2%
n.c.	0,0%	0,0%

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 403

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INFORMACION SOBRE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CONSULTA PREANESTESICA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de la satisfacción con la atención recibida de las pacientes ginecológicas mediante la mejora de la información preoperatoria sobre analgesia postoperatoria facilitada a las pacientes en la consulta preanestésica.
Elaboración protocolo de información a facilitar en consulta y folleto informativo para pacientes sobre analgesia postoperatoria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaborar borrador de protocolo de información preoperatoria sobre analgesia postoperatoria
2.- Elaboración borrador de folleto informativo sobre analgesia postoperatoria
3.- Aprobación Protocolo y Folleto
4.- Encuesta postanestesia
5.- Análisis de resultados en encuesta postanestésica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Objetivo 1:
- Proporcionar a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor ginecológica información suficiente y clara sobre analgesia postoperatoria
Indicador : Existencia de un protocolo consensuado de información sobre analgesia postoperatoria
Evaluación: Realización si/no
Indicador : Existencia de folleto informativo sobre analgesia postoperatoria
Evaluación: Realización si/no

2.Objetivo 2:
- Mejorar la información facilitada a las pacientes en la consulta preanestésica sobre analgesia postoperatoria
Indicador : % de pacientes que dicen haber recibido información sobre analgesia postoperatoria en consulta preanestésica

Objetivo 2010 : >70% de las pacientes

Evaluación: Encuesta Postanestesia

3.Objetivo 3:
- Mejora de la satisfacción con la información preoperatoria de las pacientes ginecológicas

Indicador : % de pacientes que dicen estar satisfechas o muy satisfechas con la información sobre analgesia postoperatoria recibida en consulta preanestésica

Objetivo 2010 : >90% de las pacientes

Evaluación: Encuesta Postanestesia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO-ABRIL:
Elaboración del borrador de protocolo de analgesia postoperatoria

ABRIL-MAYO:
Discusión y aprobación por Grupo de Mejora

MAYO-JUNIO:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 403

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INFORMACION SOBRE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CONSULTA PREANESTESICA

Elaboración del borrador de folleto informativo para los pacientes y difusión en la consulta preanestésica

JUNIO-JULIO:
Discusión y aprobación por Grupo de Mejora

JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE-OCTUBRE:
Implantación del protocolo de información

NOVIEMBRE:
Encuesta postanestesia modifiacada para evaluar los resultados e indicadores

DICIEMBRE:
Análisis de los resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Diseño - Edición folleto y material de soporte	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 143

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CAPILAROSCOPIA IN SITU EN LA CONSULTA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES PARA EL DIAGNOSTICO RAPIDO DE ESCLERODERMIA Y OTRAS CONECTIVOPATIAS EN PACIENTES CON FENOMENO DE RAYNAUD

2. RESPONSABLE ..... LUIS SAEZ COMET
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSÉ VELILLA MARCO-MÉDICO-UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
DOLORES PAMPLONA NERI-ATS-UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza atiende a pacientes con lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndrome antifosfolípido, síndrome de Sjögren, vasculitis y otras conectivopatías. En varias de estas enfermedades está presente el fenómeno de Raynaud, alteración consistente en cambios de coloración de los dedos, debido a fenómenos vasomotores. Además de estar presente, el fenómeno de Raynaud suele ser uno de los primeras manifestaciones de estas patologías, por lo que su estudio resulta muy rentable para el diagnóstico de las conectivopatías, fundamentalmente en la esclerodermia.
En esta Unidad se atiende un elevado número de pacientes con fenómeno de Raynaud, de tal forma que en el año 2009 fue el 2º motivo de consulta más frecuente, con 46 casos (un 20%), sólo por detrás de las lesiones cutáneas (23%). Además de estos pacientes que debutan con fenómeno de Raynaud, son numerosos los pacientes que también presentan este síntoma a lo largo de su evolución, como parte de su enfermedad.
El estudio de los pacientes con fenómeno de Raynaud incluye habitualmente la realización de una analítica general, radiografía de tórax, estudio de autoinmunidad y capilaroscopia periungueal. Nuestro servicio lleva más de 20 años realizando esta prueba diagnóstica, habiendo realizado más de 900 hasta ahora, unas 160 anuales en los últimos años. Venimos observando además un aumento progresivo del número de capilaroscopias que realizamos cada año, lo que genera un aumento de la lista de espera para la realización de esta prueba. En el inicio de 2009 esta lista de espera llega a unos 5-6 meses.
Esta prueba se lleva a cabo en un despacho anexo a consultas, mediante la utilización de un capilaroscopio periungueal conectado a un ordenador e impresora. El capilaroscopio del que disponemos en el servicio es un estereomicroscopio modelo ZUZI, Mod. 235-1 que precisa su montaje previo e instalación, lo que exige acumular la realización de las capilaroscopias un día a la semana y citar previamente a las consultas.
En los últimos meses se disponen de modelos de capilaroscopios más económicos (como por ejemplo el modelo DINO-LITE AMH-N5UT), que se conectan directamente al ordenador mediante sus puertos USB, haciendo mucho más rápida su preparación y puesta en marcha. El disponer de un modelo de estas características nos permitiría realizar muchas de estas capilaroscopias directamente en la consulta de primer día de los pacientes que presenten fenómeno de Raynaud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realización de capilaroscopias de screening a los pacientes enviados para estudio de Raynaud en las consultas de primer día.

Reducción de lista de espera de las capilaroscopias “tradicionales” con el estereomicroscopio.
Creación de un archivo de fotos con las imágenes de las capilaroscopias realizadas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer unos criterios de inclusión para pacientes con Raynaud que puedan someterse a la realización de capilaroscopia en su primer día de consulta. Dres. Luis Sáez y José Velilla
Adquisición de un modelo de capilaroscopio directamente conectado a un ordenador. Dr. Luis Sáez y José Velilla.
Creación de una base de datos para almacenar los informes de las capilaroscopias periungueales realizadas en nuestro servicio. Dr. Luis Sáez.
Estudio de las primeras citas de cada día, seleccionando los pacientes con Raynaud a los que se les pueda realizar la capilaroscopia el primer día de consulta (ATS-DUE Dolores Pamplona).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 143

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CAPILAROSCOPIA IN SITU EN LA CONSULTA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES PARA EL DIAGNOSTICO RAPIDO DE ESCLERODERMIA Y OTRAS CONECTIVOPATIAS EN PACIENTES CON FENOMENO DE RAYNAUD

Asistencia a cursos específicos de capilaroscopia (Dr. Luis Sáez)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de capilaroscopia inicial al 80% de los pacientes enviados para estudio de fenómeno de Raynaud a las consultas de la UEAS.
Realización de informes capilaroscópicos de todas las capilaroscopias realizadas en el servicio, tanto con el modelo tradicional de estereomicroscopio, como con el nuevo modelo adquirido.
Reducción de la lista de espera de capilaroscopias de 6 meses a 3 meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero de 2010:
Elaboración criterios de inclusión.
Elaboración base de datos para la realización de capilaroscopias.
Marzo de 2010 a Febrero de 2011:
Realización de capilaroscopias “directas” a los pacientes enviados para estudio de fenómeno de Raynaud, a la vez que continuamos con las capilaroscopias “tradicionales”, los martes de 13.30h a 14.30h.
Septiembre de 2010:
Asistencia al 4th EULAR Course on Basic and Advanced Capillaroscopy in Rheumatic Diseases, a celebrar en Génova.
Febrero de 2011: evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Capilaroscopio USB modelo DINO-LITE AMH-N5UT	500 €
· Netbook con pantalla táctil modelo Asus TM91T	600 €
· Asistencia al 4th EULAR Course ... (1)	1.000 €
· Impresora color	200 €
· Material fungible y de papelería ... (2)	200 €
Total	2.500 €

11. OBSERVACIONES. (1) Asistencia al 4th EULAR Course on Basic and Advanced Capillaroscopy in Rheumatic Diseases
(2) Material fungible y de papelería (papel fotográfico, tinta impresora, aceite de inmersión)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 125

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA PARICION DE ULCERAS POR DECUBITO MEDIANTE LA UTILIZACION DE ALMOHADAS ANATOMICAS

2. RESPONSABLE ..... SONIA SANCHEZ ESCOBEDO
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA VASCULAR
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª LUISA TABUENCA ARCE-ENFERMERA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-CIRUGIA VASCULAR
EVA Mª SANZ ABOS-ENFERMERA-HOSPITAL MIGUEL SERVET-CIRUGIA VASCULAR
GERARDO PASTOR-CIRUJANO VASCULAR-HOSPITAL MIGUEL SERVET-CIRUGIA VASCULAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Utilidad de las almohadas anatómicas para evitar la aparición de úlceras por decúbito evitando los habituales puntos de presión,(fundamentalmente talones)en sustitución de los actuales apósitos (taloneras) utilizados actualmente para ese propósito. Resultaría un método cómodo y mucho más económico dado que se podrían reutilizar las almohadas en distintos pacientes, no como los apósitos, que son de un sólo uso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir una reducción en la aparición de problemas relacionados con la aparición de úlceras por presión de una manera cómoda para el paciente y una reducción en el gasto de material utilizado con ese propósito

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende utilizar las almohadas con pacientes con la movilidad reducida, sustituyendo las taloneras actuales por este método. El personal de enfermería en colaboración con el personal médico de la uidad, supervisarían los resultados obtenidos para poder realizar un estudio comparativo entre ambas técnicas. Es una inversión mínima y los resultados a corto y medio plazo se esperan muy positivos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se observará la aparición de rojeces y lesiones cutánteas en los puntos de presión a estudio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se preve una duración aproximada de un año

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 10 almohadas anatómicas (10 €/unidad) ..... 100 €

Total ..... 100 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 148

1. TÍTULO

INMOVILIZACION PROLONGADA EN EMBARAZADAS: REPERCUSIONES FISICAS Y EMOCIONALES

2. RESPONSABLE ..... MARIA RAQUEL SANGÜESA GIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERIA
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MEDICINA MATERNO FETAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PILAR ANDRÉS ORÓS-MÉDICO-HMI-MEDICINA MATERNO FETAL
ESTHER AZCUTIA MARCO-SUPERVISORA ENFERMERÍA-HMI-MEDICINA MATERNO FETAL
CHARO LAENCINA LÁZARO-MATRONA-HMI-MEDICINA MATERNO FETAL
ANA LAVIÑA CASTÁN-MATRONA-HMI-MEDICINA MATERNO FETAL
LETICIA MORERA LIANEZ-MATRONA-HMI-MEDICINA MATERNO FETAL
ELENA ORTEGA LACAMBRA-MATRONA-HMI-MEDICINA MATERNO FETAL
ADELA RODRIGUEZ MARQUEZ-MATRONA-HMI-MEDICINA MATERNO FETAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El problema ha sido detectado mediante entrevistas personalizadas a pacientes ingresadas durante un periodo prolongado en la unidad de medicina materno fetal del HMI y consiste en:
Deterioro del bienestar físico y emocional, secundario a la inmovilización prolongada en mujeres embarazadas, manifestado por lo que nos han transmitido las pacientes en dichas entrevistas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
- Gestantes hasta la semana 30-32, ingresadas por APP, fisura de bolsa amniótica y RPM. En los dos primeros casos los ejercicios podrían comenzar una vez pasen las primeras 72 horas y comprobando que no exista ninguna otra contraindicación como metrorragia...
- Gestantes a partir de la semana 30 ó 32 según circunstancias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Realización y desarrollo de tabla de ejercicios para mejora del bienestar físico y emocional de las pacientes ingresadas en nuestra unidad durante un largo periodo de tiempo.

-Toma de conciencia del personal sanitario responsable, del deterioro de la salud que sufren estas pacientes, debido a la inmovilización prolongada y formación complementaria al personal sanitario de la unidad, centrada en los tratamientos requeridos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Implementación de ejercicios de mantenimiento del tono muscular a las pacientes ingresadas con diagnósticos médicos de: rotura prematura de membranas (RPM) y amenaza de parto prematuro (APP) ingresadas en planta 6ª del HMI. (Charo Laencina, Adela Rodriguez).
-Elaboración y distribución de folletos informativos sobre ejercicios de mantenimiento de tono muscular (Ester Azcutia, Leticia Morera, Ana Laviña). En colaboración con el servicio de Rehabilitación y Fisioterapia del HMS.
-Análisis y evaluación posterior de los resultados de nuestra acción (Pilar Andrés, Raquel Sangüesa, Elena Ortega)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Implantación y distribución de folletos a las pacientes de nuestra unidad que cumplan los criterios de inclusión.
- Valoración del seguimiento de la tabla de ejercicios por parte de las pacientes incluidas en el estudio. Dicha actividad se realizará periódicamente en el pase de planta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Diseño de tablas de ejercicios y elaboración de folletos y pósters informativos. (Marzo-Abril 2010).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 148

1. TÍTULO

INMOVILIZACION PROLONGADA EN EMBARAZADAS: REPERCUSIONES FISICAS Y EMOCIONALES

2.Adquisición de material necesario para la realización de las tablas de ejercicios y organización logística dentro de la unidad (Marzo-Abril 2010).
3.Exposición al personal de la unidad la tabla de ejercicios diseñada (Abril 2010).
4.Implementación a la población de estudio (Mayo 2010 hasta Mayo 2011).
5.Análisis de resultados y evaluación del proyecto (Mayo 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ARMARIO PARA GUARDAR MATERIAL	400 €
· MATERIAL FUNGIBLE PARA CHARLAS Y FORMACIÓN DEL PERSONAL	200 €
· DISEÑADOR DE FOLLETO	300 €
· IMPRESIÓN DE FOLLETOS Y POSTERS	300 €
· MATERIAL REHABIILITADOR/FISIOTERAPIA	400 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 175

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES

2. RESPONSABLE ..... GONZALO SANTANA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
CARLOS LAPRESTA MOROS-MÉDICO-HUMS-MEDICINA PREVENTIVA
MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ NAVARRETE-MÉDICO-HUMS-MEDICINA PREVENTIVA
RAFAEL HUARTE LACUNZA-FARMACEÚTICO-HUMS-FARMACIA
MARÍA JOSÉ REVILLO PINILLA-MÉDICO-HUMS-MICROBIOLOGÍA
VÍCTOR GONZÁLEZ SANZ-MÉDICO-HUMS-CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las resistencias antibióticas hacen a las infecciones asociadas a cuidados sanitarios más difíciles de prevenir y tratar, porque:

- Incrementan la estancia hospitalaria y la morbi-mortalidad.
- Contribuyen a la diseminación de la infección nosocomial.
- Obligan a utilizar fármacos más alejados del tratamiento convencional con un perfil de seguridad y efectividad de menor evidencia conocida.
- Incrementan los costes asociados a cuidados.

