

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:04 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z3	AT.PRIMARIA	304	GOMEZ PELIGROS, ANTONIO	AUMENTO DE COBERTURA EN SERVICIOS PRIORITARIOS DEL SECTOR III	CS ALAGON	
Z3	AT.PRIMARIA	160	RUBIO PICO, PEPA	PREPARADOS LISTOS IYA	CS ALAGON	
Z3	AT.PRIMARIA	260	GALINDO MORALES, GEMA	CUIDADOS FISIOTERAPICOS BASICOS EN PATOLOGIA DE HOMBRO PARA EL PACIENTE EN ESPERA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA	CS BORJA	
Z3	AT.PRIMARIA	127	OTO NEGRE, ANTONIO LUIS	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE DIABETICO	CS CARIÑENA	
Z3	AT.PRIMARIA	643	BLASCO CASTELLO, LUCIA CONSUELO	MEJORA EN 2011 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE	CS DELICIAS NORTE	
Z3	AT.PRIMARIA	675	LABORDA EZQUERRA, KATHARINA	DISPONIBILIDAD DE UN CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE EN 2011, ASI COMO SU GESTION Y MANTENIMIENTO	CS DELICIAS NORTE	
Z3	AT.PRIMARIA	296	ANTOÑANZAS LOMBARTE, ANGEL	PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011	CS DELICIAS SUR (DRONDA)	
Z3	AT.PRIMARIA	259	ESTEBAN MARTINEZ, IGNACIO	MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y DETECCION PRECOZ DE LA EPOC. PARA DISMINUIR SU PROGRESION Y SECUELAS. EN FUMADORES ASINTOMATICOS MAYORES DE 40 AÑOS, ADSCRITOS AL CS HERRERA DE LOS NAVARROS	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	
Z3	AT.PRIMARIA	625	ABENGOCHEA COTAINA, BELEN	MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	
Z3	AT.PRIMARIA	538	BENEDE AZAGRA, CARMEN BELEN	MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE ANTICOAGULADO PROMOViendo SU CUIDADO MEDIANTE UN PROGRAMA EDUCATIVO	CS OLIVER	
Z3	AT.PRIMARIA	183	CARO REBOLLO, JOSEFINA	ELABORACION DE PROTOCOLOS COMUNES PARA MEJORAR LA ATENCION DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL CS OLIVER Y COORDINACION CON PERSONAL DE ATENCION CONTINUADA. PRIMERA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA HIPERFRECUENTACION EN PEDIATRIA	CS OLIVER	
Z3	AT.PRIMARIA	280	LALANA JOSA, MARIA PILAR	REVISAR, AMPLIAR Y OTORGAR GRADOS DE EVIDENCIAS A LA "GUIA DE PRESCRIPCION EN PEDIATRIA PARA ATENCION PRIMARIA" Y ESTABLECER ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACION ENTRE LOS PROFESIONALES	CS OLIVER	
Z3	AT.PRIMARIA	552	MARTINEZ BURGOS, BEATRIZ	PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACEUTICA EN EL C.S. OLIVER EN COLABORACION CON FARMACEUTICOS SIN FRONTERAS	CS OLIVER	
Z3	AT.PRIMARIA	115	HERRERO GIL, MARIA ANGELES	TALLER GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR II	CS SADABA	
Z3	AT.PRIMARIA	276	MARIN MURILLO, PILAR	EXPLORACION DEL PIE COMO MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON DIABETES EN LA ZS DE SADABA	CS SADABA	
Z3	AT.PRIMARIA	308	MARTIN GRACIA, GLORIA MARIA	TELE-REVISION ENTRE A.PRIMARIA DEL C.S.SADABA Y EL SERVICIO DE ENDOCRINO DE INOCENCIO JIMENEZ Y H.C.U.	CS SADABA	
Z3	AT.PRIMARIA	267	MARTINEZ SANZ, ELENA	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A EMBARAZADAS EN NUESTRA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL: DESDE LA PRECONCEPCION HASTA EL PARTO	CS TARAZONA	
Z3	AT.PRIMARIA	305	MONTIJANO TORCAL, JOSE MIGUEL	MEJORA DEL REGISTRO DE LA PRESCRIPCION EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI PARA ADECUARLA A LA PRESCRIPCION POR RECETA ELECTRONICA	CS TARAZONA	
Z3	AT.PRIMARIA	663	ASENSIO MARTINEZ, ELENA	GRUPO DE ENCUENTROS DE MADRES / PADRES CON EL RECIEN NACIDO. ACTIVIDAD GRUPAL A PADRES DURANTE EL PRIMER AÑO DEL VIDA DEL NIÑO/NIÑA	CS UNIVERSITAS	
Z3	AT.PRIMARIA	106	VILLANUEVA RODRIGUEZ, CARMEN	PUESTA EN PRACTICA DE UNA CUENTA DE CORREO ELECTRONICO PARA MEJORAR EL ACCESO A UNA CONSULTA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	CS UTEBO	
Z3	AT.PRIMARIA	49	BLASCO PEREZ-ARAMENDIA, MARIA JESUS	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS CONSULTAS DE UN EAP. ESTUDIANDO LOS LISTADOS DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES A TRAVES, DE DATOS DE CARTERA DE SERVICIOS OMI. AÑO 2009	CS VALDEFIERRO	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:05 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z3	AT.PRIMARIA	631	LOMBARDO MURILLO, JOSEFA	PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACEUTICA DEL CENTRO SALUD VALDEFIERRO EN COLABORACION CON FARMACEUTICOS SIN FRONTERA	CS VALDEFIERRO	
Z3	AT.PRIMARIA	321	MARTINEZ-RAPOSO PIEDRAFITA, MARIA CARMEN	MEJORA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS II MEDIANTE UN PROGRAMA DE INTERVENCION A CARGO DE MEDICINA DE FAMILIA-ENFERMERIA	CS VALDEFIERRO	
Z3	AT.PRIMARIA	50	VILLAFRANCA ESCOSA, ALFREDO	ACCIONES DE UN EAP PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR Y SU IMPLICACION EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA CON EL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR).	CS VALDEFIERRO	
Z3	AT.PRIMARIA	341	ESCRIBANO SANCHEZ, PEDRO IGNACIO	FORMACION EN NORMATIVA LOPD (LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALE) APLICADA AL AMBITO SANITARIO EN ATENCION PRIMARIA (HISTORIA CLINICA-OMIAP, BDU).	GERENCIA DE SECTOR	
Z3	AT.PRIMARIA	128	VELA CONDON, PABLO	PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SECTOR III	UNIDAD DOCENTE MFYC SECTOR III CALATAYUD	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	617	PEREZ BARRIOS, ISABEL	CREACION DE CONSULTAS DE ENFERMERIA EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ	CME INOCENCIO JIMENEZ	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	37	AGUILAR LOU, JOAQUIN	USO DE LOS MEDIOS DE INFORMACION (INTRANET), PARA LA MEJORA DE LA ATENCION AL TRABAJADOR, EN EL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	669	ALLENDE BANDRES, MARIA ANGELES	REVISION DE FARMACOS INADECUADOS EN EL ANCIANO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	360	ANDRES CONEJERO, RAQUEL	DIFUSION Y ACTUALIZACION DE ASPECTOS LEGALES DE APLICACION EN EL AMBITO PROFESIONAL EN ONCOLOGIA MEDICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	120	BLASCO BELTRAN, BENJAMIN	TRAMITACION DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE LITIASIS URINARIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREA VIA E-MAIL	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	196	BUENO FENERO, SARA	TENGO UNA OSTOMIA, ¿QUE ES ESTO?, ¿QUE HAGO AHORA?.	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	646	CANELLAS ANOZ, MIGUEL	ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA CONTROL DE LICENCIAS DE OPERADOR/SUPERVISOR DE INSTALACIONES RADIATIVAS DEL SECTOR ZARAGOZA III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	16	CARAZO HERNANDEZ, BELEN	PROGRAMA DE CONTROL DE INCREMENTO PONDERAL DURANTE EL EMBARAZO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	240	CASTILLO GARCIA, FRANCISCO JAVIER	CONTRIBUIR AL USO RESTRINGIDO Y RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	299	CEBOLLADA DEL HOYO, JESUS	CONTINUACION DEL PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	670	COSTAN GALICIA, JOAQUIN CARLOS	CALIDAD DE LAS ESPIROMETRIAS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	218	CUELLO ARAZO, MARIA TERESA	MEJORA DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN EL SECTOR ZARAGOZA III (CONTINUACION).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	302	DE ESCALANTE YANGÜELA, BEGOÑA	ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES ZARAGOZA 3 Y CALATAYUD. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	292	DELGADO BELTRAN, CONCEPCION	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA REUMATOLOGICA EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III Y EN EL SECTOR DE CALATAYUD	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	15	DIAZ VEGA, MIGUEL	ACCIONES PARA LA MEJORA EN LA DERIVACION A LA SECCION DE ESTERILIDAD DESDE CONSULTA DE	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:07 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				GINECOLOGIA GENERAL	LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	424	DURAN SANCHEZ, ESTRELLA	DISMINUCION DEL GRADO DE CONTAMINACION DE LOS HEMOCULTIVOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	59	ELOSEGUI ALBERDI, LUISMA	MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO GENETICO DEL CANCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIOS (GENES BRCA1 Y BRCA2).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	239	FERNANDEZ MUR, ANA CRISTINA	IMPLEMENTACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESION REALIZADA POR LA SUBCOMISION DE ULCERAS DEL HOSPITAL LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	44	FERRER DUFOL, ANA	PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS POR CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	577	GARCIA ALVAREZ, ELENA	MEJORAR EL CONOCIMIENTO Y APLICACION DEL ABORDAJE BIOPICOSOCIAL EN LA REHABILITACION DE LA LUMBALGIA MECANICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	656	GARCIA DE LUXAN, MARIA JOSE	MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA MOVILIDAD INTERNA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA MEDIANTE HERRAMIENTA INFORMATICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	379	GARCIA NOAIN, ALBERTO	UTILIZACION DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA COMO ALTERNATIVA A LA INTUBACION OROTRAQUEAL (IOT).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	53	GARCIA ROMERO, ALEJANDRO	ESTABLECER Y REALIZAR UN PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DEL ECOGRAFO Y LA SONDA USADA EN BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE PROSTATA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	204	GAVIN SEBASTIAN, OLGA	ELABORACION PROTOCOLO DE ACTUACION DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN URGENCIAS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	309	GIL BERDUQUE, ANA BELEN	GUIA DE BOLSILLO DE "ADMINISTRACION DE FARMACOS DE USO FRECUENTE EN URGENCIAS PARA ENFERMERIA" PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	339	GIMENO GRACIA, MERCEDES	INFORMACION A PACIENTES EXTERNOS SOBRE LOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	247	GIRON JORCANO, GEMMA	FORMACION DE ENFERMERAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA (HCU) COMO ENFERMERAS REFERENTES EN LESIONES POR PRESION (LPP).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	119	GOMEZ BITRIAN, JOAQUIN	PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FORMACION EN COMPETENCIAS COMUNES PARA MEDICOS INTERNOS RESIDENTES EN FORMACION DEL SECTOR III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	244	GONZALEZ GARCIA, GONZALO	PROYECTO DE MEJORA EN EL TRIAJE PEDIATRICO EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	112	GONZALEZ NAVARRO, JOSE VICENTE	PROTOCOLO DE REMISION A CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA (CME INOCENCIO JIMENEZ) DE PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS HOSPITALARIAS CON SINTOMATOLOGIA GINECOLOGICA "PREFERENTE", NO URGENTE	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	155	GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA, RAFAEL	OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION: REEVALUACION DEL RIESGO INTERMEDIO PARA CROMOSOMOPATIAS Y CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	502	HERNANDEZ SALUEÑA, CARMEN	APLICACION DE LAS TIC: INFORMATIZACION DE LAS SOLICITUDES DE FORMACION CONTINUADA DEL SECTOR ZARAGOZA III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	211	HERRERA SERRANO, ANA ISABEL	MEJORAR LA INFORMACION DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION DEL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:08 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z3	AT.ESPECIALIZ.	624	IBAÑEZ VICENTE, ANGELA	APLICACION DE LAS TIC: ANALISIS DEL USO DE LA INTRANET COMO HERRAMIENTA, AUMENTAR ACCESIBILIDAD Y GESTION DE CONTENIDOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	676	JULIAN ANSON, MARIA ANGEL	OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO DE PETICIONES ANALITICAS POR PARTE DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA U.C.L.	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	474	LAGUIA MARTIN, AURORA	REVISION Y DIFUSION DEL PLAN INTEGRAL DE GESTION DE RESIDUOS DE LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	166	LAMBEA SORROSAL, JULIO JOSE	PROYECTO DE MEJORA DE PROTOCOLOS ESPECIFICOS ASOCIADOS A PRESCRIPCION DE QUIMIOTERAPIA EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DE ONCOLOGIA MEDICA Y HOSPITAL DE DIA EN EL SECTOR ZARAGOZA III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	221	LASIERRA SANROMAN, JOSE MANUEL	IMPLANTACION DE PROGRAMA DE AUTOTRANSFUSION COMO MEDIDA DE AHORRO DE SANGRE HOMOLOGA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	396	LAZARO PEREZ, JESUS	PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189:2007 DE LA TECNICA DE CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	320	LINARES VICENTE, JOSE ANTONIO	PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN ANGINA ESTABLE MEDIANTE EVALUACION DE RESERVA DE FLUJO CORONARIO (FFR) CON GUIA DE PRESION INTRACORONARIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	137	LOPEZ IBORT, MARIA NIEVES	SELECCION DE UNA ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR ADECUADA A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO SEVERO Y ELABORACION DE UN PROTOCOO DE ANALGESIA (CONTINUACION).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	560	LUKIC , ANTONELA	PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON" ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	484	MARCO SANJUAN, JUAN CARLOS	TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS CONVERSIVOS ENTRE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (UPPE) Y EL S. DE REHABILITACION Y FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVESRITARIO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	41	MARTIN MONTAÑES, MANUEL	MONITORIZACION PERMANENTE DEL PROCEDIMIENTO PARA BIOPSIA TRANSRECTAL ECODIRIGIDA MEDIANTE BASE DE DATOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	31	MARTINEZ ESTEBAN, FRANCISCO JAVIER	ESTUDIO PARA LA OPTIMIZACION DE LA POTENCIA CONTRATADA EN LOS CENTROS SANITARIOS, CON SUMINISTRO EN ALTA TENSION, DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	9	MATEO ALCALA, PURIFICACION	PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS EN HPDOCTOR PARA INCLUIR DATOS OBTENIDOS EN PRIMERA CONSULTA GESTACIONAL REALIZADA EN CEM INOCENCIO JIMENEZ, SECTOR ZARAGOZA III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	21	MENAO GUILLEN, SEBASTIAN	ADECUACION DE LA TECNICA DE CROMATOGRAFIA DE GASES PARA EL ANALISIS DE ETANOL EN SANGRE A LOS CRITERIOS EXIGIDOS POR LA NORMA UNE-EN ISO15189 PARA LOGRAR LA ACREDITACION DE DICHA TECNICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	649	MILIAN OMEDAS, JOSEFINA	EVITAR Y PREVENIR ERRORES RELACIONADOS CON LA MEDICACION, ESTABLECIENDO MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE C. VASCULAR DEL H.C.U. (CONTINUACION).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	13	MILLAN CEBRIAN, ESTHER	ESTABLECER PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE NUEVOS ALGORITMOS DEL SISTEMA DE PLANIFICACION DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA UTILIZADO EN EL Sº DE FISICA Y PR EN CONDICIONES PARTICULARES DE FUNCIONAMIENTO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	252	MORENO CHULLILLA, JOSE ANTONIO	TRATAMIENTO DE ANEMIA PERIOPERATORIA COMO BASE FUNDAMENTAL PARA ADECUADA UTILIZACION	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:09 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				DE TERAPEUTICA HEMOSUBSTITUTIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ONCO-UROLOGICA DENTRO DE PROTOCOLO DE AUTODONACION PREDEPOSITO	LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	189	MOZOTA DUARTE, JULIAN	EVALUACION DE LAS INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS, IMPLANTACION DE ESTRATEGIAS PARA EVITARLAS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	43	MURILLO JASO, LAURA MANUELA	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIEMTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	241	ORENSANZ ALAVA, AFRICA	ANALISIS EXPLORATORIO DE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HCU LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	78	OROS LOPEZ, DANIEL	DESARROLLO, MODIFICACION Y APLICACION DEL CONTROL DE LA EVOLUCION DEL PARTO (PARTOGRAMA).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	246	PALACIOS LASECA, MARTA	ESPACIO VIRTUAL DE COMUNICACION INTERNA ENTRE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA PERTENECIENTES AL SERVICIO ARAGONES DE SALUD	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	130	PALOMERA BERNAL, LUIS	CREACION DE UNA CONSULTA DE HEMATOLOGIA DE "ALTA RESOLUCION O ACTO UNICO" EN EL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	42	PEREZ ARBEJ, JOSE ANTONIO	PROGRAMA PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TUMORES SUPERFICIALES DE VEJIGA CON ECOGRAFIA Y CISTOSCOPIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	47	PEREZ CALVO, JUAN IGNACIO	ANALISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCION DE MEDICINA INTERNA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	486	PEREZ TRULLEN, ALFONSO	ADAPTACION DE LA FIBROBRONCOSCOPIA A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO, DISMINUYENDO LOS COSTES SANITARIOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	343	PINO JIMENEZ, DOLORES	FORMACION EN NORMATIVA LOPD (LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALE) APLICADA AL AMBITO SANITARIO EN ATENCION ESPECIALIZADA (HISTORIA CLINICA-INTRANET, HP HIS).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	345	PUENTE LANZAROTE, JUAN JOSE	MEJORAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	14	RAMIREZ RODRIGUEZ, JOSE MANUEL	PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ EN CIRUGIA DE COLON Y RECTO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	117	REPOLLES LASHERAS, SIRA	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA BASICA DE ANTICONCEPCION EN ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	20	RIVAS BALLARIN, MARIA ANGELES	CARACTERIZACION DE LA CALIDAD DE IMAGEN DE LOS MAMOGRAFOS DEL HOSPITAL, Y DEL AREA CONTROLADA POR EL SFPR, MEDIANTE EL MANIQUI CDMAM	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	678	RIVAS JIMENEZ, MIGUEL	ACTUACION EN LA CRISIS DE ASMA EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. ADECUACION DE LOS INGRESOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	563	ROSES MONFORT, ELENA	IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA PERIOPERATORIO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	601	RUIZ ARROYO, JOSE RAMON	MEJORA DE LA INFORMACION SOBRE CATETERISMO CARDIACO AL CLIENTE EXTERNO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	254	SAENZ ABAD, DANIEL	PLAN INTEGRAL DE MEJORA EN LA ASISTENCIA EN URGENCIAS DE LOS PACIENTES CON COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS DISPOSITIVOS DE GASTROSTOMIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z3	AT.ESPECIALIZ.	66	SALVO GONZALO, MARIA SOLEDAD	DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL EQUIPO BACT/ALERT 3D DE HEMOCULTIVOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	386	SANCHO SERRANO, MARIA ANTONIA	ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PERSONAL DUE QUE TRABAJA EN HOSPITALIZACION DE GINECOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA, PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO Y LA ASISTENCIA CLINICA DE LAS PACIENTES DIABETICAS INGRESADAS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	674	SANJOAQUIN CONDE, ISABEL	MEJORA EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ARAGON. MEJORA EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	289	SEBASTIAN HERNANDEZ, ALICIA	MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE LACTANTES DEL H.C.U. "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	238	SERAL GARCIA, CRISTINA	MEJORA EN LA INFORMACION DEL ANTIBIOGRAMA EN LOS PATOGENOS COMUNITARIOS DE DECLARACION OBLIGATORIA (EDO).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	626	SIERRA BERGUA, BEATRIZ	INSUFICIENCIA CARDIACA EN URGENCIAS: OPTIMIZACION DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	566	SUBIRA RIOS, JORGE	ELABORACION DEL MANUAL DE ENFERMERIA EN CIRUGIA UROLOGICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	450	TAJADA DUASO, MAURICIO	ADECUACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y CONDUCTA TERAPEUTICA EN LA DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL RETRASO DE CRECIMIENTO FETAL INTRAUTERINO (RCFIU).	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	394	VECINO SOLER, ANA	ADECUACIÓN DEL NIVEL DE ACCESO A LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA EN EL HCU LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	AT.ESPECIALIZ.	469	VITORIA AGREDA, ASUNCION	OPTIMIZACION DEL ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE MUESTRAS DE LA SECCION DE RESPIRATORIO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA MEDIANTE LA INTERVENCION DE LA FASE PREANALITICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
Z3	SALUD MENTAL	30	ARENERE MENDOZA, MERCEDES	INFORMATIZACION DE LAS SOLICITUDES DE MEDICAMENTOS DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA AL SERVICIO DE FARMACIA DEL CRP NTRA. SNRA. DEL PILAR	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA	
Z3	SALUD MENTAL	291	GARCIA MARCO, MARIA ISABEL	DETECCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE DIA ROMAREDA	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA	
Z3	SALUD MENTAL	392	HERAS ALONSO, NOELIA	MOTIVACION LABORAL EN EL TMG TRAS UN INGRESO EN MEDIA ESTANCIA EN EL CRP DEL PILAR	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA	
Z3	SALUD MENTAL	70	LEZCANO CISNEROS, AMELIA	PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES GRANDEPENDIENTES EN PSICOGERIATRIA	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA	
Z3	SALUD MENTAL	297	MAICAS CORTES, MONICA	PROYECTO MULTICENTRICO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (ZARAGOZA III-USM INFANTO-JUVENIL MOVERA).	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA	
Z3	SALUD MENTAL	39	MARTIN GRACIA, ANDRES	PROYECTO DE MEJORA DE LA VALORACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO AL ALTA DE UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA	
Z3	SALUD MENTAL	455	TARI GARCIA, ANTONIO	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ATENCION A LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA	
Z3	OTROS ÁMBITOS	488	AZA PASCUAL-SALCEDO, MERCEDES	TRABAJANDO PARA MEJORAR NUESTRA INTRANET	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	
Z3	OTROS ÁMBITOS	639	LALLANA ALVAREZ, MARIA JESUS	LO QUE SIEMPRE QUISO SABER DE LA DIETOTERAPIA, AHORA AL ALCANCE DE UN CLICK	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

304

AUMENTO DE COBERTURA EN SERVICIOS PRIORITARIOS DEL SECTOR III

2. RESPONSABLE ANTONIO GOMEZ PELIGROS

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALAGON
- Servicio/Unidad .. CS ALAGON
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ OBON JOSE LUIS. MEDICO. CS ALAGON.
- ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERA. .
- BADIA BENITO MARIA JESUS. ENFERMERA. .
- BERNAL LABORDA IRENE. MEDICO. CS ALAGON.
- OJEDA VERDE ISABEL. MEDICO. CS ALAGON.
- ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO. MEDICO. CS ALAGON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los servicios de prevención de ECV, de estratificación de riesgo cardiovascular y del tabaco presentan una cobertura subóptima. Es preciso tener incluidos en dicho programa un número elevado de personas, ya que son factores de riesgo de una patología que ocasiona la mayor parte de la mortalidad en nuestro centro de salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incluir a 3694 pacientes en el servicio de prevención de RCV
Realizar la estratificación de RCV a 709 pacientes
Incluir a 506 en el programa del tabaco

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mediante búsqueda activa de casos en consulta y en el servicio de atención continuada. Cada miembro del grupo de mejora será responsable de la captación e inclusión de los pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° de pacientes incluidos en el programa de prevención de ECV/ N° de pacientes susceptibles de ser incluidos
2. N° de pacientes incluidos en el programa de estratificación de riesgo de padecer ECV/ N° de pacientes susceptibles de ser incluidos
3. N° de pacientes incluidos en el programa de tabaquismo N° de pacientes susceptibles de ser incluidos
Los indicadores serán desagregados por profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde 1 de abril a 31 de diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

160

PREPARADOS LISTOS !YA

2. RESPONSABLE PEPA RUBIO PICO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS ALAGON
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BADIA BENITO MARIA JESUS. ENFERMERIA. CS ALAGON. ENFERMERIA
- MEMBRADO GRANIZO JAVIER. PEDIATRA. CS ALAGON. PEDIATRIA
- MARTINEZ ESPLIGARES LAURA. PEDIATRA. CS ALAGON. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. *CREEMOS EN LA IMPORTANCIA DE REVISAR EL CALENDARIO VACUNAL DEL ADOLESCENTE PREVIO A SU PASO A LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA.

*ES IMPORTANTE MEJORAR LA COBERTURA VACUNAL DE 14 AÑOS.

*HAY TRES CAUSAS PRINCIPALES DE LA FALTA DE VACUNACION DE LOS CHICOS-CHICAS DE 14 AÑOS

- NO ACUDEN A LA REVISION DE 14 AÑOS
- HAY CHICOS-CHICAS QUE NO SON USUARIOS DEL SALUD
- CHICOS QUE DEJAN DE ASISTIR A LOS IES

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. SI LA COBERTURA, EN MUESTRA DE NUESTRA ZONA BASICA, HA SIDO DE UN 65% EN EL AÑO 2010 QUEREMOS INCREMENTARLA AL MENOS UN 20

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. *VERIFICACION DE CALENDARIO VACUNAL EN REVISION DE 14 AÑOS

*CAPTACION ACTIVA DE PACIENTES QUE NO ACUDEN A REVISION A TRAVES DE LOS LISTADOS DE PACIENTES, CONTACTAR CON ELLOS Y OFRECER VACUNACION.

*CAPTACION EN CONSULTA DE DEMANDA

*MEJORAR LA INFORMACION DE CONSULTORIOS PERIFERICOS (VACUNAS PUESTAS Y NO REGISTRADAS)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Nº DE CHICOS Y CHICAS DE 15 AÑOS CORRECTAMENTE VACUNADOS/Nº SE CHICOS-CHICAS DE 15 AÑOS

*DESAGREGADOS POR MUNICIPIOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *EL PROYECTO TENDIA UNA DURACION DE TRES AÑOS PARA PODER DARLE CONTINUIDAD

*REVISAR CADA TRIMESTRE LOS PACIENTES PENDIENTES DE VACUNACION Y SU VERIFICACION.

*REVISAR EL CALENDARIO VACUNAL DE LOS CHICOS -CHICAS PREVIO A SU PASO A MEDICINA DE FAMILIA.

*EN URGENCIAS DEL CENTRO ANOTAR UN FLASH EN LA HISTORIA QUE SEA NECESARIO VACUNAR O CONFIRMAR VACUNACION

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 260

CUIDADOS FISIOTERAPICOS BASICOS EN PATOLOGIA DE HOMBRO PARA EL PACIENTE EN ESPERA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

2. RESPONSABLE GEMA GALINDO MORALES

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro CS BORJA
- Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLA MARTINEZ BLANCA. AUX. ADMINISTRATIVO. CS BORJA. ADMINISTRACION
- SOLA ANTON JOSE FERNANDO. ADMINISTRATIVO. CS CANAL IMPERIAL. ADMINISTRACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - El hombro doloroso es una patología muy frecuente en A.P., engloba sintomatología variada en mayor o menor grado como dolor, inflamación, limitación articular y atrofia muscular, lo que conlleva una limitación funcional en la mayoría de los pacientes afectados.