Se puede afirmar por tanto que los gérmenes multirresistentes son una entidad de incuestionable importancia en el contexto de las infecciones asociadas a cuidados sanitarios. Sin embargo, hoy en día no existe un consenso internacional en la definición de multirresistencia.

La relación entre la aparición de gérmenes multirresistentes y el uso adecuado de fármacos antimicrobianos es clara.

Una definición de multirresistencia ajustada a nuestro entorno así como una guía de buen uso del medicamento específico por localización y agente pueden reducir las infecciones por estos gérmenes y disminuir sus resistencias antibióticas.

El trabajo multidisciplinar entre los servicios de Microbiología, Farmacia, Medicina Preventiva y y unidades clave (como Cuidados Intensivos) es una pieza angular en el camino hacia la reducción de este tipo de infecciones.

-->Bibliografía básica<--

Lipsitch M, Samore MH. Antimicrobial use and antimicrobial resistance: a population perspective. Emerg Infect Dis 2002; 8: 347-54
Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, O'Grady NP, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009 Jul 1;49(1):1-45.
Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD004417.
ECDC Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections Programme. Antibiotic resistance in Europe: the challenges ahead. Euro Surveill. 2009 Nov 12;14(45). pii: 19405.
Therre H. National policies for preventing antimicrobial resistance - the situation in 17 European countries in late 2000. Euro Surveill. 2001 Jan;6(1):5-14.
Walton RT, Harvey E, Dovey S, et al. Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD002894.
Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, et al. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000259.
Scottish intercollegiate Guidelines Network. Community management of lower respiratory tract infection in adults (No.59). Edinburgh: SIGN; 2002. Available

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 175

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES

from:URL: http://www.sign.ac.uk
British Thoracic Society. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Thorax 2001;56(suppl IV). Available from: URL: http://www.brit-thoracic.org.uk
Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, et al. Effect of ß lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillin: prospective cohort study. BMJ 2002;324:2831.
Barbut F, Meynard JL. Managing antibiotic associated diarrhoea. BMJ 2002;324:13456

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende elaborar una guía de fácil manejo basada tanto en la evidencia disponible como en la realidad de nuestro entorno de recomendaciones antibióticas frente a gérmenes multirresistentes.

Criterio de Calidad: Ante una infección por microorganismo multirresistente deberá utilizarse alguno de los fármacos recomendados en la guía siempre que no existan contraindicaciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad: revisión bibliográfica de gérmenes multirresistentes y tratamiento antibiótico recomendado.
Método: revisión sistemática.

Actividad: análisis de los resultados de infecciones por multerristentes en nuestro entorno.
Método: estadística descriptiva.

Actividad: elaboración de una guía breve y manejable de los principales procesos y gérmenes y sus recomendaciones de tratamiento.
Método: priorización de procesos y gérmenes clave, elaboración de un borrador sencillo y manejable

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de un borrador de la guía.
Indicador: borrador de la guía elaborado.
Estándar: sí.

Presentación de la guía a la Comisión de Infecciones.
Indicador: guía aprobada por la Comisión de Infecciones.
Estándar: sí.

Presentación de la guía a servicios clave.
Indicador: guía presentada en sesión a servicio/s clave.
Estándar: sí.

Pilotaje de cumplimiento de las recomendaciones.
Indicador: número de infecciones de localización y germen indicado en la guía tratados según pauta recomendada / número de infecciones de localización y germen indicado en la guía tratados (por 100).
Estándar: >75%

Revisión y puesta en común de la primera versión de la guía, identificación de puntos de mejora.
Indicador: informe de evaluación.
Estándar: informe realizado

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 175

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA DE RECOMENDACIONES DE PRESCRIPCION ANTIBIOTICA PARA GERMENES MULTIRRESISTENTES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: marzo 2010
Fecha final: diciembre 2011

Revisión bibliográfica de gérmenes multirresistentes y tratamiento antibiótico recomendado: marzo-mayo 2010

Análisis de los resultados de infecciones por multerristentes en nuestro entorno: mayo-septiembre 2010

Elaboración de un borrador de la guía: septiembre-diciembre 2010

Presentación de la guía a la Comisión de Infecciones: primer semestre 2011

Presentación de la guía a servicios clave: primer semestre 2011

Pilotaje de cumplimiento de las recomendaciones: segundo semestre 2011

Revisión y puesta en común de la primera versión de la guía, identificación de puntos de mejora: segundo semestre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- (*)Inscripción congreso ..... 700 €

Total ..... 700 €

11. OBSERVACIONES. (*)Inscripción congreso: 7th International Conference of the Hospital Infection Society

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 514

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL TRABAJO DE ENFERMERIA EN EL IMPLANTE PERCUTANEO DE PROTESIS VALVULARES AORTICAS EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION SANTOLARIA AISA
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. HEMODINAMICA/CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELIA ESTEBAN LORENTE-DUE-HUMS-HEMODINÁMICA
BEATRIZ EGIDO DOMINGUEZ-DUE-HUMS-HEMODINÁMICA
SUSANA SANCLEMENTE GIMENEZ- DUE-HUMS-HEMODINÁMICA
EVA OLIVER VALCARCEL- DUE-HUMS-HEMODINÁMICA
JOSE ANTONIO DIARTE DE MIGUEL-MEDICO-HUMS- CARDIOLOGIA-HEMODINAMICA
MªCRUZ FERRER GRACIA -MEDICO-HUMS- CARDIOLOGIA-HEMODINAMICA
ISABEL CALVO CEBOLLERO -MEDICO-HUMS- CARDIOLOGIA-HEMODINAMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más frecuente en los países occidentales diagnosticándose en un 4.6% de la población mayor de 75 años. La cirugía de recambio valvular aórtico es el tratamiento de elección para pacientes sintomáticos con EA severa. Sin embargo, en personas de edad avanzada y/o con comorbilidad importante, la cirugía cardíaca puede tener un riesgo/beneficio desproporcionado. Recientemente se han desarrollado dispositivos que permiten la implantación de prótesis aórticas transcatéter convirtiendo esta técnica en una prometedora alternativa para los pacientes de alto riesgo quirúrgico o no operables. El procedimiento se realiza bajo anestesia general o sedación profunda y requiere un equipo multidisciplinar de cardiólogos intervencionistas y enfermeras con experiencia en hemodinámica, ecocardiografista, anestesista, cirujano cardíaco, cirujano vascular y enfermera instrumentista. La cooperación y trabajo conjunto de las especialidades implicadas, es de extraordinaria
importancia para iniciar un programa de este tipo.
Para todo el procedimiento desde la selección de los pacientes, la disposición del quirófano, la intervención, hasta el cuidado postoperatorio, es preceptivo una decisión multidisciplinar. El equipo de enfermería debe controlar las condiciones en que el paciente llega a la sala de hemodinámica, monitorizar sus constantes vitales, colaborar con el anestesista en mantener al paciente en situación hemodinámica optima durante el procedimiento, revisar con antelación todo el material necesario y su correcto funcionamiento, instrumentar el procedimiento en total coordinación con el hemodinamista y asegurar la continuidad de cuidados del paciente cuando sea trasladado a la UCI tras el procedimiento.
El proyecto de puesta en marcha de esta tecnologia en el HUMS en el segundo semestre del 2010, exige la formación adecuada de todo el personal, siendo la enfermeria un punto clave en el desarrollo del proyecto. La posible movilidad del personal de enfermeria hace imprescindible garantizar la continuidad del proyecto, protocolizando las actuaciones de cada puesto de trabajo y asegurando la formación del personal para el correcto desempeño del mismo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Mejorar la seguridad del paciente antes, durante y post-el procedimiento de implante valvular percutáneo.
2.- Garantizar la correcta preparación de la protesis aortica para el implante.
3.- Garantizar la máxima colaboración del equipo multidisciplinar durante el implante.
3.- Asegurar la continuidad de cuidados tras el implante

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Curso de formación teorica en la patologia valvular aórtica y caracteristicas de los pacientes con dicha patologia. Responsables: Dres: JA Diarte y MC Ferrer
2.- Curso de formación en tecnicas intervencionistas en patologia cardiaca estructural. Implante transcateter de protesis aortica en la estenosis valvular aórtica severa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 514

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL TRABAJO DE ENFERMERIA EN EL IMPLANTE PERCUTANEO DE PROTESIS VALVULARES AORTICAS EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA

Responsables: Dres: JA Diarte y MC Ferrer
3.-Asistencia a cursos de formación en centros de referencia para el equipo multidisciplinar que incluye formación especifica para las DUES del equipo tanto para la preparación del material como para la asistencia instrumental y de cuidados de enfermeria durante el procedimiento.
Responsables de organización: Isabel Calvo / Concepción Santolaria
4.- Protocolo de cuidados de enfermeria durante el procedimiento.
Responsables: Beatriz Egido y Susana Sanclemente.
5.- Protocolo de preparación de la protesis y asistencia al implante.
Responsables: Concepción Santolaria y Delia Esteban.
6.- Protocolo de cuidados post-procedimiento.
Responsables: Susana Sanclemente y Eva Oliver

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Asistencia a cursos de formación en centros de referencia:
- Nº de cursos:
- DUES asistentes:
2.-Cursos de formación organizados en el centro:
-SI/no
-Nº Asistentes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.-Asistencia a cursos de formación en centros de referencia para el equipo multidisciplinar que incluye formación especifica para las DUES del equipo tanto para la preparación del material como para la asistencia instrumental y de cuidados de enfermeria durante el procedimiento. Marzo-Octubre 2010.
2.- Cursos de formación teorica en la patologia valvular aórtica y caracteristicas de los pacientes con dicha patologia.
Abril 2010
3.- Curso de formación en tecnicas intervencionistas en patologia cardiaca estructural. Implante transcateter de protesis aortica en la estenosis valvular aórtica severa.
Abril-Mayo 2010
4.- Elaboración protocolos enfermeros:
Junio 2010-Junio 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos desplazamiento para formación equipo	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 529

1. TÍTULO

VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA. ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROCESO DIFICIL Y POCO FRECUENTE DE ENFERMERIA DE HEMODINAMICA

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION SANTOLARIA AISA
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. HEMODINAMICA/CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EVA OLIVER VALCÁRCEL-DUE-H.U.MIGUEL SERVET-HEMODINÁMICA
BEATRIZ EGIDO DOMÍNGUEZ-DUE-H.U.MIGUEL SERVET-HEMODINÁMICA
SUSANA SANCLEMENTE GIMÉNEZ -DUE-H.U.MIGUEL SERVET-HEMODINÁMICA
DELIA ESTEBAN LORENTE-DUE-H.U.MIGUEL SERVET-HEMODINÁMICA
GABRIEL GALACHE OSUNA-MÉDICO-H.U.MIGUEL SERVET-CARDIOLOGIA-HEMODINÁMICA
CRISTINA MORENO AMBROJ-MÉDICO-HU. MIGUEL SERVET-CARDIOLOGIA-HEMODINÁMICA
ISABEL CALVO CEBOLLERO-MÉDICO-HU MIGUEL SERVET-CARDIOLOGIA-HEMODINÁMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estenosis mitral o estenosis de la válvula mitral es una valvulopatía caracterizada por el estrechamiento anormal del orificio de la válvula mitral del corazón. En la mayoría de los casos el origen es reumático.
La valvuloplastia mitral vía percutánea (VMP) consiste en la dilatación de dicha válvula estenótica mediante un catéter-balón .El procedimiento se realiza en la sala de hemodinámica con el paciente despierto (ligeramente sedado), por abordaje percutáneo femoral bilateral. Incluye la realización de un cateterismo de corazón derecho e izdo. con coronariografia y cateterismo transeptal, que permite el abordaje de la aurícula izda., a través del septo interauricular, vía por la que se realiza el paso de material de dilatación de grueso calibre que incluye un balón que se infla en el orificio mitral para provocar su dilatación.
La técnica es compleja y exige buen conocimiento de la misma en cada una de sus fases y excelente coordinación del equipo para que pueda ser realizada con buenos resultados y seguridad para el paciente. La curva de aprendizaje del personal que participa en el procedimiento, hemodinamistas y profesionales de enfermería es larga y la formación en el proceso se ve limitada por el número de VMP realizadas (casos/año/unidad).
Según datos del registro nacional de la Sección de Hemodinámica de la SEC, el número de VMP realizadas en España en 2008 fue tan solo de 371 procedimientos. El número ha bajado espectacularmente en los últimos 15 años (en 1993 se realizaron en España 825 VMP), debido a la casi desaparición de la carditis reumática en nuestro medio, pero parece que últimamente hay un repunte de los pacientes con estenosis mitral reumática en población inmigrante que pueden ser candidatos a intervencionismo percutáneo.
En nuestro hospital (HUMS), en el último año se realizaron 12 procedimientos de VMP, cuatro más que en 2008, y en este momento la tendencia sigue siendo creciente.
Por otro lado el personal de enfermería especializado y formado en técnicas complejas es escaso y al problema se añade la movilidad del personal dentro del sistema.
El grupo de mejora de hemodinámica del HUMS, constituido por hemodinamistas y profesionales de enfermeria ha identificado este problema y planteado la necesidad de elaborar y poner en marcha el proceso de VMP en la Unidad, priorizando la realización del subproceso de enfermería por las razones antes señaladas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERALES:
-Disminuir la variabilidad enfermera en el proceso de VMP.
-Mejorar la calidad de la asistencia prestada al paciente en la Sala de Hemodinámica.
-Mejorar la seguridad del paciente sometido al procedimiento.
-Mejorar la continuidad de cuidados entre hospitalización y hemodinámica.
-Mejorar la información en VMP al paciente y a su entorno.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 529

1. TÍTULO

VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA. ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROCESO DIFICIL Y POCO FRECUENTE DE ENFERMERIA DE HEMODINAMICA

ESPECIFICOS:
-Mejorar la información del paciente y de su entorno.
-Mejorar el conocimiento de la patología, del procedimiento y de sus posibles complicaciones que permitan prevenir y detectar precozmente las complicaciones intra y postintervención.
-Mejorar el conocimiento del material necesario para la intervención y la preparación del mismo.
-Identificar, definir registras las acciones, que en cada uno de los puestos funcionales dentro de la VMP realiza la enfermera, de forma organizada y objetiva.
-Asegurar una correcta anticoagulación en el momento preciso.
-Instrumentar el procedimiento asegurando las medidas de asepsia para conseguir un resultado óptimo, rápido y sin complicaciones.
-Vigilar estabilidad hemodinámica.
-Control de hemorragia y hemostasia de la zona de punción

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Charla: Valvuloplastia mitral percutánea. A quién, por qué, para qué y cómo. Contenido: Estenosis mitral. Anatomía, fisiopatología, opciones terapéuticas. Intervención mitral percutánea: Material y Fases de la técnica. Preparación y cuidados antes, durante y post-intervención. Casos clínicos.Dirigido a todo el personal de la Unidad.
Responsable: Galache- Moreno- Santolaria.
2.- Taller de material específico en VMP. Preparación y uso.
Contenido: Conocimiento del material de VMP y preparación del mismo para la intervención mediante material usado en intervenciones previas.Dirigido a todo el personal de la Unidad.
Responsables: Santolaria y Calvo.
3.- Elaboración del Proceso de enfermería en VMP.
Incluye la mejora de la formación del equipo en procesos.
Responsables: Santolaria, Oliver, Egido, Sanclemente y Esteban.
4.- Hoja de cuidados de enfermería en VMP con registro de situación hemodinámica del paciente, acciones y fármacos antes, durante y post-procedimiento.
Responsables: Egido y Sanclemente.
5.- Mejora de la información; Conocer el grado de conocimiento del paciente. Reforzar la información del paciente en caso de necesidad. Asegurarse de que la familia ha sido informada. Asegurarse de que el paciente sabe que su familia se encuentra informada. Comprobar que el consentimiento informado ha sido firmado.
Responsables: Oliver y Esteban
6.- Elaboración de DCI de la VMP y material informativo.
Grupo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Realización de taller de material de VMP SI/NO
2.- Elaboración de DCI específico para la VMP SI/NO
3.- Elaboración de hoja de cuidados de enfermeria SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades a desarrollar Marzo 2010- Junio 2011
1.- Charla: Valvuloplastia mitral percutánea. A quién, por qué, para qué y como. Marzo 2009
2.- Taller de material específico en VMP. Preparación y uso.3 talleres año (Marzo, Mayo, Septiembre).
3.- Proceso de enfermeria en VMP. Marzo 2010-2011
4.- Hoja de cuidados de enfermeria en VMP .
Marzo 2010-Diciembre 2010

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 529

1. TÍTULO

VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA. ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROCESO DIFICIL Y POCO FRECUENTE DE ENFERMERIA DE HEMODINAMICA

5.- Elaboración de DCI de la VMP
Marzo 2010-Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Asistencia a Congreso/Curso ..... 500 €
Total ..... 500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 101

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET): INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN SANZ HERNANDEZ
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE PARITORIOS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA BELÉN SUBIRÓN VALERA-MATRONA-HUMS
BELÉN SABATER ADAN-MATRONA-HUMS
SOFÍA GOTOR COLÁS-MATRONA-HUMS
LUZ GOTOR COLÁS-MATRONA-HUMS
ELENA ORTEGA LACAMBRA-MATRONA-HUMS
BEATRIZ MARCHADOR PINILLOS-MATRONA-HUMS
BELÉN RODRÍGUEZ SOLANILLA-F.E.A.- HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuación con el programa de prevención de la mutilación genital femenina (MGF) que se viene desarrollando satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad desde el año 2002 en el HCU y desde el año 2008 también en el HUMS.

El Programa de prevención de la mutilación genital femenina incluye:
1. Informar a las mediadoras socioculturales sobre las mujeres procedentes de países reconocidos como de riesgo de MGF que acuden al HUMS.
2. Prevenir y evitar la práctica de la MGF en las hijas de las mujeres que provienen de países reconocidos como de riesgo.

Persiguiendo con este proyecto una doble finalidad:
1. Mejorar la asistencia obstétrica en nuestro servicio de las mujeres que presentan una MGF.
2. Informar y sensibilizar a las comunidades procedentes de países de riesgo y a los profesionales sanitarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
- Intervención preventiva en el hospital mediante la identificación, registro, entrevista y entrega de folleto informativo a través de las mediadoras socioculturales a todas aquellas mujeres procedentes de países considerados de riesgo de MGF que dieron a luz en el HUMS. Este año hemos trabajado conjuntamente (Hospital Clínico, Hospital Miguel Servet, Hospital San Jorge de Huesca y voluntarios de Médicos del Mundo) con tres mediadoras culturales.
- Análisis estadístico del libro de paritorios del año 2009 por países de riesgo de MGF. hemos registrado en el libro de partos 164 mujeres procedentes de países considerados de riesgo de entre ellos se han contabilizado 32 casos y en 23 de ellos las mujeres han sido entrevistadas por una de las mediadoras socioculturales.
- Colaboración en el curso dirigido por Médicos del Mundo para mujeres procedentes de países considerados de riesgo, sobre salud materno-infantil y prevención de la MGF.
- Participación en la organización de Talleres de Médicos del Mundo sobre crianza y promoción de la igualdad de género en el colectivo de inmigrantes procedentes de países donde es habitual la práctica de la MGF.
- Colaboración en la formación y sensibilización de profesionales sanitarios de atención primaria y de atención especializada. Se han impartido 22 talleres con la asistencia de 374 profesionales.
- Incorporación de la MGF como tema de formación en la asignatura de obstetricia y ginecología en los estudios de medicina de la Universidad de Zaragoza.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Identificación de mujeres que dan a luz en el HMS a las que se les ha realizado algún tipo de mutilación genital en su infancia. Ycomo novedad, sensibilización de forma especial al colectivo masculino del núcleo familiar para que no se reproduzca dicha práctica.
- Ofrecer herramientas a través de talleres y cursos para un acceso correcto al sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 101

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET): INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

materno-infantil, aprovechando esto para el abordaje de la MGF.
• Informar, formar y sensibilizar por medio de sesiones y de métodos visuales al personal sanitario del Servicio de Paritorios del HUMS.
• Sensibilización a las estudiantes de enfermería y a las residentes de enfermería obstétrico-ginecológica sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Registro y análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades de riesgo de MGF.
Ana B. Subirón, Belén Sabater, Isabel Monserrat, Carmen Sanz,, Elena Ortega.
• Aviso a Médicos del Mundo tras el parto de las mujeres procedentes de paises de riesgo.
Sofía Gotor, Luz Gotor, Beatriz Marchador, Carmen Sanz, Belén Sabater, Elena Ortega.

• Estas mujeres y sus familias son informadas por mediadoras socioculturales de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Se les entrega un tríptico explicando los riesgos de este tipo de mutilación y al mismo tiempo se cumplimenta una encuesta. Este año se incorpora una nueva mediadora y un mediador (hombre) que tendrá un papel relevante en el ámbito masculino.
Mariama Tunkara, Isatou Gerew, Coumba Sow, Bay Ceesay, Amadou Djiby.

• Colaborar en la preparación de talleres/cursos de salud materno-infantil dirigidos a este colectivo de mujeres y a sus familias.
Mariama Tunkara , Isatou Gerew, Coumba Sow, Amadou Djiby y voluntarios de médicos del mundo.

• Sesiones informativas a las matronas del Servicio de Paritorios y al personal sanitario del HUMS. Elaboración de un póster, presentación de publicaciones y casos clínicos de mutilación genital femenina y sus implicaciones en la práctica obstétrica.
A.B. Subirón, E. Lacambra, B. Marchador, B. Sabater, C. Sanz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Análisis estadístico del número y nacionalidad de las mujeres de países de riesgo que dan a luz en el HUMS y de los casos registrados, utilizando para ello el libro de paritorios.
• Número de entrevistas realizadas en los casos detectados y evaluación de la calidad de las mismas.
• Número de seminarios de sensibilización en la Escuela Universitaria de Enfermería y en la Unidad de formación de enfermería obstétrico ginecológica (Matronas).
• Número de sesiones informativas a personal de HUMS.
• Elaboración de un póster para informar sobre el actual proyecto de calidad y de los resultados obtenidos tras su implantación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - DURACIÓN: Año 2.010.
- CALENDARIO:

• Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.
• Los talleres dirigidos a las mujeres y a sus familias se realizan los últimos jueves de cada mes como toma de contacto. Posteriormente se les ofrece realizar un curso profundizando en los temas tratados, durante catorce lunes consecutivos (comienzo 1 de Marzo de 2010).
• El trabajo de recogida de datos y de intervención de las mediadoras se realiza de forma continua a lo largo de todo el año según la identificación de nuevos casos de MGF.
• El análisis estadístico se hace trimestralmente pero se presenta anualmente en la memoria.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Pago de los servicios de la mediadora para la realización de las entrevistas .... 500 €
· Armario para guardar el material del proyecto ..... 200 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 101

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET): INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

· Material fungible de papelería y fotografía para las charlas y cursos ..... 200 €
Total ..... 900 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 479

1. TÍTULO

APLICACION DE LA GESTION POR PROCESOS EN NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II (DIFUSION DEL PROCESO EN HOSPITAL, RESIDENCIAS GERIATRICAS Y ATENCION PRIMARIA Y
VALORACION NUTRICIONAL AVANZADA: CALCULO DE REQUERIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS)

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO SANZ PARIS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION. UNIDAD DE
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAQUEL ARRIETA NAVARRO-FARMACEUTICA-HUMS-SERVICIO DE FARMACIA
ANA RODRIGUEZ VALLE-MEDICO-HUMS-SERVICIO DE BIOQUIMICA
MARIA JESUS MONTOYA OLIVER-ENFERMERA-HUMS-PLANTA 2-RESIDENCIA GENERAL
MARIA LUISA ROS-ENFERMERA-HUMS-NUTRICION Y DIETETICA INFANTIL-HOSPITAL INFANTIL
REAL RODELES-ENFERMERA-EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCION DOMICILIARIA-SECTOR II
PILAR FIGUERAS-MEDICO-SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-HUMS
MIGUEL MORENO-MEDICO-SERVICIO DE DOCUMENTACION-HUMS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROBLEMA:
La desnutrición del paciente ingresado en el hospital tiene una gran importancia por varios aspectos:
1. -El paciente que ingresa en el hospital ya con desnutrición moderada-severa, consumirá mas recursos, porque su enfermedad es más grave y su capacidad de respuesta al tratamiento es más limitada.
2. -El paciente que permanece en el hospital más de una semana, sufre un riesgo de desnutrirse o empeorar su desnutrición previa muy alto, como se conoce por estudios ya clásicos en la historia de la medicina. Esto ocurre no solo en grupos de pacientes con riesgo evidente como son los pacientes quirúrgicos, oncológicos o de patología digestiva, sino en el cómputo general del hospital.
3. La desnutrición hospitalaria tiene repercusiones clínicas y económicas: alarga la estancia media del paciente, aumenta su morbi-mortalidad, así como el riesgo de reingresos.
En nuestro hospital realizamos un estudio de la prevalencia de desnutrición al ingreso hospitalario en la planta de cardiología (sin riesgo aparente de desnutrición), encontrando en un 15% de los pacientes una ingesta calórica previa al ingreso inadecuada y niveles disminuidos de albúmina y linfocitos.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:
1-Con la implantación de un Proceso de Nutrición EN TODA EL AREA tratamos de evitar que el paciente ambulatorio se desnutra de forma crónica.
El soporte nutricional está presente en la primera línea del tratamiento de todo paciente, ya sea hospitalizado o ambulatorio. La redacción de un Proceso en Nutrición clínica y dietética en este año por parte de la Comisión de Nutrición de nuestro Sector Zaragoza II es una oportunidad de mejora que requiere de su amplia distribución.
2-La valoración de los requerimientos nutricionales individualizados permite la utilización de la cantidad de nutrición enteral y parenteral necesaria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha redactado el Proceso de Nutrición