- Además, el aumento de la demora hace que pase mucho tiempo desde que el problema es detectado por el médico de A.P. hasta que llega a Fisioterapia, máxime cuando el paciente precisa pruebas complementarias o es visto por un especialista.

- La elaboración de una hoja de cuidados fisioterápicos básicos para el hombro doloroso pretende minimizar la sintomatología y evitar el empeoramiento durante el tiempo de espera, a la vez que el paciente se implica activamente en su proceso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implicar a todos los pacientes con hombro doloroso en su tratamiento proporcionándoles unos cuidados fisioterápicos básicos a realizar en su domicilio.

- Evitar el empeoramiento del proceso debido al tiempo de demora en el tratamiento, principalmente el aumento de dolor y la pérdida del rango articular.

- Mejorar la calidad de vida del paciente afectado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaborar un tríptico de cuidados fisioterápicos básicos en patología del hombro. (Fisioterapeuta).

-Elaborar un test de dolor y movilidad.

-Entregarlo desde Servicio de Admisión a todos los pacientes en los que en su volante de Inter consulta figure como motivo de derivación a fisioterapia un problema de hombro.

-Comprobar en la primera consulta de fisioterapia, que el paciente ha recibido la información y seguido las pautas.

-Comprobar con un segundo test de dolor y movilidad que se ha obtenido una mejoría (su situación en la primera consulta de fisioterapia es, al menos, igual que en el momento de la derivación).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de pacientes que reciben la información sobre cuidados generales de hombro / N° pacientes totales derivados con patología de hombro * 100.

N° de pacientes que siguen las pautas / N° de pacientes que reciben la información * 100.

N° Pacientes que siguen las pautas y obtienen mejoría / N° pacientes totales que siguen las pautas * 100.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril - Elaboración de la hoja de cuidados fisioterápicos básicos en patología de hombro y del test de dolor y movilidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 260

CUIDADOS FISIOTERAPICOS BASICOS EN PATOLOGIA DE HOMBRO PARA EL PACIENTE EN ESPERA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

Mayo, Junio, Julio - Entrega desde Admisión de la información a los pacientes derivados.

Mayo a Octubre - Comprobación en la primera consulta de fisioterapia de la recepción de la información y la obtención de la mejoría

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Tabla Bohler--- ENRAF NONIUS	100 €
·	20 €
· TRES PORTA PAPELES	80 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. LA TABLA BOHLER MARCA ENRAF NONIUS, TIENE QUE SER RECTANGULAR ANTIDESLIZANTE

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

127

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE DIABETICO

2. RESPONSABLE ANTONIO LUIS OTO NEGRE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CARIÑENA
- Servicio/Unidad .. EAP ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASBAS VELA DOMINGO. MEDICO. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- MEZQUITA ADAN CRISTINA. ENFERMERA. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERA. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- SAN MIGUEL ARBUES DOLORES. ENFERMERA. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- MARQUES POLO MARIA JESUS. ADMINISTRATIVA. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ASENSIO AZNAR MARIA CARMEN. MEDICO. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- SARASA PIEDRAFITA DELFIN. MEDICO. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mejora del número de pacientes con control adecuado disminuye las complicaciones de la enfermedad, lo que redundará en el nivel de salud de la población y en su calidad de vida.

Por otra parte se intenta adaptar el gasto en tiras reactivas para aumentar la eficiencia del EAP

La situación de partida son los datos del Contrato de Gestión 2010.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Son objetivos a alcanzar:

1. Aumentar el nº de pacientes con hemoglobina glicada realizada en el año.
2. Aumentar el nº de pacientes con rango de glicada < 7
3. Aumentar el conocimiento de la enfermedad, su manejo y control entre los pacientes.
4. Adecuar el gasto en tiras reactivas a criterios GEDAPS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Actualización de listados de pacientes incluidos en Servicio (responsable D. Antonio L. Oto)

2. Elaboración de contenidos para Escuela de diabetes (charlas de grupo y formación individualizada) para pacientes incluidos en Servicio (res: Cristina Mezquida)
3. Captación activa de enfermos para controles analíticos, ECG, retinografía, etc (res: M^a Jesús Marques y Mercedes Alvarez)
4. Adecuación del gasto en tiras reactivas a las indicaciones del grupo GEDAPS (res: Dolores San Miguel)
5. Evaluación, valoración resultados y programar actividades de mejora (res: Antonio L. Oto)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº pacientes con glicada realizada/ nº pacientes en Servicio. Datos a obtener de dirección de gestión. En año 2010 fue del 65'88 y se pretende alcanzar un 80%.

2. nº pacientes con glicada < 7 / nº pacientes con glicada realizada. Año 2010 52'86 y se pretende alcanzar un 70%.
3. Gasto en tiras año 2010 (dato aún no obtenido) y disminuirlo al menos en un 10%.
4. Número de sesiones grupales desarrolladas, al menos 9 entre la cabecera y las localidades de la Zona básica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1: marzo y abril

Actividad 2: abril a diciembre y seguir tras valoración en diciembre con los mismos contenidos o modificándolos

Actividad 3: abril a noviembre

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

127

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE DIABETICO

Actividad 4: mayo a noviembre.
Actividad 5: enero/febrero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Materiales didácticos para Escuela de Diabetes:	600 €
· Material de oficina: folios y sellos para citas, etc	100 €
· *Gastos de desplazamiento (gasolina) a las localidades	100 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. Las actividades de educación individualizadas se harán en jornada ordinaria, las de grupo requerirán adaptarnos a horarios laborales de los pacientes y posiblemente deban ser fuera de jornada ordinaria.

*Materiales didácticos para Escuela de Diabetes: trípticos, material de demostración, etc
*Gastos de desplazamiento (Gasolina) a las localidades periféricas fuera de jornada laboral

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

643

MEJORA EN 2011 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE

2. RESPONSABLE LUCIA CONSUELO BLASCO CASTELLO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS DELICIAS NORTE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ MONGAY PILAR. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- MARCOS CALVO PILAR. MEDICO. CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- DE LA ASCENSION SANTOS PILAR. AUX. ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE. ADMISION
- MURILLO GONZALEZ JOSE. CELADOR. CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE. CELADORES
- AGUIRAN MALLOR ELISENDA. CELADOR. CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE. CELADORES
- PEREZ VINUE ROSA. LIMPIADORA. CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE. LIMPIEZA
- MURILLO LAHOZ EVA. MEDICO. CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE. REFUERZO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras la última evaluación de las consultas del Centro de Salud Delicias Norte en lo referente al materia imprescindible para la gestión de Residuos Sanitarios el resultado fue que solo el 58% de las Consultas tenían el materia imprescindible la gestión correcta de Residuos.

Las consecuencias que el problema esta ocasionando en los pacientes se puede reseñar como una mayor de mora en la atención, si en el momento de esta atención no esta la consulta preparada con el contenedor adecuado.

Otras repercusiones: - Un mayor número de contenedores usados.

- Posible conflicto entre profesionales al desconocer la normativa sobre Residuos.
- Riesgo para el Medio Ambiente.

La gestión adecuada de los Residuos según la normativa de la Comunidad Autónoma de Aragón ("Decreto 29/1995, de 21 de febrero, de la Diputación General de Aragón, de Gestión de Residuos Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón" corregido y modificado por "Decreto 52/1998, 24 de febrero, de la Diputación General de Aragón ") es fundamental para :

- 1) Evitar riesgo potenciales a los que están expuestos los profesionales Sanitarios en la atención a los pacientes, previniendo accidentes que se pueden producir.
- 2) Contribuye a la defensa y conservación del Medio Ambiente al realizar una correcta clasificación de los Residuos Sanitarios en los puestos de producción de los mismos.

Los metodos que hemos utilizado para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas, proponer acciones de mejora e identificación de acciones más convenientes han sido atraves del grupo nominal diagrama causa efecto.

Las posibles causas son:

- Materiales.- Falta de suministro, falta de contenedores
- Conocimiento.- Desconocimiento de los diferentes tipos de Residuos y como se desechan.
- Organizativos.- Prescripción de fármacos que requieren un tipo de recogida específico de residuos en días concretos de acuerdo con la organización del Centro.
- Personas.- Algunas personas no aceptan el protocolo, problemas de aptitud.

Las fuentes de información:- Normativa Interna de Residuos de Atención Primaria. Sector Zaragoza III, B.O.A. Proyecto de mejora de la calidad en el 2.010 sobre Residuos Sanitarios en el Centro de Salud Delias Norte.

Objetivos:

- 1) Aumentar la dotación de materias imprescindibles para la correcta gestión de Residuos en todas las Consultas del Centro de Salud Delias Norte en 2.011.
- 2) Fomentar la correcta gestión de Residuos por parte de los profesionales del Centro de Salud Delicias Norte en 2.011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

643

MEJORA EN 2011 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han realizado las siguientes actividades:

ACTIVIDAD 1.- En febrero del 2.010 se creo una hoja de recogida de datos para la valoración de las existencias del material imprescindible en las Consultas para la Gestión adecuada de Residuos así como el cumplimiento de la Normativa a evaluar en las Consultas.

ACTIVIDAD 2.- En febrero, junio y noviembre del 2.010 se realizaron las evaluaciones de las diferentes Consultas en el Centro de Salud Delicias Norte

ACTIVIDAD 3.- En marzo del 2.010 se elaboró la encuesta de conocimientos anterior y posterior a la sesión formativa

ACTIVIDAD 4.- En abril del 2.010 se colocaron carteles informativos de los tipos de Residuos en las Consultas de Enfermería y Urgencias.

ACTIVIDAD 5.- En mayo del 2.010 se colocó un contenedor para la recogida de Rx.

ACTIVIDAD 6.- En marzo del 2.010 se realizó una sesión formativa al Equipo sobre Gestión de Residuos.

ACTIVIDAD 7.- En febrero, junio y diciembre del 2.010 se realizaron reuniones de evolución de los resultados por parte del Equipo Mejora

ACTIVIDAD 8.- En enero del 2.011 información al Equipo de Atención Primaria de C.S. Delicias Norte de los resultados obtenidos.

Los resultados de los indicadores en 2.010 fueron :

- % de Consultas con el material imprescindible para la gestión de residuos.

En la primera evaluación : resultados 0 %

En la segunda evaluación: resultado 70.9 %

En la tercera evaluación : resultado 58 %

-% de Consultas que cumplen la normativa de Gestión de Residuos.

En la primera evaluación: resultado 87%

En la segunda evaluación: resultado 87%

En la tercera evaluación : resultado 90%

-% de profesionales que conocen la normativa el 47 %

En 2.010 solo conseguimos los objetivos en un indicador, valoramos que durante el 2.011 se pueden conseguir los objetivos para los otros dos indicadores, para ello deberemos realizar dos sesiones formativas más al Equipo para que todo el personal conozca como se gestiona adecuadamente los Residuos.

Los recursos utilizados han sido : Cañón retroproyector, ordenador, diferentes contenedores de residuos, folios y material de escritorio.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Que al menos 70% de las Consultas estén dotados del material imprescindible para una adecuada gestión de Residuos.

-Al menos el 60% del personal conozca la Normativa sobre la eliminación de Residuos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Evaluación de las Consultas 3 veces al año. Responsable Pilar Martínez Mongay y Rosa Pérez Vinue mediante la hoja de recogida de datos creada para tal fin.

2.- Dos sesiones formativas al Equipo. Responsable Consuelo Blasco Castelló, Pilar Martínez Mongay, Rosa Pérez Vinue, José Murillo González, Elisenda Aguirán Mallor, Pilar de la Ascensión Santos.

3.- Reuniones de evolución de los resultados. Responsable todos los componentes del Equipo de Mejora.

4.- Información al Equipo de los resultados obtenidos en el 2.011 mediante una reunión. Responsable todos los componentes del Equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de Consultas en las que está el material imprescindible

$$\frac{\text{Total de consultas evaluadas en el C.S. Delicias Norte}}{\text{Total de consultas evaluadas en el C.S. Delicias Norte}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales del Centro de Salud que conocen la Normativa}}{\text{Total de profesionales del Centro de Salud Delicias Norte}} \times 100$$

$$\frac{\text{Total de profesionales del Centro de Salud Delicias Norte}}{\text{Total de profesionales del Centro de Salud Delicias Norte}} \times 100$$

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 643

MEJORA EN 2011 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE

La monitorización del indicador 1 se realizará 3 veces al año, aplicando la hoja de recogida de datos creada para tal fin.
La monitorización del indicador 2 se realizará mediante la encuesta de conocimientos tras la sesión formativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio abril 2.011, final febrero 2.012
Actividad 1 se realizará en abril, agosto y diciembre 2.011
Actividad 2 se realizará en mayo y noviembre 2.011
Actividad 3 se realizará en mayo, septiembre 2.011 y enero del 2.012
Actividad 4 se realizará en febrero del 2.012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ordenador	1.200 €
· contenedores	300 €
· material de oficina	300 €
Total	1.800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 675

1. TÍTULO

DISPONIBILIDAD DE UN CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE EN 2011, ASI COMO SU GESTION Y MANTENIMIENTO

2. RESPONSABLE KATHARINA LABORDA EZQUERRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS DELICIAS NORTE
- Servicio/Unidad .. MAC
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MURILLO LAHOZ EVA. MEDICO DE FAMILIA. CS DELICIAS NORTE. MAC
- BURRIEL LOPEZ VANESA. DUE. CS DELICIAS NRTE. ATENCION CONTINUADA
- BLASCO CASTELLO CONSUELO. DUE. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- MARCOS CALVO PILAR. MEDICO DE FAMILIA. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- DUCE CAMACHO SONIA. DUE. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- LOGROÑO LAFUENTE PILAR. DUE. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ MONGAY PILAR. DUE. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la atención de las urgencias que se puedan producir en el CS Delicias Norte es muy importante que el material-instrumental y medicación necesarios estén en las condiciones óptimas para su uso inmediato y accesibilidad a todo el personal sanitario. En este momento no se dispone de carro de paradas que conlleva una notable desorganización a la hora de atender una urgencia vital. Del mismo modo falta instrumental adecuado y no se dispone de hojas de registro de material-instrumental y medicamentos que permitan garantizar una atención adecuada en cualquier momento.