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Prevención del desarrollo de desnutrición en Atención Primaria. Con esto la enfermedad de base será menos grave y puede ser necesario menor número de ingresos hospitalarios. Si aun así requiere ingresar, está demostrado que el paciente desnutrido requiere mayores recursos que el paciente bien nutrido con igual patología de base.
2-Mejora de la atención nutricional al paciente hospitalizado. El soporte nutricional artificial (nutrición enteral por sonda o nutrición parenteral por via venosa central) es cara y puede ser tóxica, por lo que la dosis individualizada es un objetivo a alcanzar.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 479

1. TÍTULO

APLICACION DE LA GESTION POR PROCESOS EN NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II (DIFUSION DEL PROCESO EN HOSPITAL, RESIDENCIAS GERIATRICAS Y ATENCION PRIMARIA Y
VALORACION NUTRICIONAL AVANZADA: CALCULO DE REQUERIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS)

3-Codificación de la desnutrición y los tratamientos nutricionales, lo que aumenta el Case Mix del Area

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A)-Realización de un Curso de formación para la implantación del PROCESO DE NUTRICIÓN en octubre 2010 con el siguiente programa:Contenidos Docentes
1. Cribaje nutricional. Aplicación del método MUST. Sanz París
2. Consejos dietéticos para pacientes hospitalizados con bajo riesgo de desnutrición.
3. Confección de tratamiento dietoterápico personalizado Maria Jesus Montoya
Luisa Ros
4. Criterios de derivación a la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD). Sanz Paris
5. Planificación de la nutrición articial por la UNCYD Sanz París
6. Administración de la nutrición enteral oral
7. Administración de la nutrición enteral por sonda nasogástrica y gastrostomía
8. Administración de la nutrición parenteral Maria Jesus Montoya
Luisa Ros

9. Codificación de la desnutrición y el soporte nutricional en el informe médico al alta. Dr Moreno
10. Seguimiento del paciente intrahospitalario Pilar Figueras
Sanz París
Ana Rodriguez
Luisa Calvo
11. Seguimiento del paciente con nutrición enteral domiciliaria
12. Seguimiento del paciente con nutrición parenteral domiciliaria Real Rodeles
Maria Luisa Navarro
Raquel Arrieta
Roberto Moreno

B)-Cambio del sistema de citas en Consulta de Nutrición y Dietética, cambio del informe de alta hospitalaria en diferentes servicios.
C)-Implantación de un metodo de valoración nutricional en Atención Primaria.
D)-Disponemos de un aparato de calorimetría indirecta para el calculo de los requerimientos nutricionales individualizados. Necesitamos renovación del material consumible: sensor de oxígeno, mascarillas y fitmate cart.
E)Las peticiones de nutrición artificial se pueden enviar al Servicio de Farmacia por wiffi con un ordenador portatil, facilitando su comunicación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Subproceso 1: Cribaje nutricional
1.1-Porcentaje de pacientes derivados a la Unidad de Nutrición y Dietética desde Atención Primaria que cumplen criterio de derivación
1.2-Porcentaje de pacientes a los que se les realiza MUST en las 72 primeras horas de su ingreso en Medicina Interna

Subproceso 2: Visita en la Unidad de Nutrición y Dietética
2.1-Demora existente desde la derivación desde Atención Primaria y la atención en la Unidad de Nutrición y Dietética
2.2-Porcentaje de consultas externas de alta resolución realizadas en la Unidad de Nutrición y Dietética.

Subproceso 3: Seguimiento

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 479

1. TÍTULO

APLICACION DE LA GESTION POR PROCESOS EN NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II (DIFUSION DEL PROCESO EN HOSPITAL, RESIDENCIAS GERIATRICAS Y ATENCION PRIMARIA Y
VALORACION NUTRICIONAL AVANZADA: CALCULO DE REQUERIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS)

3.1-Porcentaje de pacientes con nutrición artificial domiciliaria al alta que reciben Informe de cuidados contínuos de enfermería
3.2-Porcentaje de pacientes con Nutrición Parenteral Total a los que se realiza analítica nutricional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-Los indicadores son de valoración anual. En Mayo se iniciará la implantación del Proceso de Nutrición en Centro de Salud de Torre Ramona y Plantas de Medicina Interna del Hospital Miguel Servet
2-El curso se impartirá en Octubre 2010 en la Unidad de Formación del Area II

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· mascarillas para calorimetria	400 €
· Fitmate cart	350 €
· sensor de oxigeno	300 €
· ordenador portatil	700 €
Total	1.750 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 393

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE PROTOCOLO EN EL MANEJO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

2. RESPONSABLE ..... LUIS SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTIAGO GARCIA LOPEZ-FEA ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO-HU MIGUEL SERVET
ELENA MARTINEZ MOMBILA-FEA ESPECIALISTA EN RADIODIAGNOSTICO-HU MIGUEL SERVET
SONIA GALLEGO MONTAÑÉS-FEA ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO-HU MIGUEL SERVET
JOSE MARÍA ARTIGAS MARIN-FEA ESPECIALISTA EN RADIODIAGNOSTICO-HU MIGUEL SERVET
CARLOS PARADISI CHACON-MEDICO RESIDENTE DE RADIODIAGNOSTICO-HU MIGUEL SERVET
MARTA GRACIA RUIZ-MEDICO RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO-HU MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio inestinal que tiene una especial incidencia en pacientes jóvenes, sufriendo con mayor o menor frecuencia accesos de actividad a lo largo de su vida. Durante estas fases de actividad, estos pacientes son sometidos de forma repetida a técnicas diagnósticas basadas en radiaciones ionizantes, provocando dosis acumulativas en base al número de exploraciones a las que han sido expuestos. Algunas de ellas, como el tránsito intestinal, son de una eficacia baja, superada por otras técnicas, tales como TC y Resonancia Magnética enterografía, basadas en la ingesta de 1500-2000cc de de contraste oral (agua con estabilizantes como polietilenglicol).
La TC-enterografía, es la técnica eficaz habitualmente más utilizada en el diagnóstico de las fases de actividad. No obstante, es utilizada con demasiada frecuencia en el seguimiento de estos los diversos accesos de actividad que sufren estos pacientes a lo largo de su vida, lo que conlleva excesiva exposición a radiaciones ionizantes. Por otro lado la dosis recibida por las diferentes técnicas radiológicas a la que son sometidos estos pacientes a lo largo de su vida es acumulativa.
La RM-enterografía es una técnica carente de radiación ionizantes, de utilidad demostrada en el diagnóstico y seguimiento de este proceso.
Existen, por otro lado, variantes técnicas, como la RM-enteroclisis y TC-enteroclisis, basadas en la distensión intestinal mediante introducción de 1500-2000cc de agua a través de cateter naso-yeyunal, han demostrado ser la técnica más eficaz en el estudio de complicaciones de esta enfermedad tales como cuadros suboclusivos de repetición consecuencia de fenómenos estenóticos no diagnósticados por otras técnicas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 393

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE PROTOCOLO EN EL MANEJO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Desechar el uso de pruebas radiológicas convencionales de menor eficacia, tal como tránsito intestinal baritado.
2.- Reducir el la frecuencia del uso de técnicas diagnósticas con radiaciones ionizantes, TC, principalmente en pacientes jóvenes.
3.-Establecer los criterios para el uso de técnicas con radiaciones ionizantes (TC-enterografía y TC-enteroclisis) o sin radiaciones ionizantes (RM-enterografía y RM-enteroclisis)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Establecer un protocolo de manejo en los pacientes con enfermedad de Crohn activa racionalizando las diversas pruebas de imagen disponibles(TC enterografía, RM-enterografía, TC-enteroclisis y RM-enteroclisis).
1.-Determinar la correlación existente entre los diversos sistemas de valoración clínica del grado de actividad de la enfermedad y los diversos hallazgos obtenidos mediante las técnicas de Imagen.
2.-Aplicación del protocolo elaborado dicho protocolo en las consultas monográficas de enfermedad inflamatoria del Servicio de Aparato Digestivo.
3.-Difusión de dicho protocolo, una vez creado, a lodiversos servicios clínicos potencialmente implicados (Digestivo, Cirugía general, Radiodiagnóstico, Medicina Interna, Urgencias) e los diverssos foros interdisciplinares, y sesiones hospitalarias.
4.-Establecer protocolos de realización de las diversas técnicas de Diagnóstico por Imagen (TC y RM enterografía o enteroclisis) implicadas en este protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Porcentaje de pacientes con enfermedad de Crohn en fase activa que han requerido alguna técnica de Diagnóstico de Imagen. Determinar qué porcentaje de ellos ha sido sometidos a TC o RM.
2.-Determinar el porcentaje de pacientes con indicación de técnicas de enteroclisis (RM o CT) que han sido sometido a ellas.
3.-Determinar el porcentaje de estudios TC o RM que cumplen los criterios establecidos en los protocolos de realización de dichas técnicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del estudio en Abril de 2010
Finalización del estudio en Diciembre de 2011
Finalizar la elaboración de protocolo de manejo en los pacientes con enfermedad de Crohn activa en durante el tercer trimestre de 2010.
Dar difusión a dicho protocolo durante el cuarto trimestre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 393

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO Y APLICACION DE PROTOCOLO EN EL MANEJO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

· ORDENADOR PORTATIL	600 €
· PANTALLA TV LCD	1.000 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 163

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS PORTADORES DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE ß–LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... ROCIO TAPIA MORENO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-MÉDICO-HUMS-Sº MICROBIOLOGÍA
GONZALO SANTANA LÓPEZ-MÉDICO-HUMS--SºDE MEDICINA PREVENTIVA
JUAN PABLO GARCÍA ÍÑIGUEZ-MÉDICO-HUMS-UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
ANA JESÚS ROYO LUCÍA-ENFERMERA-HUMS-UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
LUIS ÁNGEL ROYO PASCUAL-MÉDICO-HUMS--UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ NAVARRETE-MÉDICO-HUMS-Sº MEDICINA PREVENTIVA
MARÍA JOSÉ REVILLO PINILLA-MÉDICO-HUMS--Sº DE MICROBIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En septiembre de 2007 se observó una acumulación de casos de colonización/infección por Klebsiella pneumoniae productora de beta-lactamasas (Kp BLEE) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Miguel Servet. Han sido descritos casos similares a nivel mundial, provocando un aumento en la morbimortalidad neonatal.

La aparición e incremento de cepas productoras de beta-lactamasas se ha convertido en un serio problema hospitalario a nivel mundial (1-4). Concretamente, es motivo de estudio el gran daño causado por la Kp BLEE en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), como patógeno importante de infección nosocomial, resistente a múltiples antibióticos (5-10).

En las UCIN, la incidencia de la colonización por este germen oscila del 36% al 58% y la incidencia de la infección entre el 0.81% y el 4.7%, con una importante tasa de mortalidad, descrita del 66% al 80% (7-11).

La prevalencia global de Kp BLEE en los hospitales españoles, según un estudio realizado en el año 2000, era del 2.7%, encontrándose principalmente en las unidades de cuidados intensivos, tanto de adultos como pediátricas. Su aislamiento en estas unidades, sobre el total de aislamientos, fue del 3.9% (3). Sin embargo, los datos recogidos por el Sistema europeo de vigilancia de resistencia antimicrobiana (EARSS) muestran un alarmante aumento de la incidencia acumulada de la infección por KpBLEE en España, alcanzando el 11.9% en el año 2008 (4).

En los estudios realizados en nuestro país se observa que el 93% de los aislamientos de este patógeno proceden de muestras hospitalarias, indicando que este microorganismo constituye un problema principalmente nosocomial, lo que coincide con lo descrito a nivel mundial (1-3). Esta bacteria vive y se reproduce en las superficies húmedas del medio, y coloniza la piel, el intestino, la vía respiratoria superior y la vejiga de la orina.

La mayoría de los brotes nosocomiales por Kp se extiende por contacto directo, de persona a persona, lo que implica al propio personal sanitario como agente transmisor a partir de los pacientes portadores que actúan como reservorio (12).

La proporción de neonatos infectados durante un brote de Kp BLEE aumenta con el tiempo de ingreso y el empleo de antibióticos (distintos a carbapenems) y, una vez colonizados, los lactantes portadores de dispositivos invasivos (como catéter vascular central), o sometidos a ventilación mecánica prolongada (más de 7 días), nutrición parenteral, transfusiones o cirugía, tienen mayor riesgo de infección (7-10). El incremento del tiempo de hospitalización también se relaciona con la edad gestacional, bajo peso al nacimiento, catéter venoso central y el uso de antibióticos (7). Se ha señalado el empleo de cefalosporinas de tercera generación como desencadenante de los brotes de Kp BLEE (1,8-10). Debido a la elevada tasa de resistencia, el tratamiento de este germen debe ser guiado por cultivos y antibiograma específico (9,10).Los carbapenems son el fármaco de elección, aunque incluso están apareciendo cepas resistentes a los mismos (11,13-15).

Ante la irrupción de un brote de Kp BLEE en UCI, es necesaria la aplicación de una política antibiótica específica y la instauración de serias medidas de control de la infección, llegando a ser incluso obligado el cierre de la unidad (16). La identificación y aislamiento de los pacientes es una estrategia fundamental para prevenir la transmisión del germen, así como la higiene de manos del personal sanitario, de las superficies y de los utensilios de la unidad (11,17,18).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 163

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS PORTADORES DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE ß–LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

En la UCIN, la Kp puede llegar a causar el 4% de las sepsis neonatales tardías en los niños de muy bajo peso, y el 6% del resto de infecciones: 9.8% de las infecciones del tracto digestivo, 5.7% de las neumonías, 6.7% de las infecciones de herida quirúrgica y el 2.9% de las infecciones oculares, otitis y vía respiratoria superior (7). Nos es desconocido, sin embargo, el riesgo que, a posteriori, puede suponer para el niño ser portador de Kp BLEE o el haber sufrido con anterioridad una infección por dicho patógeno.

El presente trabajo tiene por objetivo realizar un seguimiento de nuestros casos con el fin de detectar posibles reagudizaciones de la infección por Klebsiella BLEE, así como identificar aquellos casos que siguen colonizados; esta información serviría para determinar la necesidad de la identificación y seguimiento de portadores, que actualmente no se realiza.

A tal fin se cuenta con los registros de casos del Servicio de Microbiología, y se realizará una revisión retrospectiva de los pacientes colonizados/infectados, así como una prueba de detección microbiológica para Klebsiella BLEE en el presente año a los casos en estudio.

Conocer el curso de los casos colonizados/infectados a lo largo del tiempo y su estatus de portador actual nos ayudará a comprender la importancia de este proceso en nuestro entorno e impulsar un programa de detección precoz y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paterson D, Bonomo R. Extended spectrum beta-lactamases: A clinical update. Clin Microb Rev. 2005;18:657-86.
2. Diestra K, Coque TM, Miró E, Oteo J, Nicolau CJ, Campos J et al. Caracterización y epidemiología molecular de betalactamasas de espectro extendido en Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae en once hospitales españoles (2004). Enferm Infecc Microb Clin 2008;26:404-10.
3. Hernández J, Pascual A, Cantón R, Martínez L. Escherichia coli y Klebsiella penumoniae productores de beta-lactamasa de expectro extendido en hospitales españoles (Proyecto GEIH-BLEE 2000). Enferm Infecc Microb Clin 2003;21:77-82.
4. EARSS, http://www.rivm.nl/earss/database/
5. Gastmeier P, Loui A, Stamm-Balderjahn S, Hansen S, Zuschneid I, Sohr D et al. Outbreaks in neonatal intensive care units: they are not like others. Am J Infect Control 2007;35:72-76.
6. Martínez-Aguilar G, Alpuche-Aranda CM, Anaya C, Alcantar-Curiel D, Gayosso D, Daza C et al. Outbreak of nosocomial sepsis and pneumonia in a newborn intensive care unit by multiresistant extended-spectrum beta-lactamase-producing Klebsiella pneumonia: high impact on mortality. Infect Control Hosp Epidemiol 2001;22:725-728.
7. Pessoa-Silva CL, Meurer B, Camara V, Flannery B, Almeida MC, Mello JL et al. Extended-spectrum beta-lactamase-producing Klebsiella pneumoniae in a neonatal intensive care unit: risk factors for infection and colonization. J Hosp Infect 2003;53:198-206.
8. Huang Y, Zhuang M. Risk factors of nosocomial infection with extended-spectrum beta-lactamase-producing bacteria in a neonatal intensive care unit in China. Infection 2007;35:339-345.
9. Sánchez J, Feris-Iglesias J, Fernández J, Pérez-Then E, Ramírez S, Ortega G et al. Extended-spectrum beta-lactamase-producing Klebsiella pneumoniae isolated from neonates in the Dr. Robert Reid Cabral children´s hospital, Santo Domingo, República Dominicana. Rev Panam Infectol 2005;7:15-20.
10. Gupta A, Ampofo K, Rubenstein D, Saiman L. Extended spectrum beta lactamase-producing Klebsiella penumoniae infections: a review of the literatura. J Perinat 2003;23:439-443.
11. Velasco C, Rodríguez-Baño J, García L, Díaz P, Lupión C, Durán L et al. Eradication of an extensive outbreak in a neonatal unit caused by two sequential Klebsiella pneumonie clones harbouting related plasmids encoding an extended-spectrum beta-lactamase. J Hosp Infect 2009;73:157-163.
12. Waters V, Larson E, Wu F. Molecular epidemiology of gram-negative bacilli from infected neonates and health care workers´ hands in neonatal intensive care care units. Clin Infect Dis 2004;38:1682-1687.
13. Vatopoulos A. High rates of metallo-beta-lactamase-producing Klebsiella pneumoniae in Greece- A review of the current evidence. Eurosurveill 2008;13(4):pii=8023.
14. Kassis-Chikhani N, Decré D, Gautier V, Burghoffer B, Saliba F, Mathieu D et al. First outbreak of multidrug-resistand Klebseilla penumoniae carrying blaVIM-1 and blaSHV-5 in a French university hospital. J Antimicrob Chemother 2006;57:142-145.
15. Cagnacci S, Gualco L, Roveta S, Mannelli S, Borgianni L Docquier JD et al. Bloods stream infections caused by multidrug-resistant Klebsiella penumoniae producing the carbapenem-hydrolysing VIM-1 metallo-beta-lactamase: first Italian outbreak. J Antimicrob Chemother 2008;61:296-300.
16. Macrae MB, Shannon KP, Rayner DM, Kaiser AM, Hoffman PN, French GL. A simultaneous outbreak in a neonatal unit of two stranins of multiply antibiotic

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 163

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS PORTADORES DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE ß–LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

resistant Klebsiella Penumoniae controllable only by ward closure. J Hosp Infect 2001;49:183-192.
17. Langer AJ, Lafaro P, Genese CA, McDonough P, Nahass R, Robertson C. Using active microbiologic surveillance and enhanced infection control measues to control an outbreak of health care-associated extended-spectrum beta-lactamase-producing Klebsiella pneumoniae infections-New Jersey, 2007. Am J Infect Control 2009;37:73-5.
18. Laurent C, Rodriguez-Villalobos H, Rost F, Strale Rn, Vincent JL, Deplano A et al. Intensive care unit outbreak of extended-spectrum beta-lactamase-producing Klebsiella Penumoniae controlled by cohorting patients and reinforcing infection control measures. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29:517-524

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detectar el número de casos de reinfección/colonización por Klebsiella pneumoniae BLEE.
- Calcular el tiempo medio de colonización por Klebsiella pneumoniae BLEE.
- Determinar la importancia de este proceso en nuestra comunidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Extraer de la base de datos del Servicio de Microbiología los casos adecuados para la realización de este estudio. Responsables: Antonio Rezusta, Juan Pablo García, Rocío Tapia.
- Revisar las historias clínicas de los pacientes seleccionados. Responsables: Gonzalo Santana, Juan Pablo García y Rocío Tapia.
- Citar en consulta los casos en estudio y toma de muestra. Responsables: Ana Royo, Juan Pablo García y Rocío Tapia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de casos detectados durante el período del brote.
- Número de casos con determinación positiva a lo largo del seguimiento.
- Número de portadores al final del período de estudio.
- Asociación (riesgo relativo) de la colonización/infección por Klebsiella pneumoniae BLEE con reingreso hospitalario

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer cuatrimestre de 2010: detección de casos y revisión de historias clínicas.
- Segundo cuatrimestre de 2010: citación de los pacientes y realización de prueba de detección.
- Tercer cuatrimestre de 2010: análisis de resultados, identificación de limitaciones, elaboración de conclusiones y evaluación general del proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. La Comisión de Investigación del Sector II, a fecha de doce de febrero de dos mil diez, emite certificado en el que expresa que el estudio propuesto reúne las suficientes garantías en lo referente a calidad como trabajo de investigación clínica, así como aspectos de aplicabilidad clínica en el ámbito sanitario.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 405

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ EN EL PERIODO DEL PUERPERIO

2. RESPONSABLE ..... SUSANA TEJERO SANCHO
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. TOCOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE JAVIER TOBAJAS HOMS- MEDICO- HUMS- TOCOLOGÍA
JOSE I. GASCA ERCILLA- MEDICO- HUMS- TOCOLOGIA -PLANIFICACION FAMILIAR
REBECA AMAYAS LORAO- MATRONA -HUMS- TOCOLOGIA
DIANA MORELLA BAILO- MATRONA -HUMS -TOCOLOGIA
TERESA LANZUELA BENEDICTO- MATRONA -HUMS- TOCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, no sólo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres y los niños, sino que es además un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar. El enfoque basado en los derechos de disponer de anticonceptivos supone una perspectiva mas amplia de las usuarias, ya que incluye tomar en consideración las necesidades de cuidado de su salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad para poder elegir y usar un método de planificación familiar.
Se debe dar información adecuada a las personas para que realicen una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información entregada a las usuarias, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir por lo menos: comprensión de la eficacia anticonceptiva del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método.
Uno de los periodos más importantes en la vida de la mujer, es el embarazo y parto. En muchas culturas se ha considerado a este episodio como de especial importancia para la sociedad y fue rodeado de diversos tabúes. La abstención de relaciones sexuales completas durante el embarazo y puerperio ha sido una constante en muchas sociedades, y aun hoy día en la nuestra. Incluso está muy extendida la idea que la lactancia natural protege de embarazos no deseados.
Ambas circunstancias no se mantienen en la actualidad, las relaciones sexuales completas se pueden extender durante el embarazo y puerperio y el hecho de estar en una fase de lactancia natural, no protege frente a una gestación no deseada.
La incorporación de progestágenos capaces de inhibir la instauración de un ciclo ovulador en el puerperio y sin contraindicaciones en el periodo de lactancia, pone a disposición de las mujeres el pleno acceso a un método de planificación segura y compatible con la lactancia.

Proponemos el desarrollo de un plan precoz de anticoncepción en los 15 días posteriores al parto, sin necesidad de interferir sobre la lactancia materna, a través de un método de alta eficacia y seguridad aplicado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (5000 partos anuales, 40% de todos los partos de la Comunidad Aragonesa).
La información sobre la anticoncepción sería dada en el periodo de puerperio inmediato que exige estancia hospitalaria, a través de información escrita (a desarrollar) y comentada por medio de la matrona de planta (a desarrollar). Así mismo en mujeres con correcta comprensión del método, podrían salir del hospital con el tratamiento y las indicaciones del método.
La otra posibilidad de desarrollo del proceso de planificación, es a través del informe de alta médica o de matrona, para proceder a su citación de manera preferente en los COF (Centros de Orientación Familiar Sector I y II) de : .-Rebolería, .-Fuentes Norte; .- Grande Covian, dependientes del Servicio de Obstetricia del HUMS, para completar la información sobre el método, comentar dudas surgidas e iniciar el tratamiento, si así lo decide la mujer.
Todos los datos generados permitirán retroalimentar el sistema a los efectos de mejorar el circuito y posibles problemas de información.
El método es perfectamente integrable con otros procedimientos de información de Salud Maternal en el puerperio.
Se aplicará el modelo de calidad EFQM en el proceso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 405

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ EN EL PERIODO DEL PUERPERIO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La aplicación de un programa de instauración precoz de planificación a nivel de las mujeres en periodo puerperal, mejoraran:
.- La situación psicoafectiva de la mujer y su pareja en el desarrollo pleno y sin riesgos de su sexualidad.
.-Disminución de tasas de embarazos no deseados por fallo de metodos naturales en la anticoncepción en el puerperio.
.-Consecuentemente disminución de problemas obstétricos en poblaciones de riesgo de tipo médico (Diabetes, Hipertensión, Cicatrices uterinas, etc) en las que existe una contraindicación absolute de gestación en un periodo de tiempo a determinar por sus patologías.
.-Reducción de problemas perinatales como consecuencia de una disminución del periodo intergenésico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Fases:
Desarrollo de un folleto explicativo de las circunstancias de planificación en la fase puerperal, indicando recomendaciones y su relación con posibles acciones sobre el hijo/hija al nivel de lactancia natural.
Acción informativa directa sobre la mujer puerpera que requiera ampliación de la información.
Protocolarización del sistema recomendado para la planificación.
Aplicación de dicho sistema (según metodo) al alta.
Derivación de la mujer a nuestras consultas de planificación en el caso que difiera su decisión.
Orientación y planificación según protocolo en nuestros COF.
Programa de seguimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1ª)Embarazos en el programa de contracepción puerperal:
DIMENSION: Efectividad.
JUSTIFICACION: Conocer fallos del metodo.
FORMULA: (Nª de embarazos con anticoncepcion Precoz/Puerperas incluidas en el programa)*100
POBLACION: Todas las puerperas reclutadas.
TIPO: Resultado.
ESTANDAR: <1%

Datos Obtenidos por archivo propio en el nivel del HUMS planta puerperio, y archivo propio COF. Mujeres incluidas en programa y gestantes y no gestantes. Un año de control.