Es fundamental subsanar estas cuestiones para estar preparados ante situaciones de urgencia para actuar con la máxima prontitud. El equipo debe conocer con exactitud el material existente, que debe estar accesible y bien organizado en todo momento.

Con este plan de mejora se pretende dotar al centro de estos recursos así como obtener el compromiso por parte de todos los usuarios en este sentido.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dotar al centro de un carro de paradas organizado y accesible.

Organizar revisiones y mantenimiento de dicho material.

Cumplimiento del 90-100% de las revisiones previstas del material-instrumental imprescindible, según el listado elaborado por el equipo de mejora

Lograr el 90-100% de las revisiones de las caducidades de los fármacos del carro de paradas

Dar a conocer al equipo de AP y especialmente al personal sanitario nuestro proyecto y resolver cualquier duda a cerca del manejo del carro de paradas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Creación de lista de material-instrumental y fármacos necesarios. Así como su organización en el carro de paradas.

Responsables: Burriel López, Vanesa. Laborda Ezquerria, Katharina. Murillo Lahoz, Eva.

2- Colocación y mantenimiento de la lista en un lugar visible en el carro de paradas.

Responsables: Marcos Calvo, Pilar. Martínez Mongay, Pilar.

3- Creación de un registro de fecha de revisiones del material y la medicación.

Responsables: Logroño Lafuente, Pilar. Martínez Mongay, Pilar

4- Revisiones mensuales:

Responsables: Burriel López, Vanesa. Blasco Castelló Consuelo. Duce Camacho, Sonia.

5. Organización de charlas informativas:

Responsables: Laborda Ezquerria Katharina. Murillo Lahoz Eva. Burriel López Vanesa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Número de revisiones de material realizadas/Número de meses transcurridos desde el inicio del proyecto.

2- Número de revisiones de la medicación/Número de meses desde el inicio del proyecto.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 675

DISPONIBILIDAD DE UN CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE EN 2011, ASI COMO SU GESTION Y MANTENIMIENTO

3- Profesionales sanitarios asistentes a charlas informativas/profesionales totales del centro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de Abril 2011 a diciembre de 2011

Marzo 2011 creación del grupo de mejora.

Abril 2011 Preparación y revisión del carro de paradas y elaboración del listado de material, instrumental y fármacos necesarios.

Abril 2011 Creación de hojas de registro.

Revisiones manuales desde Mayo 2011.

Charlas informativas en Mayo 2011 y Octubre de 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Instrumental	800 €
· Carro compartimentado	500 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

2. RESPONSABLE ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS DELICIAS SUR (DRONDA)
 - Servicio/Unidad .. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS. MEDICO. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
 - JORDAN GIL INA. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
 - CRESPO MAINARMARIA CLEOFE. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
 - OLIVEROS GONZALVO PILAR. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
 - LACARTA VICIOSO MARIA PILAR. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
 - VILLANOVA LANUZA AURORA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
 - LACLETA LORENTE ROSA. AUXILIAR DE CLINICA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nos planteamos para 2011 la continuación del plan integral de mejora de calidad que se inició en 2008. Para este año 2011 el principal objetivo es consolidar el sistema de gestión de calidad con la Norma ISO 9001-2008, ya que se logró la certificación en 2010 con un gran esfuerzo por parte del grupo de calidad. Para este año pretendemos que todas las tareas que se derivan del mantenimiento del sistema de gestión de calidad con la norma ISO, se distribuyan entre la mayor parte posible de integrantes del equipo de atención primaria Delicias Sur, único modo posible de dar continuidad a este sistema.

El proyecto que se presenta trata por un lado de presentar los resultados alcanzados en 2010 en cada uno de los apartados del plan de calidad. Por otra parte trata de integrar la metodología llevada hasta ahora por el grupo de calidad con el nuevo sistema de calidad que se ha implantado con la norma ISO 9001-2008.

La justificación del proyecto se basa en los siguientes hechos:

1. La implantación de un nuevo sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO-9001-2008
2. La continuidad de un grupo estable de mejora en el equipo desde el año 2000.
3. La existencia de un sistema de detección de oportunidades de mejora sustentado en cuatro fuentes fundamentales:
 - el Consejo de Salud de Zona que analiza de forma continuada los problemas de calidad -reclamaciones, accesibilidad, demoras en atención especializada-
 - el buzón de sugerencias de los usuarios que es analizado semanalmente por el grupo de mejora
 - la recogida de incidencias de los profesionales a través de un nuevo sistema activo desde la implantación de la norma ISO.
 - las encuestas periódicas de satisfacción de los usuarios
4. La existencia de varios proyectos de formación FOCUSS en el equipo: EPOC, asma infantil, deshabituación tabaquismo, diabetes, anticoagulación oral.

5.. La organización del equipo en grupos interprofesionales responsables de diferentes procesos de atención, que en este momento consituyen 11 líneas de mejora estables con indicadores establecidos. Para este año 2011 añadimos una nueva línea de mejora de eficiencia en diabetes, que se une a las 10 existentes hasta ahora.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2010:

1. Mantenimiento de un sistema de oportunidades de mejora:

Consejo de Salud

El Consejo de Salud se reunió durante el año 2010 con periodicidad mensual siendo las principales temas tratados: seguimiento de la demora en atención especializada, seguimiento de decreto de garantías y libre elección de especialista, nuevo modelo de participación para consejos de salud y el seguimiento de reclamaciones de los usuarios

Sugerencias

Se han recogido siete sugerencias sobre tiempo de espera, limpieza del centro, mal funcionamiento ascensor, mantenimiento de aseos. Son tratadas como incidencias o no conformidades en el sistema ISO y son valoradas y seguidas en la comisión de calidad.

2. Implantación de Norma ISO 9001-2008:

Durante el año 2010 el grupo de calidad ha preparado toda la documentación para pasar la auditoria externa, que se realizó en mayo de 2010 con éxito, obteniendo el diploma que acredita al centro que su sistema de gestión de calidad es conforme con la norma ISO. Las no conformidades detectadas afectaban casi en su totalidad a los niveles I y II del sistema, fundamentalmente a calibración y verificación de equipos de medida, a mantenimientos y suministros, y están siendo corregidos en la actualidad. En el nivel III de equipo se detectaron no conformidades menores que hacen referencia al control de documentación, a la seguridad de los de los documentos en vigor y al control de stocks de almacén.

3.10 Líneas de Mejora

1. Intervención en tabaquismo:

Se incluyeron 2 consultas de enfermería, una consulta médica y una consulta de deshabituación a cargo de médicos residente de medicina de familia. Se han atendido 1039 consultas 342 consultas más que en 2009.

2. Enfermedades cardiovasculares Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) :

Durante 2010 se ha evaluado la técnica, presentándose una comunicación al Congreso de la SACA, demostrándose la utilidad de la técnica para la práctica clínica. Se han realizado 171 MAPAS en el periodo correspondiente a 2010. A todos se les entregó hoja informativa- Se solicitaron un 60 % con soporte informático

3. Seguridad clínica:

Se ha continuado con la notificación de RAM durante 2010 con mantenimiento de altas tasas y se ha realizado formación en farmacovigilancia dirigida a enfermeras La tasa de notificación por 100.000 habitantes del año 2010 del Centro de Salud Delicias Sur fue de 399,8 (Centro de Farmacovigilancia de Aragón). Se realizaron 2 sesiones clínicas medicas y una sesion enfermería

4. Diabetes: Retinografía digital:

El indicador para 2010 era: número de diabéticos sin retinopatía conocida que tengan realizada al menos una retinografía digital a fecha de Diciembre de 2010, con un standard del 90 % (900 diabéticos) . El resultado obtenido ha sido que el 94 % pacientes diabéticos tienen una espirometría realizada en Diciembre 2010.

5. EPOC:

Se han aumentado las espirometrías en el periodo, hasta 230 exploraciones (45 más que en 2009). Se ha generado una agenda para aplicación de aerosol terapia en crisis agudas y han realizado 290 sesiones de dicha terapia (50 mas que en 2009)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

6. Vacunaciones del adulto

Se envió carta de citación a los mayores de 65 años, y como novedad se citó también, por carta, a los menores de 65 con factores de riesgo. El número total de personas vacunadas en la campaña ha sido de 5008 pacientes con un aumento de 100 pacientes sobre los vacunados en 2009. Aumento del 2 %

7. Gestión del estrés:

La principal modificación ha sido que tanto la inscripción como la realización de las sesiones se ha realizado en la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias. Como resumen de la evaluación resaltamos la satisfacción sobre el aprendizaje de las técnicas de relajación, aunque se ve dificultad en su práctica personal a nivel individual.

Para los educadores sigue estando pendiente poder tener un encuadre grupal que permita evaluar y desarrollar estas experiencias iniciales de intervención y su articulación con el trabajo asistencial cotidiano. La experiencia personal y profesional compensa el esfuerzo realizado y se verifica que la intervención grupal aborda problemáticas y reflexiones difíciles de conseguir en la relación habitual de la consulta individual. En el año 2010 se han realizado dos grupos de EPS frente al estrés. El 1º grupo se realizó entre Mayo y Junio consto de 8 sesiones y participaron 11 personas, de las cuales 9 asistieron a todo el programa y hubo dos bajas.

El 2º Grupo se realizó entre Noviembre y Enero del 2011 se realizaron 10 sesiones y de las 15 personas que acudieron completaron el programa 9 personas.

El total de las participantes durante el año 2010 ha sido de 18 personas, todas de sexo femenino. La edad se sitúa entre los 45-75 años.

8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:

Durante 2010 se ha continuado con la detección de niños con obesidad y sobrepeso en las consultas de pediatría. Se han detectado un total de 216 episodios, lo que representa un 12,61% sobre el total de 6-14 años

9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes:

Revisando su situación vacunal alcanzada en 2010, los datos encontrados son:

11 historias en desaparecido de nuestra base de datos y están en histórico.

2 niños pertenecen al centro pero están viviendo ahora en Gambia.

12 niños no acuden de forma regular a las citas de vacunaciones pero los profesionales están pendientes de sus calendarios. Tienen incluido en OMI que se les está realizando calendario acelerado para que sean derivados por las pediatras y que no acudieron a la cita. Se ha intentado recaptarlos a través del teléfono, en 5 de ellos no ha sido posible por estar su número de teléfono no activado.

De los 60 casos restantes 45 calendarios han sido completados correctamente y 15 están en proceso pero acuden a las citas de forma correcta.

Durante este año se ha intervenido sobre el calendario de 85 niños pertenecientes a los 4 cupos de pediatría. Lo que representa una cobertura del 86 %

10 Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias":

En 2010 se elaboró el informe definitivo. En el informe se proponen una serie de acciones dirigidas a los profesores, alumnos y AMPAS que se llevarán a cabo en 2011.

En Diciembre 2010 se ha presentado el informe a los Directores de los Centros de Educación Infantil Andrés Manjón, Jose Mª Mir e Instituto Jerónimo Zurita. En el documento-informe final "la convivencia intercultural en los centros educativos del barrio de Delicias" se detallan los resultados de la investigación en la que han participado todos los agentes del medio educativo: profesores, alumnos y padres.

Durante 2010 se ha continuado con el proyecto de educación en la infancia dirigido a madres inmigrantes y que ha llevado a cabo una enfermera del equipo de pediatría.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:

-Distribuir las tareas que se derivan del sistema de gestión de calidad entre los integrantes del equipo de atención primaria

-Mantener la certificación pasando la acreditación externa

-Mantenimiento de un sistema de incidencias y no conformidades con las fuentes de información siguientes: Consejo de Salud de Zona, buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción y recogida de incidencias de los profesionales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

- Seguimiento de las no conformidades recogidas en las auditorías estableciendo una estrategia de mejora y resolución de las mismas.
- Mantenimiento del propio sistema de gestión de calidad en lo que afecta al control de documentación y registros.

2. Organización del equipo en distintos grupos interprofesionales para llevar a cabo 11 Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo:

En 2011 se pretende continuar con la actividad de deshabituación de tabaquismo manteniendo las tres consultas específicas en diferentes franjas horarias para favorecer la accesibilidad. Se espera aumentar en un 10% el número de pacientes atendidos con intervención intensiva. Se pretende mejorar en un 20% la captación de fumadores. Se intentará aumentar en un 20% el número de intervenciones breves

2.2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): Para 2011 se pretende continuar consolidando la actividad con una oferta de 180 MAPAS. Se ha informatizado la petición de proceso diagnóstico para posibilitar el tratamiento estadístico pero no en todas las ocasiones se notifica en la solicitud de la prueba si es para diagnóstico o control, y no se evidencia que se registre el resultado en la historia clínica, por lo que se proponen ambos registros como mejora para el 2011 para posibilitar la evaluación del servicio.