2º) Puerperas captadas.
DIMENSION: Adecuacion; Efectividad
JUSTIFICACION: Conocer cuantas puerperas se agregan al programa.
FORMULA: (Nª de puerperas anticoncepcion Precoz/Puerperas totales)*100
POBLACION: Todas las puerperas.
TIPO: Proceso.
ESTANDAR: 5%

Datos Obtenidos por archivo propio en el nivel del HUMS planta puerperio, y archivo propio COF.
Archivo HP Doctor para el resto de puerperas (Servicio de Archivo e Hªs Clínicas)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Marzo 2010
Fin: Febrero 2011
Mar Abr May Jun Jul Ags Sep Oct Nov Dic Enr Feb Mr

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 405

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ EN EL PERIODO DEL PUERPERIO

Folleto: XXXXXXXXXXX
Programa: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Accion Directa: XXXXXXXXXXXXXXXX.....
Primeros Resul: XXXX

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bibliografía	200 €
· Programa Informatico	200 €
· Proyector	400 €
· Disco duro Externo	100 €
· 2000 folletos	500 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 384

1. TÍTULO

AUDITORIA INTERNA DE PROCESOS CLINICOS

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER TOBAJAS HOMS
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. TOCOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO- MÉDICO- SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL MATERNOINFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mejora continua se puede definir como una filosofía operacional basada en la premisa que el desempeño de la mejora es la responsabilidad continua de todos en la organización para poder lograr los niveles más altos de desempeño, rentabilidad y satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud. La mejora continua es un proceso continuo e incremental que nunca finaliza y que se convierte en una práctica cíclica.
Para garantizar que no se pierdan los beneficios iniciales, una organización necesita un proceso formal de mejora continua por medio del cual pueda consolidar los cambios, asegurar la continuidad de la implantación y continuar con sus mejoras. Al utilizar la retroalimentación de los usuarios, proveedores de servicios, y de los trabajadores, la organización puede determinar los resultados de sus esfuerzos continuos de mejora.
El procedimiento para la auditoría de procesos y mejora continua, permite monitorizar los esfuerzos y la evolución de la implantación, a fin que el resultado resultante del diseño pueda ser realidad durante la fase de implantación y así someterse continuamente a la evaluación de sus resultados y el ajuste de lo diseñado.
A través de los controles
periódicos de auditoría, se evalúa la forma en que los usuarios de los procesos estan responsabilizandose del proyecto y la correcta ejecución del mismo, adicionalmente del cumplimiento de los indicadores establecidos para evidenciar el cambio.
En el presente proyecto, se va a proceder a la auditoría del proceso de Parto de Bajo Riesgo delHUMS.
Es este uno de los procesos clínicos mas antiguos y consolidados, y pretendemos instaurar una mejora de calidad a traves de las herramientas que nos da la AUDITORIA INTERNA DE UN PROCESO.
Pretendemos ademas crear el sistema optimo de AUDITORIA INTERNA, que nos permita exportar dicha herramienta a otros controles de calidad del Servicio de Obsetricia como pueden ser las Unidades Clínicas y sus productos.
Las fuentes de información es el analisis de estructura del proceso, parea encontrar los puntos mas importantes para su auditoria, evaluando el grado de agregación al proyecto, su conocimiento, cumplimiento del protocolo, ineficiencias detectadas. Todo lo cual nos permite hacer unas recomendaciones de mejora en dicho proceso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollo de una herramienta estructurada de auditoría interna de un Servicio Clínico, modular y abierta para su adaptación a Procesos Clínicos como al funcionamiento de Unidades Clínicas.
Se pretende con esta herramienta detectar ineficiencias e inconsistencias de los procesos, que de forma segura se establecen en el tiempo de aplicación de los mismos.
Nos permite actualizar los procesos basandonos en herramientas objetivas como la que se generan el las Auditorias.
Permiten a un Servicio Clínico, obtener un mapa de adecuación de los procesos implementados, así como su gestión para facilitar el mejor desempeño de las funciones del Servicio y adecuar en cada momento las necesidades organizativas y de personal

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- Elaborar el programa de auditoría.
- Comunicar el programa de auditoría al equipo auditor y al personal de la Secretaria.
- Realizar la revisión de la documentación, implementación pertinente y elaboración de la lista de verificación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 384

1. TÍTULO

AUDITORIA INTERNA DE PROCESOS CLINICOS

- Ejecutar la auditoría en el sitio.
- Analizar la Información registrada.
- Realizar el cierre de la visita de auditoría.
- Registrar los hallazgos.
- Realizar el Informe de auditoría.
- Presentar al propietario del proceso y a la UCA el Registro de Hallazgos del proceso auditado.
- Propuesta de planes de mejora.
- Seguimiento a la ejecución de los planes de acción.

Responsables:
Desarrollo del procedimiento: Dr.: JR Portillo, JJTobajas.
Auditoría: Dr JJTobajas.
Evaluación, Documentación, Propuestas Dr: JR Portillo, Dr. JJtobajas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador: Auditar el 100% de procesos registrados en el Sector 2 del Servicio de Obstetricia.
Resultado:
INFORME DE AUDITORÍA Y PROCEDIMIENTO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Marzo 2010.
Fin: Febrero 2011

	Marzo	Abril	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dcb	Ene	Feb
Desarrollo: XXXXXXXXXXXXXXXX												
Aplicacion:							XXXXXXXX					
Elaboración Informe:										XXXXXXXXX		

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bibliografía	300 €
· Programa Informatico	300 €
· Ordenador	300 €
· Disco duro Externo	100 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 111

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ROLL (RADIOGUIDED OCUL LESION LOCALIZATION) EN LA UNIDAD DE MAMA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VICENTE GOMEZ
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CESAR RODRIGO CONDE-MEDICO ADJUNTO-GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
FERNANDO COLMENAREJO GONZALEZ-MEDICO ADJUNTO-GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
FERNANDO PUIG FERRER-MEDICO ADJUNTO-GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
ALBERTO LANZON LAGA-MEDICO ADJUNTO-GINECOLOGIA-HOSPITAL MIGUEL SERVET
PABLO NAVARRO BELTRAN-MEDICO ADJUNTO-MEDICINA NUCLEAR-HOSPITAL MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ACTUALMENTE LA LOCALIZACION DE LESIONES NO PALPABLES EN QUIRÓFANO SE REALIZA MEDIANTE LOCALIZADOR METÁLICO QUE SE COLOCA DE FORMA PREOPERATORIA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO. EN EL AÑO 2008 SUPUSIERON 103 INTERVENCIONES, Y EN EL AÑO 2009 102 INTERVENCIONES.
ESTA TECNICA ES INCÓMODA PARA LA PACIENTE, COMPLEJA EN EL CIRCUITO DE REALIZACIÓN E IMPRECISA A LA HORA DE ASEGURAR MARGENES QUIRURGICOS LIBRES DE LESION.
LA TECNICA ROLL IMPLICA MAYOR COMODIDAD PARA LA PACIENTE, MENOR COMPLEJIDAD PARA LOS PROFESIONALES, MAS SEGURIDAD EN LA ESTIRPACION DE LA LESION, MENOR PORCENTAJE DE REINTERVENCIONES CON LA CONSIGUIENTE DISMINUCION DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS. ADEMAS LOS RESULTADOS ESTETICOS SON MEJORES, AL PRECISARSE MENOR VOLUMEN DE BIOPSIA, SIENDO VALORADOS POR LAS PACIENTES COMO MAS SATISFACTORIOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MENOR NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES.
MEJOR RESULTADO ESTETICO.
MENOR NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LAS LESIONES NO PALPABLES VISUALIZADAS POR ECOGRAFIA Y/O MAMOGRAFIA QUE SEAN CANDIDATAS A UINA BIOPSIA QUIRÚRGICA, HASTA AHORA REALIZADA MEDIANTE ARPON METÁLICO SERAN VALORADAS PARA TECNICA ROLL.
EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR (DR. NAVARRO BELTRAN), SE ESTABLECERAN CIRCUITOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA:
1.SELECCION DE PACIENTES: CONSULTA UNIDAD DE MAMA. SERVICIO DE GINECOLOGIA (DRA. VICENTE, DR. RODRIGO, DR. COLMENAREJO, DR. LANZON LAGA, DR. PUIG).
2.SOLICITUD DE RADIOTRAZADOR.
3.CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA TECNICA.
4.FECHA DE QUIROFANO.
5.INTERVENCION: EN COLABORACION CON MEDICINA NUCLEAR.
6.RECOGIDA DE DATOS EN BASE INFORMATICA
SOLICITUD DEL RADIOTRAZADOR

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.PORCENTAJE DE LESIONES NO PALPABLES REALIZADAS CON ROLL SOBRE EL TOTAL DE LESIONES NO PALPABLES QUIRURGICAS.
2.PORCENTAJE DE PIEZAS CON MARGENES LIBRES EN LESIONES INTERVENIDAS MEDIANTE ROLL, COMPARADO CON EL MISMO PORCENTAJE EN LESIONES INTERVENIDAS CON ARPON TRADICIONAL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO ABRIL 2010.
FINALIZACION ABRIL 2011.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 111

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ROLL (RADIOGUIDED OCUL LESION LOCALIZATION) EN LA UNIDAD DE MAMA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

RECLUTAMIENTO DE PACIENTES CANDIDATAS A LA TECNICA A PARTIR DE MARZO 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. EL MATERIAL NECESARIO ESTA DISPONIBLE EN EL HOSPITAL, SIN QUE SUPONGA GASTO ADICIONAL

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 395

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATETERES VENOSOS CENTRALES (BRC) EN EL SEVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN VICENTE DE VERA BELLOSTAS
- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANCHA. UTANDE VÁZQUEZ-MÉDICO-UCI TRAUMATOLOGÍA
DANIEL. DE ROQUE BLANCH-SUPERVISOR-UCI TAUMATOLOGÍA
ROSA BLANCA MAHAVE CARRASCO-SUPERVISORA-UCI POLIVALENTES
VICTOR. GONZALEZ SANZ- MÉDICO- UCI POLIVALENTES
JULIA. VILLAVONA RESANO- SUPERVISORA- UCI CIRUGÍA CARDIACA
FRANCISCO. OLMOS PÉREZ- MEDICO- UCI CIRUGÍA CARDIACA
JAVIER. MUÑOZ MARCO- MÉDICO- UCI CORONARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mejora de la calidad constituye una obligación ineludible en cualquier ámbito sanitario. Uno de los instrumentos básicos de trabajo en la evaluación y mejora de la calidad lo constituyen los sistemas de monitorización. Estos permiten evaluar de forma periódica y planificada aspectos relevantes mediante el uso de Indicadores de Calidad. En este sentido la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (Med Intensiva 2008;32:23-32) elaboró una lista –resumen- de indicadores, con sus respectivos estándares, que permiten medir la calidad de la asistencia, identifican oportunidades de mejora y sirven como un instrumentos útiles para la evaluación y gestión clínica.

La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) es una práctica indispensable en el tratamiento de los enfermos críticos y la infección es una de las complicaciones relacionadas con ellos más importantes.

En los Servicios de Medicina Intensiva la bacteriemia por CVC , son la causa principal de bacteriemias nosocomiales y suelen ser la tercera causa de infección nosocomial después de la neumonía y la infección urinaria.

Enfermería juega un papel muy importante en la incidencia de las infecciones asociadas a los catéteres venosos centrales (CVC) por su implicación en el cuidado, manipulación y mantenimiento. Muchas son las repercusiones que se producen ante la aparición de BRC

Repercusiones para los pacientes:

? Aumento del riesgo de morbi-mortalidad.
? Incremento de la estancia media hospitalaria.

Repercusiones en los costes:

? Aumento de los costes generales al incrementarse la estancia media en UCI.
? Aumento del gasto por material fungible.
? Aumento del gasto por pruebas diagnósticos.
? Aumento del gasto farmacéutico.

Repercusión para el personal:

? Aumento de las cargas de trabajo para el personal de enfermería.
? Disminución de la satisfacción del trabajo realizado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 395

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATETERES VENOSOS CENTRALES (BRC) EN EL SEVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Por otro lado la cumplimentación de los registros de enfermería es otro de los Indicadores de Calidad según la SEMICYUC y forman parte de la documentación e historia del enfermo que además de garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados de enfermería, evita errores o repetición de procedimientos lo que contribuye a aumentar la bioseguridad del paciente critico.

Para disminuir este evento adverso relacionado con la hospitalización es de vital importancia:

1. Establecer y cumplir los criterios de actuación en el mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso central, basados en la mejor evidencia científica disponible. Se utilizará como referencia, nuestro protocolo de UCI colocación y actuación sobre el mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso central validado en 2009 , basado en la últimas evidencias científicas disponibles
2. El entrenamiento y la formación del personal encargado del manejo de estas vías.
3. Disponer de un registro único que permita evaluar el cumplimiento de las actividades relacionada con el cuidado y manejo de vías venosas centrales y permita conocer las tasas de infección por CVC en UCI.

Sin duda una apuesta por el control de la calidad, especialmente en sus aspectos preventivos, incrementará la eficiencia de nuestra labor al disminuir los costes relacionados con el tratamiento de los posibles “efectos adversos”

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO: 1.- Disminuir la incidencia de BCR en UCI.
Porcentaje de pacientes con Bacteriemia relacionada con catéter venoso central (CVC).
Indice actual: <4 episodios por 1000 días de CVC.
Objetivo: <3 episodios por 1000 días de CVC.
OBJETIVO: 2.- Disminuir la variabilidad en el cuidado y manejo de los catéteres venosos centrales.
Porcentaje de enfermeras que conoce el protocolo de UCI sobre cuidados de CVC.
Indice actual: 70%.
Objetivo: 90%.
OBJETIVO: 3.- Estandarizar y unificar los registros de enfermería sobre actividades relacionadas con CVC.
Porcentaje de registros relacionados con el cuidado de CVC debidamente cumplimentados.
Indice actual: 70%.
Objetivo: 90%

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realización de un análisis causa-efecto con el objeto de identificar las causas de variabilidad de las actividades relacionadas con los cuidados de los catéteres centrales.
Responsable: Médico/ Supervisora de cada Unidad.
2.- Identificación de oportunidades de mejora en el cuidado y mantenimiento del catéter venoso central
Responsable: Médico/ Supervisora de cada Unidad.
3.- Establecimiento de forma consensuada de protocolo de cuidado de vías venosas centrales de UCI, y la creación de una hoja de registros única de las actividades llevadas a cabo.
Responsable: Supervisora de cada Unidad.
4.- Talleres de formación basados en la últimas evidencias científicas, para los profesionales implicados en el cuidado y manejo del CVC en UCI.
Responsable: Supervisora de cada Unidad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 395

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATETERES VENOSOS CENTRALES (BRC) EN EL SEVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

5.- Poner en marcha los nuevos planes de prevención de la infección nosocomial por CVC en las unidades de Cuidados Intensivos.
Responsable: Supervisora de cada Unidad.
6.- Adiestramiento al personal de enfermería de nueva incorporación en el cumplimiento del protocolo.
Responsable: Supervisora de cada Unidad.
7.- Evaluación trimestral de los registro de enfermería
Responsable: Supervisora de cada Unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Disminuir la incidencia de pacientes con bacteriemia relacionada con CVC.
Tipo: Resultado.
Fuente de datos: Documentación clínica.
Estándar: 4 episodios por 1000 días CVC.
Fórmula: Nº de registros de bacteriemia por CVC
---------- x 1000días de CVC
Nº total de días CVC

2.- Disminuir la variabilidad en el cuidado del CVC
Tipo: Resultado.
Estándar: 90%.
Fórmula: Nºde enfermeras conocedoras del protocolo de cuidados del CVC.
----------x100
Nº total de enfermeras de UCI

Porcentaje de Unidades formadas en Prevención de Infeccion por CVC.
Tipo: Resultado.
Estándar: 100%
Fórmula: Nº de Unidades formadas en Prevención de infección
---------- x 100
Nº de Unidades

3.-Cumplimentación de los registros de enfermería relacionados con el cuidado del CVC.
Tipo: Resultado.
Fuente de datos: Documentación clínica.
Estándar: 90%
Fórmula:
Nºde registros relacionados con el CVC debidamente cumplimentados
---------- x 100
Nº de registros evaluados

Se evaluará la hoja de registros de cuidados de CVC con criterios de calidad, de ellos marcaremos 6 ítems de obligado cumplimiento:

1. Inserción del catéter: fecha y localización.
2. Primer cambio de apósito a las 24 horas de inserción para retirar restos de sangre y observar sito de incisión.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 395

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATETERES VENOSOS CENTRALES (BRC) EN EL SEVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

3. Cura y cambio de apósito con estrictas medidas de asepsia cada 48-72h. y siempre que este manchado, fecha de realización.
4. Cambios de conexiones y sistemas de perfusión cada 72horas ,excepto para nutrición parenteral total y Propofol ®que se realizará cada 24 horas.
5. Colocación de Micro claves® en todas las llaves de tres vías, excepto en el acceso a la presión venosa central
6. Fecha de retirada de catéter, motivo y recogida de catéter para cultivo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Incidencia de BRC en las Unidades de Intensivos. Marzo 2010-Marzo 2011
- Taller de cuidados CVC en UCI Traumatología y UCI Polivalente. Plan. Póster. Marzo-Abril 2010.
- Taller de cuidados CVC en UCI Coronarias y UCI Cirugía Cardiaca. Plan. Póster. Abril- Mayo 2010.
- Taller de implementación en hoja de registros UCI (Sistema- Infórmatico). Junio 2010.
- Evaluación de registros de enfermería. Septiembre-Diciembre-Marzo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador pórtatil Servicio de Medicina Intensiva	900 €
· Inscripción Congreso calidad.	800 €
Total	1.700 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 114

1. TÍTULO

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VILLAR FERNANDEZ
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
Mª PILAR CASAJÚS LAGRANJA-FARMACÉUTICA-H.U.MIGUEL SERVET
Mª ANGELES ALLENDE BANDRÉS-FARMACÉUTICA-H.U.MIGUEL SERVET
REYES ABAD SAZATORNIL-FARMACÉUTICA-HU MIGUEL SERVET-JEFA SERVICIO DE FARMACIA
JOSÉ MIGUEL AGUIRRE ERRASTI-MÉDICO-H.U. MIGUEL SERVET-JEFE SERVICIO MEDICINA INTERNA
SALVADOR BELLO DRONDA-MÉDICO-H.U. MIGUEL SERVET-JEFE DE SERVICIO NEUMOLOGÍA
SONSOLES GUTIÉRREZ ROJAS-ENFERMERA-H.U. MIGUEL SERVET-SUPERVISORA MEDICINA INTERNA
Mª JESÚS LORENTE GENZORAS-ENFERMERA-H.U. MIGUEL SERVET-SUPERVISORA NEUMOLOGÍA

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

La no adherencia a los tratamientos, supone un grave problema con consecuencias negativas para la salud y unos costes injustificados sobre los sistemas sanitarios. LA OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública y desde distintas instituciones científicas se incide en la necesidad de poner en marcha medidas para corregirlo1.
Los pacientes ancianos polimedicados constituyen el principal grupo de riesgo de incumplimiento. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los pacientes ancianos tratados no cumple correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas2. Para Leal y cols solo el 30% de los pacientes que toman 8 fármacos, conoce la posología de cada uno de ellos y sólo el 20% de estos pacientes reconocía tomarlos correctamente3.

Durante la actividad realizada durante 2009 como farmacéuticos de enlace, se detectó que los pacientes del Servicio de Medicina Interna se fueron de alta con una media de 8.20 fármacos y los de Neumología con una media de 8 fármacos al alta. Esto supone más de 8 administraciones diarias, lo que se traduce en una polifarmacia difícil de manejar y que puede llevar en muchos casos al incumplimiento. Mediante este trabajo, se pretende detectar a los pacientes incumplidores y actuar sobre ellos poniendo en marcha distintas medidas que faciliten la adherencia a los tratamientos.

1. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud;28:113-120
2. San Félix J, Palop V, Pereiró I, Martínez -Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calida de los medicamentos consumidos. Aten Primaria 2002; 30:163-70.
3. Leal M, Abellán J, Casa MT, Martínez J. Paciente polimedicado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente? Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 33, Nº. 8, 2004 , pags. 451-456
4. Bandrés AC, Ferrando J, Martín I, García I. Prescripciones ineficaces e inapropiadas en ancianos. ¿Sirven los criterios de Beers? Med Clin 2009 (Barc) Article in press.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante el desarrollo de una estrategia de intervención multidimensional, realizada en equipo (medico-farmacéutico-paciente), se pretende mejorar la adherencia a los tratamientos en los ancianos polimedicados incumplidores que ingresan en Medicina Interna. Para ello se realizarán distintas actividades reflejadas en el punto 7, que han demostrado efectividad en estudios realizados anteriormente. Así, según un

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 114

1. TÍTULO

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

reciente estudio la educación sanitaria a los pacientes mediante la intervención de un farmacéutico ha demostrado que aumenta la adherencia de los pacientes con patología cardiovascular, contribuyendo a la disminución del consumo de recursos sanitarios y reduciendo un 4% los ingresos hospitalarios 1. La simplificación de los tratamientos por parte del medico, eliminando fármacos innecesarios y estableciendo esquemas posológicos sencillos también contribuye a mejorar la adherencia. El uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD), en países como Canadá o Reino Unido, ha mejorado el cumplimento, pasando al 80% desde el 30% obtenido con la dispensación tradicional. En España, los trabajos realizados con estos sistemas, consiguen un cumplimientos del 99% con un alto grado de satisfacción para el usuario.

1. Lyra JD, Amaral RT, Abriata JP, Pala JR. Satisfacción como resultado de un programa de Atención Farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirao Preto –Sao Paulo. Seguim Farmacoter 2005; 3:30*42
2. Atozqui, Diéz Noguera A. Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación. Pharm Care Esp 2004;6:91-94

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

- Detección del paciente incumplidor. El farmacéutico realizara una entrevista personal a todos los mayores polimedicados que ingresan durante un mes en medicina interna valorando la adherencia a los tratamientos mediante un método indirecto (test de Morisky-Green-Levine) que esta validado para la población española y que ha mostrado una buena concordancia entre los resultados del test y parámetros objetivables. Se excluyen los pacientes con trastornos psíquicos, demencia o enfermedad neurológica que disminuya su capacidad de memoria.

- Comunicación al facultativo responsable la no adherencia al tratamiento con el fin de que valore la adecuación de los tratamientos (simplificar las pautas, eliminar fármacos innecesarios) y eduque a los pacientes en la adherencia la tratamiento.

- Al alta, a todos los pacientes incumplidores detectados se les sensibilizara sobre el uso correcto y racional del medicamento. La labor de educar a los pacientes es una tarea que precisa de la participación activa y de la colaboración de todos los profesionales por lo que participarán en ello el medico, farmacéutico y enfermera. Se proporcionará:
  1. Información oral
  2. Información escrita. Información gráfica del tratamiento mediante el programa gráfico infowin y material escrito con recomendaciones sencillas dirigidas a facilitar el cumplimiento.
  3. Se entregaran sistemas personalizados de dosificación de medicamentos (SPD) semanales. Se seleccionaran a los pacientes que sean capaces o tengan el apoyo suficiente (entorno familiar u oficinas de farmacia) para la preparación semanal de estos sistemas.

- A los dos meses se realizará un seguimiento telefónico. Se realizará de nuevo el test de Morisky-Green-Levine para valorar si ha mejorado la adherencia al tratamiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitorización

- Nº pacientes a los que se facilita SPD/total pacientes susceptibles de recibirlos.
- Mejora del cumplimiento terapéutico (% cumplimiento según test Morisky a lo dos meses -% cumplimento inicial.)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dado que es preciso adquirir los SPD la fecha de comienzo se sitúa en septiembre pero podrá modificarse en función de la fecha de adquisición de SPD
Septiembre: Adquisición SPD
Octubre y Noviembre: Detección de paciente incumplidor. Realización de test de Morisky-Green-Levine. Distribución de SPD

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 114

1. TÍTULO

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

Diciembre-Enero: Seguimiento telefónico de paciente.Evaluación de la mejora del cumplimiento terapéutico con los SPD.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Sistemas personalizados de dosificación de medicamentos: Pastillero semanal	1.620 €
· Elaboración material educativo pacientes	380 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 431

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA.

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRUZ VILLUENDAS USON
· Profesión ..... MEDICO
· Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· Servicio/Unidad .. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BEATRIZ MOLES CALANDRE-FEA MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANTONIO REZUSTA LÓPEZ-FEA MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ANGEL MARCO RIVED-FEA PEDIATRÍA(NEUMOLOGÍA INFANTIL)-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
INÉS HERRERO LABARGA-FEA NEUMOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
CRISTINA COLMENAREJO SERRANO-FIR MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
NIMA PEYMAN-FARD-MIR MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Mª ANTONIA LEZCANO CARRERA-FEA MICROBIOLOGÍA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad hereditaria autosómica recesiva más frecuente en la población de origen caucásico y la primera causa de patología pulmonar crónica en la infancia.
Se produce como consecuencia de mutaciones en el gen que codifica para el regulador de la conductancia transmembrana (CFTR). El defecto en el transporte del ión cloro conduce a una deshidratación de las secreciones del tracto respiratorio, pancreáticas, hepáticas, intestinales y genitourinarias, aumentando su viscosidad.
Las alteraciones a nivel respiratorio determinan la predisposición de los pacientes con FQ para la colonización broncopulmonar crónica por diversos microorganismos, existiendo una cronología con una secuencia más o menos establecida, en la colonización por los diferentes patógenos.
Esta colonización, especialmente por Pseudomonas aeruginosa, se sitúa como la principal causa de la elevada morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad. El 60% de los pacientes está crónicamente colonizado por este microorganísmo, llegando al 80% en pacientes mayores de 18 años, y su adquisición en edades tempranas influye negativamente en el pronóstico de la enfermedad.