2.3. Seguridad clínica:

Para 2011 seguir mejorando en la detección y registro de los efectos adversos que sufren los pacientes por la toma de medicamentos. Objetivos: Conocer el/los grupos farmacológicos que más frecuentemente provoca dichas RAM en nuestra población. Conocer el perfil de pacientes que las sufren con mayor frecuencia, darlos a conocer en sesiones clínicas a los profesionales, y así disminuir las RAM, detectándolas lo antes posible y disminuir así pruebas diagnósticas innecesarias.

2.4. Diabetes: Retinografía digital:

En el centro hay captados 1700 diabéticos (cifra ligeramente superior al 6% de nuestra población). Estos pacientes deberían ser sometidos a un procedimiento de cribado de retinopatía diabética (en este caso retinografía digital no midriática). A los 1700 pacientes hay que descontar los que ya tienen retinopatía diabética o que por otros motivos no son susceptibles de esta forma de cribado (muy ancianos, pacientes con cataratas y otros problemas técnicos). Este grupo puede representar un 30% de nuestros diabéticos. Por tanto la población diana son unos 1200 diabéticos de nuestro centro de salud. El servicio de cribado de retinopatía diabética con retinografía se introdujo en Abril de 2008. Nuestro objetivo para finales de 2011 es que el 100% de nuestros diabéticos tengan, por lo menos, una retinografía realizada y que el 33% tengan por lo menos 2 retinografías.

2.5. EPOC:

Para 2011 pretendemos continuar con el servicio de espirometrías, para diagnóstico precoz de EPOC, mejorando la calidad, enseñando a los pacientes a que realicen bien la técnica. Conseguir la realización de 200 espirometrías al año. Continuar y mejorar la administración de aerosolterapia en crisis agudas, evitando ingresos hospitalarios. Conseguir la realización de 250 sesiones al año. Continuar con la administración de OXIGENOTERAPIA con mascarilla. Revisar la técnica con inhaladores a pacientes que precisen de este tratamiento.

2.6. Vacunaciones en el adulto:

Vacunación antigripal: Para 2011 pretendemos mantener y/o mejorar la cobertura vacunal a través de mejorar la información y cita de la campaña antigripal. Vacunación antineumocócica: Todos los pacientes que residen en centros geriátricos de nuestra zona de salud, tendrán administrada la vacuna antineumocócica. Los pacientes que se vayan incorporando a las residencias, y que no tengan administrada la vacuna con anterioridad, se procederá a su vacunación.

2.7. Gestión del estrés: para disminuir los problemas derivados de una mala gestión del estrés se plantea la necesidad de identificar el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

estrés como problema de salud y su incidencia en la población consultante en el centro de salud con la finalidad de establecer actividades educativas que mejoren la capacidad de reconocimiento de las situaciones y factores de estrés y fomenten una actitud de autocuidado y protección y promuevan recursos de apoyo y ayuda para mejorar las habilidades personales para afrontar situaciones de estrés. Para 2011 se plantea revisar y evaluar experiencias anteriores, adaptando organización y contenidos y aumentar la cobertura de población atendida en la intervención grupal ante el estrés al menos 3 grupos/año.

2.8 Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular: Pretendemos Identificar e intervenir en niños y adolescentes que presenten conductas asociadas a riesgo cardiovascular. Ocio sedentario, alimentación inadecuada. Así como FRCV: sobrepeso, obesidad, patologías asociadas (HTA, alteración del metabolismo de la glucosa, resistencia a la insulina, diabetes, dislipemia, síndrome metabólico) y tabaquismo. Esta línea de mejora se justifica por el importante porcentaje de familias inmigrantes vulnerables a adquirir sobrepeso-obesidad y síndrome metabólico principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la infancia y adolescencia. La prevalencia registrada en 2010 de sobrepeso y obesidad de 12,61% es inferior a la aportada por la última encuesta de salud en España que sitúa este problema en un 27,6 % para niños de 2-17 años (distinto grupo de edad). Lo cual significa que para proponernos un buen control debemos seguir trabajando en 2011 en la identificación de los casos.

2.9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: para 2011 el objetivo es llegar al 70 % de calendarios que se ponen con una cronología correcta y se acaban completando.

2.10. Proyecto de promoción de la salud: Para 2011, una vez terminado el proyecto "hacia una convivencia saludable en Delicias", se va a iniciar un nuevo proyecto de promoción de la salud con la Asociación de Vecinos Manuel Viola y el Centro de Formación de Adultos Codef-Adunare. En este proyecto se quieren recoger todas las líneas de promoción de la salud y educación sanitaria que se llevan en conjunto entre estas entidades. Aprovechando el contacto que se ha establecido con los centros educativos se pretende iniciar una nueva línea de promoción de la salud en el medio educativo, recogiendo las necesidades de intervención mas prioritarias. Se continuará con la línea de intervención en alimentación infantil que desarrolla una enfermera de pediatría en la Asociación de Vecinos Manuel Viola.

2.11 Mejora de la eficiencia en tiras reactivas en diabéticos tipo II Pretendemos mejorar la eficiencia en el autocontrol y autoanálisis del paciente diabético. En 2011 planteamos sustituir el sistema actual de control de tiras reactivas que se realiza mediante fichas, por un registro y control en nuestra historia clínica electrónica OMI. Así mismo según consenso en el equipo se decide implantar el criterio de no realizar autocontroles con tiras reactivas en aquellos pacientes que se tratan únicamente con dieta o llevan tratamiento con antidiabéticos orales no hipoglucemiantes (metformina, acarbosa

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008: En las reuniones semanales, el grupo de calidad realizará un seguimiento de las fuentes de información de calidad percibida por el cliente: sugerencias, reclamaciones encuestas y consejo de salud; y también de las incidencias de los profesionales. Realizará también el seguimiento de las no conformidades detectadas. Preparará la auditoría interna anual y auditoría externa de acreditación. Se ha preparado un listado de tareas a distribuir en el conjunto del equipo para el mantenimiento del sistema. Se busca implicar a un numero suficiente de profesionales para que este mantenimiento no recaiga exclusivamente en el grupo de calidad.

2. 10 Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo: Vigilar las agendas de las consultas específicas para asegurar la oferta si que ocurran demoras o listas de espera. Se realizarán sesiones y mensajes periódicos para motivar a los profesionales sanitarios del equipo en el problema del tabaquismo. Se realizarán sesiones para mantener actualizados los conocimientos de los profesionales en la actuación en el tabaquismo. Se revisará el programa OMI y propondrán los cambios necesarios para facilitar el registro de los datos relativos al Servicio de Atención al tabaquismo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

Se realizará un corte para conocer el numero de episodios de tabaco y el numero de intervenciones breves actualmente.

2.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se realizará una sesión del equipo en la que se incidirá en el registro en OMI de los resultados de la prueba y en la solicitud de la MAPA mediante una orden clínica.

2.3. Seguridad clínica: Actividades para mejorar: continuar realizando formación y realizando estudios de investigación de grupos farmacológicos mas frecuentemente usados por nuestros pacientes, y compararlos con años anteriores, comunicarlo en sesiones clínicas en el centro

2.4. Diabetes: Retinografía digital: Utilización de un Retinógrafo de Cámara No Midriática, Un Técnico a tiempo completo para realizar retinografías, Dos Médicos de Familia con complemento de jornada para leer las retinografías y discriminar entre normales y anormales. Circuito establecido con servicios de Oftalmología del Hospital Clínico

2.5. EPOC :. Se realizará una sesion clínica sobre la técnica de la espirometría para mejorar la calidad cualitativa y cuantitativamente. Se realizarán dos sesiones clínicas para informar de resultados, objetivar posibles problemas y potenciar el correcto uso de los procedimientos.

2.6. Vacunaciones en el adulto:

Vacunación antigripal: Se enviará una carta a los pacientes mayores de 65 años y a los menores de 65 años pero con patología de riesgo pertenecientes, informándoles de la campaña y asignándoles cita para la administración de la vacuna.

Vacunación antineumocócica: Periódicamente se requerirá a los responsables de la residencias, información sobre nuevos ingresos con el fin de programar visita domiciliaria para administrarles la vacuna, manteniendo un porcentaje de personas inmunizadas cercano al 100%.

2.7. Gestión del estrés:

Aumentar la formación de los profesionales de EAP Delicias Sur frente a la gestión del Estrés en Atención Primaria, programando sesiones en el equipo para los profesionales.

Mejorar la formación de los educadores en el método de reducción del Estrés mediante la técnica de Atención Plena o Mindfulness, realizando un formación intensiva dos de los cuatro educadores.

Adaptar el proyecto de EPS frente al Estrés según las evaluaciones grupales y la formación de los educadores.

2.8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:

Para 2011 se pretende detectar en consultas de pediatría los casos de sobrepeso y obesidad con el objetivo de aumentar la cobertura. Se derivarán los casos detectados a la consulta de enfermería pediátrica, donde se aplicará un plan de cuidados para la intervención y seguimiento de los niños con este problema.

2.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes:

Captar al niño cuando acude al centro para una consulta a demanda o bien a una revisión. Revisión del estado vacunal en los documentos que aporte la familia, a través de la Hª en OMI o en papel.

Entregaremos Documento de salud infantil, sino lo tiene, con el registro de inmunógenos puestos y los que pongamos sucesivamente. Si el calendario vacunal esta completo, cliquearemos, en la pantalla de vacunas, correctamente vacunado.

Daremos cita para las siguientes dosis si el calendario vacunal no esta completo para su edad. En el caso de que no acuda a estas citas, incluiremos flash en OMI para su recaptura. Registro en una lista de calendarios acelerados.

2.10. Proyecto de promoción de la salud:

A través de las reuniones del equipo multidisciplinar entre Asociación de Vecinos Manuel Viola y Centro de Educación de Adultos Codef-Adunare se elaborará el nuevo proyecto de promoción de la salud. Se seguirán realizando las sesiones de educación sanitaria sobre alimentación en madres inmigrantes en

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

la Asociación de Vecinos.

2.11. Mejora de la eficiencia en tiras reactivas en diabéticos tipo II

Se pondrá un flash recordatorio que se activa al abrir la historia clínica del paciente diabético indicando el número de cajas de tiras reactivas a entregar al paciente de acuerdo con el tipo de tratamiento que llevan.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:

- Mantenimiento en 2011 de la certificación con la norma ISO

- Realizar la auditoría interna anual con éxito

- Mantenimiento del sistema de incidencias del cliente:

- Reuniones del consejo de salud

- Valoración de sugerencias y reclamaciones

- Valoración encuestas de satisfacción

- Mantenimiento del sistema de incidencias de los profesionales: valoración de las incidencias internas.

- Seguimiento de las no conformidades: nº de no conformidades resueltas, acciones realizadas para la solución de no conformidades pendientes.

2. 10 Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo:

Numero de pacientes con Intervención Intensiva en OMI

Numero de citaciones en consultas específicas de Tabaco.

Numero de pacientes con episodio de tabaco versus el mismo numero en 2010

Numero de pacientes con intervención/consejo breve

2.2 Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):

Numero de MAPA realizados

Número de MAPA solicitados mediante orden clínica en OMI

2.3. Seguridad clínica: Tasa de RAM en 2010. Número de sesiones realizadas en el equipo sobre reacciones adversas

2.4. Diabetes: Retinografía digital: Nº de diabeticos sin retinopatía conocida que tengan realizada al menos una retinografía a fecha de Diciembre de 2011. Standard 100 %. Nº de diabéticos con dos retinografías realizadas a Diciembre de 2011. Standard del 33 %.

2.5. EPOC:

Número de espirometrías realizadas

Número de sesiones de aerosolterapia realizadas

Numero de peticiones de aerosolterapia solicitadas mediante orden clínica en OMI

2.6. Vacunaciones adulto: Vacunaciones de adulto: El 96 % de los residentes en los centros geriátricos tendrán administrada la vacuna antineumocócica.

Mantenimiento de la cobertura de vacunación antigripal respecto a la campaña anterior, extensión del sistema de cita por correo al 80 % de la población mayor de 65 años.

2.7. Gestión del estrés: Continuar la implantación en 2011 número de grupos realizados, número de pacientes que inician el grupo y número de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 296

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CS DELICIAS SUR-2011

pacientes que finalizan el programa de sesiones.

2.8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:
-Episodios de sobrepeso y obesidad diagnosticados en niños de 6-14 años en 1 año.

-Numero de casos de sobrepeso y obesidad sobre los que se ha intervenido en consulta de enfermería sobre el total de casos detectados.

2.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: conseguir una cobertura vacunal cercana al 75%

2.10. Proyecto de promoción de la salud: " : Elaboración del nuevo proyecto de promoción de la salud dirigido a detectar necesidades de salud en al ámbito educativo de Delicias. Número de sesiones de educación sanitaria realizadas sobre alimentación en madres inmigrantes.

2.11 Mejora de la eficiencia en tiras reactivas en diabéticos tipo II

Nº de diabéticos a los que se realiza control de tiras reactivas mediante OMI sobre el total de pacientes diabéticos. Standard 70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: ENERO DE 2011 Fecha de finalización: DICIEMBRE DE 2011

Calendario:

Todas las líneas de mejora con sus objetivos, actividades y medición de indicadores se realizarán a lo largo de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *EQUIPO PARA REALIZACIÓN DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN	3.000 €
Total	3.000 €

11. OBSERVACIONES. Solicitamos un segundo monitor para MAPA porque tenemos lista de espera para esta prueba diagnóstica que se está consolidando como prueba fundamental en el diagnostico y seguimiento de los pacientes hipertensos en atención primaria.

*EQUIPO PARA REALIZACIÓN DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA).

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

259

MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y DETECCION PRECOZ DE LA EPOC, PARA DISMINUIR SU PROGRESION Y SECUELAS, EN FUMADORES ASINTOMATICOS MAYORES DE 40 AÑOS, ADSCRITOS AL CS HERRERA DE LOS NAVARROS

2. RESPONSABLE IGNACIO ESTEBAN MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. AGUILON
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERA. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. HERRERA DE LOS NAVARROS
- GARCIA LATORRE MARIA PILAR. ENFERMERA. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. LOSCOS, VILLAR DE LOS NAVARROS, AGUILON
- GONZALEZ ARNAL SANTIAGO. ENFERMERO. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. C.S. HERRERA DE LOS NAVARROS
- DUEÑAS AGULLO FRANCISCO JOSE. MEDICO. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. HERRERA DE LOS NAVARROS
- PUYOL MARTINEZ CLARA C.. MEDICA. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. VILLAR DE LOS NAVARROS
- SAN MIGUEL HERNANDEZ MARIA CONSUELO. MEDICA. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. LOSCOS
- CANO DIESTE CONSTANTINO. MEDICO. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. C.S. HERRERA DE LOS NAVARROS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es la patología respiratoria crónica de mayor prevalencia, afectando a uno de cada diez aragoneses de más de 40 años, y su mortalidad va en aumento, siendo ya la cuarta causa de muerte y, según la OMS, en 2020 será la tercera tras las enfermedades coronarias y cerebrovasculares.

La EPOC es una patología invalidante caracterizada por una disnea progresiva y obstrucción de las vías aéreas, inherente al tabaquismo y que genera elevados costes económicos (incapacidad, medicación, reagudizaciones..) y disminuye la calidad de vida de los afectados. Pese a la relevancia de la enfermedad sólo un 20 % de los afectados está diagnosticado.

Según los expertos la EPOC es una enfermedad prevenible y tratable en la mayor parte de los casos en el ámbito de Atención Primaria.

La relevancia de la enfermedad, la importancia de un diagnóstico precoz y un seguimiento correcto así como el resultado obtenido por el equipo en la evaluación de este servicio (32,1%) hace necesario el desarrollo de un programa que mejore tanto los conocimientos y habilidades de los profesionales como la cobertura y calidad del servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de los conocimientos y habilidades de los profesionales en el campo de la EPOC.

Mejora de la cobertura y de la calidad del servicio "Atención a la EPOC".

Aumento del diagnóstico de EPOC en pacientes asintomáticos u oligosintomáticos.

Incremento de las actuaciones antitabaco.

Disminución de la progresión y de las secuelas de la EPOC en el grupo poblacional de fumadores asintomáticos mayores de cuarenta años.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Sesión informativa con todo el equipo para presentar el proyecto y actividades a realizar: Responsable: Francisco Dueñas

2.- Reunión del equipo de mejora para definir los criterios de inclusión en el programa y los criterios de calidad de las actividades a realizar (espirometrías, registro en OMI,..):

Responsable Ignacio Esteban

3.- Realización de taller sobre manejo del espirómetro e interpretación de espirometrías: Responsable: Taller ofertado por Dirección Sector Zaragoza 3

4.- Realización de sesión clínica sobre GPC de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC: Responsable: Alumnos del taller anterior.

5.- Elaboración por parte del médico y enfermera de cada cupo de los listados de los usuarios objetivo (>40 años inscritos en servicio de Atención al tabaquismo) y anotación de Flash OMI en su Hª como recordatorio de su inclusión en el programa: Responsable: Médico y enfermera de cada cupo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 259

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y DETECCION PRECOZ DE LA EPOC, PARA DISMINUIR SU PROGRESION Y SECUELAS, EN FUMADORES ASINTOMATICOS MAYORES DE 40 AÑOS, ADSCRITOS AL CS HERRERA DE LOS NAVARROS

- 6.- Ofrecer a los usuarios objetivo la realización de la espirometría y citación programada para la misma: Responsable: Médico y enfermera de cada cupo.
- 7.- Anotación y registro en Hª OMI y listados de las pruebas realizadas y negativas de los usuarios: Responsable: Médico y enfermera de cada cupo.
- 8.- Evaluación del programa: Responsable: Ignacio Esteban

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.	Nº Espirometrías en fumadores >40 años	
Screening EPOC: -----	x100	50%
	Nº de fumadores >40 años en OMI C.S	
	Nº total de personas mayor o igual a 40 años incluidas en el servicio	
Cobertura servicio EPOC: -----	x100	50%
	Nº Personas mayores o igual a 40	

Los datos se obtendrán del registro específico de las espirometrías realizadas y de la Historia clínica electrónica.

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1 de abril de 2011.
Finalización: 31 de diciembre de 2011.

Cronograma:
Actividad 1, abril. Actividad 2, mayo. Actividad 3, abril. Actividad 4, mayo.
Actividad 5, julio. Actividades 6 y 7, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre.
Actividad 8, diciembre.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Cañón digital presentaciones y EPS	400 €
Total	400 €

- 11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

625

MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA

2. RESPONSABLE BELEN ABENGOCHEA COTAINA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
 - Servicio/Unidad .. C S LA ALMUNIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GASTON FACI ANA. PEDIATRA. COSULTORIO DE RICLA Y CALATORAO. C S LA ALMUNIA
- LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERA. C S LA ALMUNIA. C S LA ALMUNIA
- PEREZ VILLUENDAS ISABEL. ENFERMERA. C S LA ALMUNIA. C S LA ALMUNIA
- ALONSO TOMAS FELIX. ENFERMERO. C S LA ALMUNIA. C S LA ALMUNIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El C.S. La Almunia, atiende aproximadamente una población de 0 a 14 años, distribuidos, entre dos Pediatras, una que atiende en La Almunia, junto con los pueblos de Alpartir y Almonacid de la Sierra, una población aproximada de 1264, y otra que atiende a las poblaciones de Ricla y Calatorao, con una población total de aproximadamente 800. Por otra parte en dicha población existe un gran número de inmigrantes (20% La Almunia, 26.3 % Ricla, 12% Calatorao, 9% Almonacid de la Sierra, 4% Alpartir), de diferentes nacionalidades.

En la evaluación de 2010 del Sector III, nuestra cobertura de vacunaciones ha sido baja, 79%., anteriormente en el corte de mitad de año, nos encontrábamos con un 62 %.

Estas cifras nos alertaron, desde Octubre de 2010, ante la posible falta de vacunaciones, así como la vulnerabilidad ante posibles infecciones, prevenibles, que pudieran ocasionarse en nuestra zona, por ejemplo adolescentes sin vacunación de la Hepatitis B, o adolescentes sin Triple Vírica, con la posibilidad de brotes de Sarampión, como ha ocurrido recientemente en nuestra comunidad autónoma.

Entre los problemas detectados encontramos:

- Calendarios de vacunaciones de distintos países con gran variabilidad en cuanto a vacunas, como edad de aplicación, por ejemplo Vacunaciones Triple Vírica incompletas, o falta de vacuna Meningitis C.
- Calendarios de vacunaciones de distintas comunidades con distintas edades de aplicación y en algunas comunidades se incluyen vacunas que otras son voluntarias.
- Problemas de comunicación con la población inmigrante
- Niños bien vacunados que al pasar de la H^a clínica de papel a OMI, no se han actualizado las vacunas.
- Vacunas en los niños viajeros, para realizar antes que vuelvan a sus países de origen, por ejemplo Hepatitis A.

Todo lo anterior descrito nos ha decidido iniciar este ciclo de mejora, a realizarse a lo largo de dos años, en un primer periodo, hasta final de 2011, de una revisión de la vacunación a los 14 años, aprovechando la Revisión Escolar de los 14 años en el Instituto, y posteriormente en el siguiente año, 2012, seguir con revisión de los 14 años, y añadir un corte a los 6 años de edad, comprobando las vacunaciones en esta edad, así mismo también el año que viene, plantear el problema de los niños viajeros, mediante información distribuida en Colegios e Institutos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incrementar la cobertura de la Vacunación Infantil de nuestra Zona de Salud.

Completar vacunaciones de población inmigrante, en los que no se pone de rutina determinadas vacunas.

Revisar las vacunaciones de los niños de 14 años de nuestra Zona de Salud

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

625

MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Sesión Informativa del Ciclo de Mejora a todo el Equipo.

2-Revisión del Calendario de Vacunaciones, aprovechando la consulta tanto Programada, como de Demanda, en Pediatría como en Enfermería.

3-Revisión del Calendario de Vacunaciones, a los niños de 14 años, aprovechando la realización de la Revisión Escolar en le Instituto.

4-Revisión de las fichas de vacunaciones, anteriores a la implantación de OMI.

Los responsables serán el Equipo de Pediatría, así como en la Revisión Escolar todo el conjunto del EAP, coordinados por Pediatría.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR: Porcentaje cobertura Vacunación Infantil de 0 a 14 años.

ACLARACIÓN: El registro se podrá realizar de dos formas: Introducción de cada una de las vacunas, o bien clicando la pestaña de revisión de vacunas, pero siempre en ambos casos será de obligatorio cumplimiento, la actualización y revisión de la Cartilla de Vacunación de cada niño.

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 85%

Se obtendrá de la información remitida por la Gerencia del Sector III

INDICADOR: Porcentaje de niños inmigrantes de 0 a 14 años con Triple Vírica completa.

ACLARACIÓN: Ninguna

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 50%

Se obtendrá del listado de niños inmigrantes de 0 a 14 años.

INDICADOR: Porcentaje de niños de 14 años correctamente vacunados.

ACLARACIÓN: Ninguna

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 95%

Se obtendrá del listado de la Revisión Escolar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La previsión es de dos años y posteriormente continuar con el ciclo instalado en el Programa de Vacunaciones.

Ahora vamos solo a referirnos al año 2011.

FECHA DE INICIO 01/01/2011

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO 2012

FECHA DE FINALIZACIÓN 30/01/2012

ACTIVIDAD 1 - ABRIL 2011

ACTIVIDAD 2 - ENERO A DICIEMBRE DE 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

625

MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA

ACTIVIDAD 3 - MAYO Y JUNIO DE 2011

ACTIVIDAD 4 - ENERO A DICIEMBRE DE 2011

ACTIVIDAD 5: EVALUACIÓN - ENERO DE 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR PERSONAL PORTATIL	695 €
· TALLIMETRO Y PESO DIGITAL NIÑOS MAYORES	490 €
· TENSIOMETRO DIGITAL DE NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS	60 €
· PULSIOXIMETRO INFANTIL	200 €
Total	1.445 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

538

MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE ANTICOAGULADO PROMOVRIENDO SU CUIDADO MEDIANTE UN PROGRAMA EDUCATIVO

2. RESPONSABLE CARMEN BELEN BENEDE AZAGRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS OLIVER
- Servicio/Unidad .. EQUIPO ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO RAFAEL. MEDICO. C S OLIVER. EAP
- SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO. MEDICO. C S OLIVER. EAP
- OLIVEROS BRIZ TERESA. ENFERMERA. C S OLIVER. EAP
- ALONSO-LEG TORRES ELENA. ENFERMERA. C S OLIVER. EAP
- LOPEZ GRANADA MANUEL. ENFERMERO. C S OLIVER. EAP
- PELLEJERO ALVAREZ CRISTINA. ENFERMERA. C S OLIVER. EAP
- CEBOLLA GRACIA DOLORES. ENFERMERA. C S OLIVER. EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aparición de nuevas técnicas que permiten el control del tratamiento anticoagulante en sangre capilar ha hecho que aumente, por un lado la demanda de la población y por otro, la disposición de los profesionales de atención primaria a realizar el control y seguimiento de una serie de pacientes que por sus especiales características, pueden ser atendidos en atención primaria, aunque siempre manteniendo una estrecha colaboración con los servicios de Hematología. La mejora es sustancial, ya que estas nuevas técnicas permiten que el paciente sea monitorizado incluso sin tener que desplazarse de su domicilio, lo que en el caso del paciente inmovilizado es una gran ventaja.

Sin embargo puede existir una resistencia por parte del paciente por la adherencia que puede tener a que sea controlado en el hospital, miedo a tener que realizar su propio control o desconocimiento de los factores que pueden alterar su INR.

Para solventar estos problemas se propone la elaboración de un programa educativo destinado al paciente anticoagulado en sangre capilar con la finalidad de mejorar sus conocimientos acerca de los factores que pueden interferir en su tratamiento anticoagulante y capacitarle para tomar las decisiones oportunas en cada una de las circunstancias que se les puedan plantear.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Motivar a los profesionales para captar nuevos pacientes candidatos a anticoagulación oral capilar, venciendo las resistencias que se puedan encontrar por parte de los profesionales.

- Aumentar el número de pacientes anticoagulados que estén en rango INR venciendo las resistencias que se puedan encontrar por parte de los pacientes.
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que están con TAO (tratamiento anticoagulante) mejorando la efectividad del servicio.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y la capacitación de los pacientes a través del consejo seriado en cuestiones relativas al TAO sobre alimentación, fármacos, enfermedades, cuidado y situaciones urgentes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Sesión informativa a todos los profesionales del equipo implicados en el tratamiento del paciente anticoagulado para captar su participación. Belen Benede. Teresa Oliveros.

2.- Elaboración de hojas informativas destinadas a los pacientes en las que se explicará de forma sencilla, factores a tener en cuenta que pueden afectar a su control.

- Fármacos
- Alimentos y plantas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 538

MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE ANTICOAGULADO PROMOVRIENDO SU CUIDADO MEDIANTE UN PROGRAMA EDUCATIVO

- Situaciones especiales (cirugía, dentista, enfermedades intercurrentes, etc.) Equipo de mejora

3.- Elaboración de un pre-test y un post-test para evaluar los conocimientos del paciente previos al programa y los conocimientos adquiridos por el paciente después de la puesta en marcha del programa. Equipo de mejora

4.- Sesión formativa a los profesionales que decidan participar. Puesta en común de las hojas elaboradas. Resolución de dudas.