El cultivo de la muestra respiratoria en estos pacientes es especial y requiere diferentes medios de cultivo diferenciales así como cultivos cuantitativos. El estudio de la sensibilidad antibiótica es laborioso debido a la amplia variedad de fenotipos aislados en el laboratorio.

Estos pacientes tienen mayor riesgo de colonización/infección respiratoria por micobacterias no tuberculosas (MNT), habiendo sido este aspecto, hasta la fecha, menos estudiado en la serie de pacientes controlada en nuestro hospital. Hay que introducir modificaciones en el procesamiento de las muestras para aumentar su rentabilidad en la determinación de las MNT.

En el momento actual no disponemos de una Base de Datos Individualizada para estos pacientes que permita un buen seguimiento de los diferentes microorganismos a lo largo de la evolución de su enfermedad. Disponer del historial microbiológico de los pacientes con FQ fácilmente accesible mejoraría el conocimiento de datos tan importantes como el momento de la primera colonización, los cambios que se producen en las bacterias colonizantes, qué bacterias permanecen como colonizantes crónicos, estudio de exacerbaciónes y control de tratamientos antibióticos. Todos estos datos son de gran interés tanto clínico como microbiológico

Recientemente ha sido recomendado el estudio y detección de cepas hipermutadoras como herramienta útil en el manejo clínico de la colonización-infección, ya que estas cepas son capaces de desarrollar resistencia de forma rápida a prácticamente todos los antibióticos antipseudomónicos cuando se utilizan en monoterapia y por tanto siempre habría que utilizar una terapia combinada para su tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 431

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Objetivos del proyecto:
- Promover la gestión por procesos en los pacientes con FQ
- Conseguir una colaboración entre facultativos responsables del cuidado de los pacientes con FQ, con el fin de elaborar una base de datos que sea útil para clínicos y microbiólogos, en el seguimiento y control de la colonización/infección broncopulmonar, reflejando la cronología de la infección respiratoria
- Elaboración de la base de datos adaptada a la gestión por procesos
- Poner en funcionamiento el método de detección de cepas hipermutadoras según Protocolo de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
- Mejorar el protocolo de procesamiento de muestras para conseguir mayor rentabilidad en el aislamiento de MNT.
- Realizar rutinariamente visiones directas con tinción de Ziehl-Neelsen ya que algunas de estas especies no se tiñen con auramina

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Implementación del rellenado del volante de petición: Neumología /Unidad de FQ (Pediatría)
- Procesamiento de muestras, cultivo, detección de cepas hipermutadoras: Microbiología
- Desarrollo de la base de datos: Microbiología/ Unidad de FQ (Pediatría)/ Neumología
- Realización de Ziehl Neelsen a las muestras de pacientes de FQ: Microbiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Rellenado de los volantes de solicitud con información sobre agudización, control rutinario o control de tratamiento
Criterio: En abril de 2010 todos los volantes deberán rellenarse recogiendo la situación concreta.
Indicador: Proporción de volantes (fórmula: Nº de volantes rellenado / Nº volantes de conteo rellenados.
Excepciones: Pacientes cuya petición no sea rellenada por uno de los clínicos implicados en el proceso de mejora.
Estándar: 100%
2. Configuración de la base de datos
Criterio: A partir de Abril de 2010 se iniciarán los contactos desde Microbiología con los clínicos para el desarrollo de la base que estará acordada en julio
Indicador: Completado el borrador en julio, se pondrá a prueba en septiembre.
Estándar: No existe
3. Proporción de cepas de Pseudomonas aeruginosa que son hipermutadoras
Criterio: En noviembre de 2010 estarán estudiadas todas las cepas aisladas hasta octubre de 2010
Indicador: Proporción de cepas hipermutadoras/total de cepas aisladas
Estandar: 100%
4. Proporción de pacientes con aislamiento de MNT
Criterio: En noviembre de 2010, se recogerán los datos de todos los aislados
Indicador: Proporción de aislados de MNT/ total de pacientes estudiados
Estandar: 100%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2010. Comienzo de la detección de cepas hipermutadoras, Ziehl Neelsen y cultivo de MNT.
Abril de 2010. Comienzo de los contactos entre miembros de ambos servicios
Julio de 2010, Aprobación del primer borrador
Septiembre de 2010 Valoración de la utilidad del primer borrador e implementación de las mejoras

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 431

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACION/INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA.

Noviembre de 2010: Análisis de los resultados, e informe

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bibliografía	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 288

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ONICOMICOSIS PRODUCIDAS POR HONGOS MICELIALES NO DERMATOFITOS, Y PACIENTES QUE SOLO PRESENTAN POSITIVA LA OBSERVACION MICROSCOPICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA ZUBIRI ARA
- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
- Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO REZUSTA LOPEZ-MICROBIÓLOGO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-MICROBIOLOGIA
ESTRELLA SIMAL GIL-DERMATÓLOGA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-DERMATOLOGÍA
Mª NIEVES PORTA AZNAREZ-DERMATÓLOGA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVETDERMATOLOGÍA
Mª ROSA BALDELLOU LASIERRA-DERMATÓLOGA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-DERMATOLOGÍA
Mª MILAGROS SÁNCHEZ HERNÁNDEZ-DERMATÓLOGA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-DERMATOLOGÍA
ROSA INÉS GARCÍA FELIPE-DERMATÓLOGA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-DERMATOLOGÍA
RICARDO MARTÍN MARCO-DERMATÓLOGO-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA-DERMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La piel es un órgano que juega un papel muy importante en la socialización a lo largo de la vida.
La onicomicosis es una infección por hongos de las uñas de los pies o de las manos. En España se ha establecido una prevalencia de 2.6% de la población. Sin embargo, otros estudios –como el proyecto Achilles, que estudia resultados de 20 países europeos-ofrece otros datos muy superiores (un 29,6% de la población afectada) a los publicados previamente, lo que hace pensar en un incremento real de esta patología.
La frecuencia con la que se afecta la población depende mucho de la edad, siendo infrecuente en los niños pero llegando incluso al 20% en la población adulta en EEUU.
La infección no tratada puede afectar a una o varias uñas, origina entumecimiento, hormigueo, o dolor, además de que las uñas engrosadas pueden ser difíciles de cortar, interfiriendo incluso la marcha. En el caso de las onicomicosis de las manos, los empresarios son reacios a contratar personas con las uñas alteradas, particularmente para trabajos en los haya que manipular alimentos o trabajos que interaccionan con el público. Los pacientes pueden tener problemas para realizar tareas relacionadas con escribir o mecanografiar. Además, las onicomicosis pueden precipitar infecciones bacterianas secundarias incluso de la importancia de la celulitis.
El agente que con mayor frecuencia produce infección de las uñas en nuestro medio es T. rubrum, que también es el agente más frecuente en el mundo, siendo el segundo T. mentagrophytes var. interdigitale . En las uñas de los pies varía la proporción de hongos no dermatofitos que pueden aislarse como agentes etiológicos de onicomicosis, que suele estar cercana al 11%.
Parece ser que hay una predisposición familiar, tanto para padecer tiña del pie como onicomicosis, y es en estos casos en los que resultaría más interesante el estudio familiar como método para el control definitivo de la infección. La onicomicosis del pie es precedida de tinea pedis, y pueden detectarse hongos en el pie cuando no se aíslan en uña, este dato puede ayudar en el diagnóstico.
El diagnóstico de las onicomicosis no puede realizarse únicamente con criterios clínicos, requiere la confirmación por parte del laboratorio. Esto es algo que no se tiene en cuenta a la hora de instaurar tratamientos con frecuencia, ya que la mayoria de los tratamientos los ponen los médicos de atención primaria y originan menos carga diagnóstica (25%) que los dermatólogos que son los que más diagnósticos correctos realizan (datos propios)
La confirmación diagnóstica por parte del laboratorio ha demostrado ser más coste-efectiva que el tratar todos los pacientes, sin evidencia microbiológica.
El diagnóstico de tinea unguium, presenta dificultades especiales en relación a otras micosis, pues la toma de muestra requiere tiempo y experiencia.
Diagnóstico convencional: La demostración de estructuras fúngicas (hifas y artroconidias) en la observación microscópica de la muestra clínica y en el cultivo seguido de la identificación del hongo causante. Esta combinación ha sido considerada como “gold estándar”. Sin embargo la sensibilidad de ambos métodos es baja. Sin embargo, es frecuente la aparición de casos positivos por observación microscópica que no crecen en el cultivo (10-50%); 37% en nuestro medio (datos propios). La situación contraria es frecuente alrededor de un 5-15%, en la que sólo el cultivo es positivo.
El cultivo convencional presenta varios problemas, requieren mucho tiempo para realizar un diagnóstico definitivo, hay que esperar al cultivo y porterior identificación; teniendo en cuenta que el tiempo recomendado de incubación son cuatro semanas, después hay que realizar la identificación. Cuando es negativo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 288

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ONICOMICOSIS PRODUCIDAS POR HONGOS MICELIALES NO DERMATOFITOS, Y PACIENTES QUE SOLO PRESENTAN POSITIVA LA OBSERVACION MICROSCOPICA

y la observación microcópica (en nuestro caso un 37%) no se puede conocer el agente. Otras veces crecen hongos que tiene que demostrarse su valor patógeno, que crecen como contaminantes, pero que pueden tener valor, tras aislamiento repetido y si es la observación microscópica positiva.
En la interpretación se considera que el aislamiento de un dermatofito es diagnostico, en el paciente con lesión ungueal, pero el crecimiento de un hongo no dermatifito tiene muchas dificultades diagnósticias, ya que requiere la observación microscópica positiva y cultivo repetido, sin embargo teniendo en cuenta, que es frecuente la observación microscópica positiva y el cultivo negativo, no podemos estar seguros de la ausencia de un dermatofito y que este no crece y sí lo haga un hongo saprofito, aunque se aisle dos veces.
JUSTIFICACIÓN:
Aproximadamente el 11% de los pacientes en los que se aisla un hongo, este es un posible contaminante, pero puede tener valor si se observa y cultiva repetidas veces. Nuestra experiencia de 2009, es que el 13% de las onicomicosis son producidas por hongos no dermatofitos.
El 21% de los diagnósticos de onicomicosis se basan sólo en la observación de el hongo, pero no en el crecimiento, por lo que no se puede orientar correctamente el tratamiento (datos de 2009)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1º Porcentaje de pacientes con observación microscópica positiva y cultivo negativo:21%.
2º Porcentaje de pacientes con observación microscópica positiva y cultivo positivo para hongos miceliales no dermatofitos:13%

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar atención basada en procesos.
Mejorar el diagnóstico en los pacientes que padecen onicomicosis con observación microscópica positiva y cultivo negativo, no pueden tratarse de acuerdo con el agente etiológico, al repetir la toma aumenta la probabilidad del aislamiento del agente
Mejorar el diagnóstico en los pacientes con observación microscópica positiva y crecimiento de hongo no dermatofito, requiere el aislamiento repetido para establecer el papel patógeno, al introducir la repetición de toma de muestra como criterio.
Comprobar la evolución a los 12 meses de finalizado el tratamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El mismo método que actualmente, incorporando la repetición de la muestra, en este momento, llamamos por teléfono al paciente, pero no tenemos el cumplimiento del 100%, para mejorarlo contaremos con el compromiso de ambas partes Microbiología y Dermatología. Microbiología realiza la llamada, si el paciente no es localizable o no viene Dermtología la vuelve a mandar cuando va a la consulta. Responsables Microbiología y Dermatología.
Seguir el mismo criterio en los pacientes que sólo dan positivo la observación microscópica, sin conseguir resultados en el cultivo (repetir la toma de muestra), Responsables Microbiología de la toma de muestra y Dermatología de que el paciente se la realice, cuando no haya venido tras la llamada desde Microbiología.
Citar por parte de Dermatología a los pacientes a los 12 meses de finalizado el tratamiento, para comprobar la mejoría clínica y en caso de continuar la sospecha; nuevo cultivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador nº 1. Porcentaje de pacientes con observación microscópica positiva y cultivo negativo.
Nº de pacientes con observación positiva cultivo negativo/Nº pacientes con cultivo positivo y/o observación microscópica positiva X 100.
Todos los pacientes con alteración de la uña, visitados en Dermatología y remitidos a Microbiología.
Indicador nº 2. Porcentaje de pacientes con observación microscópica positiva y cultivo positivo para hongos miceliales no dermatofitos.
Nº de pacientes con observación positiva cultivo para hongos no dermatofitos/Nº de pacientes con cultivo positivo y/o observación microscópica positiva X 100.
Todos los pacientes con alteración de la uña, visitados en Dermatología y remitidos a Microbiología.
Indicador nº 3. Porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento y han logrado la curación clínica.
Nº de pacientes con curación clínica/ Nº pacientes tratados X 100.
Todos los pacientes tratados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión para la organización de la recogida de muestra en Marzo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 288

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ONICOMICOSIS PRODUCIDAS POR HONGOS MICELIALES NO DERMATOFITOS, Y PACIENTES QUE SOLO PRESENTAN POSITIVA LA OBSERVACION MICROSCOPICA

Comienzo de los estudios microbiológicos en Abril
Evaluación en junio 2010 y enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañon de proyección	400 €
· Pantalla de proyección	150 €
· Accesorios proyección	100 €
Total	650 €

11. OBSERVACIONES.