5.- Captación de pacientes y puesta en marcha del programa.

- 1er encuentro con el paciente: Ofrecimiento de participación. Examen pre-test.
- 2º encuentro con el paciente: Fármacos.
- 3º encuentro con el paciente: Dieta. Estreñimiento.
- 4º encuentro con el paciente: Complicaciones con los anticoagulantes: actuación frente a hemorragias.
- 5º encuentro con el paciente: Qué hacer en caso de INR bajo o alto.
- 6º encuentro con el paciente: Otros temas (viajes, inyectables, vacunas, olvido de la toma, etc.)

6.- Encuesta de satisfacción a los pacientes que participen en el programa. Examen post-test.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de pacientes con anticoagulación oral capilar que aceptan participar en el programa educativo / Nº de pacientes a los que se le ofrece X 100

Nota media de los pre-test realizados a los pacientes / nota media de los post-test realizados a los pacientes < 1

Nº encuestas con respuesta satisfactoria > 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: Primera sesión informativa

Mayo 2011 Elaboración de hojas informativas para pacientes

Junio 2011-febrero 2012: Captación de pacientes. Información para participar. Programar los encuentros. Registro de la actividad.

Marzo 2012: Evaluación del programa. Posibles fallos detectados.

Implantación de posibles mejoras en el programa.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil netbooks	250 €
Total	250 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

183

ELABORACION DE PROTOCOLOS COMUNES PARA MEJORAR LA ATENCION DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL CS OLIVER Y COORDINACION CON PERSONAL DE ATENCION CONTINUADA. PRIMERA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA HIPERFRECUENTACION EN PEDIATRIA

2. RESPONSABLE JOSEFINA CARO REBOLLO

- Profesión OTROS
- Centro CS OLIVER
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELTRAN LACORT FEDERICO. PEDIATRA. CS OLIVER. PEDIATRIA
- LALANA JOSA MARIA PILAR. PEDIATRA. CS OLIVER. PEDIATRIA
- HERRERO ALONSO SUSANA. ENFERMERA. CS OLIVER. PEDIATRIA
- VILLANOVA MUNIESA MARIA JOSE. ENFERMERA. CS OLIVER. PEDIATRIA
- GARGALLO CALLAO ROSA. MEDICO. CS OLIVER. ATENCION CONTINUADA
- VALIENTE LLORENTE BELEN. ADMINISTRATIVA. CS OLIVER. ADMISION
- MAESTRE CALVO MARIA JESUS. CELADORA. CS OLIVER. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Debido a la poca frecuencia de las urgencias vitales pediátricas en los centros de salud y su diferente manejo con respecto a las urgencias de los adultos, es conveniente que el personal implicado se entrene y el material se prepare y sea revisado de forma periódica y se protocolice la actuación, con el fin de mejorar el proceso de atención al niño con riesgo potencialmente vital. Los protocolos de actuación tanto en parada cardiorrespiratoria como en el resto de las patologías urgentes son revisados y se van actualizando periódicamente por lo que es necesario la formación continua de los profesionales. Dentro de las urgencias de pediatría las más frecuentes son aquellas sin riesgo vital y que son atendidas por diferentes profesionales según el tramo horario en el que el paciente reclama la atención. Esto conlleva una variabilidad en la práctica clínica que favorece en gran medida la hiperfrecuentación por lo que la actuación según protocolo ayudará a controlar en cierta medida la demanda.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Protocolizar la atención pediátrica del niño que reclama atención urgente para evitar variabilidad en la práctica clínica, interferencias en tratamientos establecidos y discrepancias entre profesionales
Que el 100% de los pediatras colaboren en la elaboración de los protocolos.
Que el 100% del equipo de pediatría y del equipo de atención continuada conozca los protocolos y sepa la disposición del material necesario.
Que el 100% de las enfermeras de pediatría colaboren en el mantenimiento adecuado del material y la medicación necesaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Sesión informativa y formativa de los componentes del equipo de mejora y del resto de personal que puede estar implicado en la atención del niño con riesgo vital. Difusión del proyecto y difusión de las mejoras que se esperan conseguir.

-Elaboración de protocolos:

Josefina Caro: Crisis de asma+Laringitis+Anafilaxia.

Federico Beltrán: Crisis convulsiva+Intoxicaciones.

Pilar Lalana: RCP+Politraumatizado+Obstrucción vía aérea superior. Utilización de antibióticos en las infecciones pediátricas.

- Sesión bimensual presentando al resto de profesionales interesados los protocolos elaborados.-

- Preparación carro de parada con medicación específica agrupada por patologías. Calendario de rueda de revisiones con firma de comprobación.

- Recepción, registro y ubicación correcta del niño que reclama atención urgente.

- Solicitar al menos uno del equipo de mejora, una vez al año, la realización de un curso de RCP pediátrica organizado por el Salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de pediatras que realizan protocolos / nº de pediatras totales del Centro Salud x 100

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 183

ELABORACION DE PROTOCOLOS COMUNES PARA MEJORAR LA ATENCION DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL CS OLIVER Y COORDINACION CON PERSONAL DE ATENCION CONTINUADA. PRIMERA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA HIPERFRECUENTACION EN PEDIATRIA

Nº de protocolos realizados/nº de protocolos previstos x 100

Estos dos indicadores se obtendrán del registro de las sesiones realizadas y del registro de los asistentes a las mismas.

Nº días que se ha firmado el calendario de revisiones del carro de parada/ nº de días que debería haberse firmado y revisado el calendario de revisiones x 100
Este indicador se obtendrá de la hoja de registro de la rueda de firmas de revisión del carro de parada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: Listado de material carro de parada. Organización del mismo. Elaboración de calendario con revisiones. Mayo-Junio 2011: Elaboración y puesta en común de los primeros protocolos: Crisis de asma+Laringitis+Anafilaxia: Josefina Caro Septiembre- Octubre-Noviembre 2011 Elaboración y puesta en común de los segundos protocolos: Crisis convulsiva + intoxicaciones: Federico Beltrán Diciembre 2011 Enero y febrero 2012 : Elaboración y puesta en común de los terceros protocolos RCP+Politraumatizado+Obstrucción vía aérea superior. Marzo 2012: Medida de indicadores y evaluación final. A partir de entonces "Plan de ciclo continuo mejora": Revisión y actualización de los protocolos una vez al año. Al menos un componente del equipo de mejora y al menos una vez al año solicitará realizar curso de actualización de patología urgente pediátrica organizado por el Salud. Las modificaciones o actualizaciones oportunas se reflejarán en los protocolos. Esta primera estrategia se engloba dentro de un ciclo de calidad destinado a disminuir la hiperfrecuentación pediátrica del C.S Oliver.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañón proyector	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 280

1. TÍTULO

REVISAR, AMPLIAR Y OTORGAR GRADOS DE EVIDENCIAS A LA "GUÍA DE PRESCRIPCIÓN EN PEDIATRÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA" Y ESTABLECER ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACION ENTRE LOS PROFESIONALES

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LALANA JOSA

- Profesión OTROS
- Centro CS OLIVER
- Servicio/Unidad .. PEDAITRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LACLAUSTRAS MENDIZABAL BLANCA. PEDIATRA. CS CASSETAS. PEDIATRIA
- CARCAS DE BENAVIDES CRISTINA. FARMACEUTICA. DIRECCION AP SECTOR HUESCA. FARMACIA
- LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICA. DIRECCION AP SECTOR ZARAGOZA III. FARMACIA
- BELEN PINA GADEA. FARMACEUTICA. DIRECCION AP SECTOR ZARAGOZA II. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Conocida la muy buena acogida que los profesionales del Sector III han dado a la primera edición de la "Guía de prescripción en pediatría para Atención Primaria" y tras haber transcurrido 2 años de su elaboración se decide su revisión y mejora haciendo especial hincapié en:

- Ampliar los principios activos incluidos.
- Ampliar los nombres comerciales incluidos.
- Otorgar grado de evidencia a las recomendaciones aportadas.
- Plasmar dichas mejoras en el formato reducido de consulta rápida.
- Ampliar su difusión a todos los sectores del SALUD.
- Establecer las estrategias oportunas para su implementación entre los profesionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2007 y como resultado del proyecto de calidad "Mejorar el manejo de los medicamentos utilizados en niños en un servicio de atención continuada rural", se elaboró el documento de consulta "Guía de prescripción en pediatría para atención primaria" que fue distribuido en formato papel entre todos los pediatras, médicos de familia titulares y médicos de refuerzo del Sector Zaragoza III. Asimismo se elaboró un formato reducido de consulta rápida para ser utilizado durante la atención continuada y que igualmente fue distribuido entre profesionales del Sector III. Ambos formatos están disponibles en la intranet del Sector Zaragoza III.

Desde Septiembre del 2010 se han formado 2 grupos de trabajo que por separado y luego por consenso revisan las evidencias aportadas por la guía mediante búsqueda sistematizada de la bibliografía disponible hasta el momento, se aportan nuevas recomendaciones que se consideran de interés y se introducen modificaciones a la guía que se cree mejoran su utilidad. Se revisan principios activos existentes y se añaden otros nuevos que se consideran relevantes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elaborar un documento de calidad, con recomendaciones basadas en la evidencia y que resulte de utilidad al profesional que tiene que atender niños, aumentando su seguridad en lo que a la prescripción se refiere.

- Elaborar un documento formato bolsillo y de consulta rápida para su utilización en atención continuada.
- Difusión de ambos documentos entre los profesionales a los que les pueda resultar de utilidad.
- Posibilidad de acceder a ambos documentos en formato electrónico.
- Incorporación como material docente de residentes tanto de Medicina Familiar y comunitaria como de residentes de Pediatría.
- Incorporación al "Anillo Digital Docente" de la Universidad de Zaragoza ya que desde allí han mostrado interés en disponer del documento.
- Crear una cuenta de correo para recoger sugerencias o resolver dudas que se puedan plantear entre los usuarios. Las sugerencias aportadas que se crean de interés se recopilarán para modificaciones en las futuras revisiones del documento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Búsqueda de bibliografía de medicina basada en la evidencia para otorgar grado de evidencia a cada una de las

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

280

REVISAR, AMPLIAR Y OTORGAR GRADOS DE EVIDENCIAS A LA “GUIA DE PRESCRIPCION EN PEDIATRIA PARA ATENCION PRIMARIA” Y ESTABLECER ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACION ENTRE LOS PROFESIONALES

recomendaciones que aparezcan en la guía: todo el equipo de mejora.

Inclusión de nuevos principios activos y revisión de los ya existentes: todo el equipo de mejora.

Contactar con revisores externos de todos los ámbitos implicados y valorar sus aportaciones y mejoras.

Contactos con personas líderes clave, para su implementación en los diversos sectores del Salud: todo el equipo de mejora.

Contactos con las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Pediatría para su incorporación como material para residentes: Pilar Lalana y Blanca Laclaustra.

Contactos para su inclusión en el Anillo Digital Docente: Pilar Lalana y Blanca Laclaustra.

Presentación oficial del documento en mesa redonda a todos los profesionales potenciales usuarios. Todo el equipo de mejora.

Envío de aviso vía e-mail de la posibilidad de consulta de la guía a todos los profesionales que se considere les puede resultar de utilidad.

Envío formato pdf a todo el que la solicite tanto en ámbito sanitario como docente.

Difundir cuenta de correo creada para recoger sugerencias o resolver dudas que se puedan plantear entre los usuarios. Las sugerencias aportadas que se crean de interés se recopilarán para modificaciones en las futuras revisiones del documento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Que el 100 % de las Direcciones de AP a través de sus Servicios de farmacia tengan disponible la versión en formato electrónico y hayan llevado a cabo al menos una estrategia de difusión entre sus profesionales potenciales usuarios (correo electrónico, CD, formato papel o Intranet del Sector) .

- Elegir una muestra al azar entre profesionales de Atención Primaria y a través de correo electrónico conocer:
Nº de profesionales que conoce la guía y la valora positivamente/ nº profesionales totales que contesta al correo x 100.

- Enviar a través de lista correo electrónico de AraPAP (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria) encuesta de satisfacción tras 3 meses de implementación.
Nº de encuestas satisfactorias/ Nº de encuestas realizadas x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Septiembre 2010- Marzo 2011: Revisión de la guía.

Marzo - Abril 2011: Inicio de los contactos para la implementación de la guía.

Abril - Mayo 2011: Presentación de la guía entre los diferentes sectores del SALUD, disponibilidad digital. Distribución de los ejemplares disponibles formato papel y/o CD.

Mayo- Junio 2011: Presentación de la guía a los componentes de AraPAP (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria). Presentación de la guía a través de Anillo Digital Docente en la Universidad. Presentación de la guía en las Unidades Docentes de Medicina de Familia y de Pediatría.

Octubre 2011: Realización de indicadores. Encuestas de satisfacción.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Alquiler de la sala para pres	300 €
Total	300 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

280

REVISAR, AMPLIAR Y OTORGAR GRADOS DE EVIDENCIAS A LA “GUIA DE PRESCRIPCION EN PEDIATRIA PARA ATENCION PRIMARIA” Y ESTABLECER ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACION ENTRE LOS PROFESIONALES

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

552

PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACEUTICA EN EL C.S. OLIVER EN COLABORACION CON FARMACEUTICOS SIN FRONTERAS

2. RESPONSABLE BEATRIZ MARTINEZ BURGOS

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro CS OLIVER
- Servicio/Unidad .. EAP
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROY PEREZ CARMEN. MEDICO. C.S. OLIVER. EAP
- BOTAYA MARCIAL MANUEL. MEDICO. C.S. OLIVER. EAP
- CARTAGENA REMACHA ENRIQUE. MEDICO. C.S. OLIVER. EAP
- BARBERA MONTESINOS CARMEN. MEDICO. C.S. OLIVER. EAP
- GRACIA LANZUELA MARIA FERNANDA. ENFERMERA. C.S. OLIVER. EAP
- HERRERO DUARTE AGUSTIN. ADMINISTRATIVO. C.S. OLIVER. EAP
- HERREROS ARILLA OSCAR. ADMINISTRATIVO. C.S. OLIVER. EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las demandas de prestación económica para pago de medicamentos prescritos en las consultas médicas cada día se dan con mayor frecuencia en la consulta de Trabajo Social del Centro de Salud. La falta de respuesta al problema económico desde otras instituciones y organizaciones, tiene como consecuencia el abandono del tratamiento.

Desde las consultas médicas existe una preocupación por el perjuicio para la salud que supone no cumplimentar el tratamiento farmacológico, máxime cuando se trata de un problema crónico.

Conociendo los programas que lleva a cabo la ONG Farmacéuticos sin fronteras de España, a raíz de la colaboración de este Centro de Salud en 2007 en las "Campaña de recogida de radiografías inservibles en Aragón", se contactó con ellos para valorar las posibilidades de colaboración.

Durante 2010 se han incluido en el programa de ayuda pacientes que lo han solicitado, bien por iniciativa propia o bien derivados por profesionales del equipo de atención primaria.

Dado el aumento de la demanda en los últimos meses se cree necesario establecer claramente un protocolo de derivación del paciente (perfil del paciente) y establecer circuito para solucionar la prestación con la mayor rapidez y eficacia posible.

Se hace necesario elaborar un modelo de informe de salud del paciente en el que claramente esté reflejada la necesidad de la medicación.

Se hace necesario un modelo de informe social en el que se refleje que cumple los requisitos para concedérsele la prestación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A finales del año 2009 tras contacto con la ONG Farmacéuticos sin fronteras se firmó convenio de colaboración y a lo largo del año 2010 se fueron incluyendo pacientes que solicitaron ayuda para financiar medicación tanto en procesos crónicos como agudos. Se cumplieron con los presupuestos trimestrales asignados aunque se ha observado un incremento de las solicitudes en los últimos meses.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ratificar convenio de colaboración entre ONG Farmacéuticos sin fronteras de España (FSFE) y C. S. Oliver.

Establecer protocolo de derivación a Trabajadora Social para tramitar ayuda.

Elaborar modelo de informe de salud en el que claramente conste la necesidad de la medicación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

552

PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACEUTICA EN EL C.S. OLIVER EN COLABORACION CON FARMACEUTICOS SIN FRONTERAS

Establecer un circuito de derivación claro desde la consulta médica hasta la trabajadora social. Visita del paciente y resolución del caso en menos de 48 h.

Mantener y actualizar registro de pacientes a los que se les concede la ayuda. Pacientes prevalentes y pacientes nuevos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones de responsables de FSFE y de CS Oliver para ratificar convenio. Beatriz Martínez.

Reuniones de responsables del equipo de mejora para definir el perfil de la selección. Definir criterios de derivación. Todo equipo de mejora.

Establecer circuito de derivación y citación con el servicio de admisión. Beatriz Martínez, Agustín Herrero y Oscar Herreros.

Control de gasto trimestral. Beatriz Martínez.

Diseño de documento de registro. Equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Existencia de renovación de convenio. SI/NO

Existencia de protocolo de derivación y ratificación del mismo SI/ NO

Nº pacientes financiados / Nª pacientes con criterio de derivación al menos del 95%

Gasto realizado por trimestre / presupuesto disponible por trimestre < 1.

Cumplimentación de registro de pacientes en el 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Ultimo trimestre 2010: Se ratifica colaboración FSFE y CS Oliver.

Abril 2011: Elaborar modelo de protocolo de derivación.

Abril 2011: Establecer circuito de derivación y citación.

Mayo 2011: Sesión informativa para el resto del equipo de atención primaria. Protocolo de derivación y circuito de citación. Beatriz Martínez.

Evaluación económica al final cada trimestre durante 2011.

Enero 2012. Evaluación final

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Los gastos económicos se comparten con los otros 2 proyectos presentados desde el CS Oliver

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

TALLER GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR II

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES HERRERO GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SADABA
· Servicio/Unidad .. CENTRO SALUD
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABORDA EZQUERRA ROSARIO. ENFERMERA. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LAITA EZQUERRA ROSARIO. ADMINISTRATIVA. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL FUMAR ES LA PRIMERA CAUSA EVITABLE DE ENFERMEDAD Y MUERTE. LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EVITABLE ATRIBUIBLE AL TABACO SON CANCER DE PULMON, ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA Y EPOC. ALTO PORCENTAJE DE CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN. EN EL C.S.SÁDABA ESTAN INCLUIDOS EN OMI EN EL PROGRAMA DEL TABACO APROXIMADAMENTE 500 PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS.

UNA MANERA DE FOMENTAR Y ESTIMULAR A LA POBLACIÓN PARA DEJAR EL TABACO ES LA TERAPIA GRUPAL EN LA QUE SE HAN OBTENIDO BUENOS RESULTADOS EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA (H.C. UNIVERSITARIO) .

ESTE AÑO ADEMAS CON LA PUESTA EN VIGOR DE LA LEY ANTITABACO EN ZONAS PUBLICAS CERRADAS Y EL PRECIO DEL MISMO HAY MAS GENTE QUE Q

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EN EL PRIMER TALLER CONCLUIDO EL 50% NO FUMABAN A LOS 6 MESES, CONTINUA SIN FUMAR EL 50% A LOS 9 MESES Y 12 MESES, PARA LO CUAL LLAMAMOS A LAS PERSONAS A LOS 9 MESES POR TELEFONO.

EN EL 2º TALLER AL TERMINAR 7ª SESIÓN 5 NO FUMAN, A LOS 6 MESES 3 SIGUEN SIN FUMAR

EN LAS ENCUESTAS DE SATISFACCION QUE SE LES DA AL FINAL DEL TALLER , GRAN UTILIDAD Y SATISFACCIÓN. HA SERVIDO PARA QUE OTROS INICIEN TERAPIA TAMBIÉN INDIVIDUAL PENDIENTE RESULTADOS DE SEGUIR SIN FUMAR A LOS 9 MESES DEL 2º TALLER.

HAY QUE RESEÑAR QUE LOS RESULTADOS DEL PRIMER TALLER FUERON MEJORES PORQUE EL GRUPO FUE MAS CONSTANTE , EL SEGUNDO GRUPO HUBO FALTAS DE ASISTENCIA FRECUENTES

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -AUMENTAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE NUESTRA POBLACIÓN AL OFERTARLE OTRO SERVICIO.

-CONSEGUIR QUE UN 30% DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER CONTINUEN SIN FUMAR AL AÑO.

-MAYOR APROBECAMIENTO DEL COOXIMETRO QUE TENEMOS EN EL CENTRO DE SALUD.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ESTE AÑO AMPLIAREMOS EL TALLER A TODA LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD NO SOLO A LOS PERTENECIENTES A LOS CUPOS DE SADABA. INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN EN ADMISIÓN, CONSULTAS DE ENFERMERIA Y MEDICINA ASI COMO CON POSTERS COLOCADOS EN SALA DE ESPERA DEL C.S Y CONSULTORIOS LOCALES DE LA REALIZACIÓN DEL TALLER INDICANDO EL HORARIO Y LA FECHA DE REALIZACIÓN.

RESPONSABLES LOS TRES INTEGRANTES.

-REALIZACIÓN DE CARPETA CON MATERIAL QUE DE DARÁ A LOS PARTICIPANTES.

RESPONSABLES LAITA Y HERRERO.

ÉSTA CONSTARA DE -HOJA CONTROL TA, PESO Y CO.

-HOJA DE CONSENTIMIENTO Y DE FECHA D.

-HOJAS DE REGISTRO.

-HOJAS INFORMATIVAS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº DE PARTICIPANTES QUE NO FUMAN A LOS 3 MESES/Nº PARTICIPANTES X100.

-Nº DE PARTICIPANTES QUE NO FUMAN A LOS 9 MESES/Nº PARTICIPANTES X100.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

115

TALLER GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR II

-Nº DE PERSONAS ADMITIDAS AL TALLER AL TALLER/Nº PERSONAS INSCRITAS AL TALLER X100.
SE MONITORIZARAN A TRAVES DE REGISTROS DE OMI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -AGOSTO :-DIVULGACIÓN DE REALIZACION DE TALLER MEDIANTE POSTERS,CONSULTAS Y ADMISIÓN.

-INSCRIPCIÓN PERSONALMENTE DE LOS INTERESADOS,INDICANDO TAMBIÉN SU TELÉFONO.

-PREPARACIÓN DE MATERIAL QUE SE ENTREGARÁ.

-ÚLTIMO JUEVES Y VIERNES SE LLAMARÁ A LOS SELECCIONADOS.

-SEPTIEMBRE Y OCTUBRE:-TODOS LOS MIERCOLES DE SEPTIEMBRE Y LOS TRES PRIMEROS DE OCTUBRE SE REALIZARA EL TALLER.

-NOVIEMBRE:ÚLTIMA SESIÓN DEL TALLER.

-LLAMADAS TELEFONICAS A LOS PARTICIPANTES A LOS 3 ,9 Y 12 MESES PARA VER SI FUMAN.

-REPETICIÓN DE LAS MISMAS ACTIVIDADES PARA REALIZAR OTRO TALLER EN ENERO,FEBRERO Y MARZO 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cooxímetro SMOKE CHECK MONITOR	350 €
· Cooxímetro SMOKE CHECK MONITOR	50 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

276

EXPLORACION DEL PIE COMO MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON DIABETES EN LA ZS DE SADABA

2. RESPONSABLE PILAR MARIN MURILLO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS SADABA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ MOLINER MARIA. ENFERMERIA. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ GUZMAN TERESA. ENFERMERIA. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- LABORDA EZQUERRA ROSARIO. ENFERMERIA. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN GRACIA GLORIA. MEDICINA. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN. MEDICINA. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia del Proyecto

Las complicaciones en el pie de los pacientes diabéticos representa la 1ª causa de ingreso hospitalario de estos pacientes.

La incidencia acumulada de úlceras en el pie diabético se estima entre el 0.5-1% anual.

Hasta el 15-25% de los pacientes diabéticos presentarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida (nivel evidencia 2++). Entre el 14% y el 20% de los diabéticos con una úlcera terminan sufriendo una amputación de la extremidad, encontrándose el antecedente ulceroso en el 85% de los pacientes amputados.

La OMS definió como PIE DIABÉTICO a la presencia de úlcera, infección y/o gangrena del pie asociada a la neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad vascular periférica, resultados de la interacción compleja de distintos factores inducidos por una hiper glucemia mantenida.

Oportunidad de mejora

Detectar el pie de riesgo dentro de la población de la ZBS:

- Evaluando la neuropatía sensorial como principal factor predisponente que coloca al pie normal en un pie de riesgo (nivel evidencia 1++/ grado recomendación A).

-Valorando los desencadenantes de una úlcera que siempre son traumáticos:

Intrínsecos: alteraciones osteo-articulares del pie.

Extrínsecos: traumatismos físicos, químicos ó térmicos

(nivel evidencia 1++/ grado recomendación A).

-Considerando los factores agravantes que son la infección y la isquemia

(nivel evidencia 1++/ grado recomendación A).

Situación de partida y posibles causas

En el EAP se detecta una disminución en el nº de exploraciones de pies a pacientes con D.M. (a pesar de que en el año 2004 se puso en marcha un proyecto de mejora que sensibilizo a los profesionales sobre la importancia del problema)

Las posibles causas de esta situación son:

-Variación de los componentes del EAP.

-Sobrecarga de trabajo en consulta.

-Falta de destreza en manejo de Doppler.

-Dificultad en la accesibilidad al aparato Doppler que se dispone en el CS, principalmente en consultorios locales.

-Informatización del CS con desconocimiento del registro específico de datos de exploración de pie en OMI.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º Revisión y actualización de los listados de pacientes con diagnóstico de DM en las unidades asistenciales que

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 276

EXPLORACION DEL PIE COMO MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON DIABETES EN LA ZS DE SADABA

participan en el proyecto.

2º Sistematizar la revisión anual de los pies de los pacientes con DM dentro de la consulta programada tanto de enfermería como de medicina.

3º Explorar en el año de puesta en marcha del proyecto al 20% de los pacientes con DM si en el proyecto solo participa uno de los profesionales de la unidad asistencial

y al 40 % si participan los dos profesionales de la unidad asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª-Revisión y actualización de los pacientes incluidos en programa de diabetes.

2ª-Realizar sesiones clínicas sobre: inspección de pie, exploración neurológica, exploración vascular general, uso de aparato Doppler, cálculo índice tobillo/ brazo.

3ª-Realizar sesión formativa sobre el registro en OMI de la valoración del pie.

Actividad 1ª: Individualizada

Actividad 2ª: M Ángeles Herrero y Teresa Pérez

Actividad 3ª: Pilar Marín

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de cobertura de programa de diabetes:

Nº de pacientes incluidos en programa de DM / Nº de pacientes con DM estimados en la ZBS

Indicador de cobertura de la actividad:

Nº de pacientes diabéticos a los que se les ha explorado los pies / Nº de pacientes incluidos en el programa de diabetes de las unidades asistenciales que participan en el proyecto.

Indicador de excelencia:

Nº de pacientes diabéticos a los que se les ha calculado índice tobillo / brazo con uso de doppler / Nº de pacientes incluidos en el programa de diabetes de las unidades asistenciales que participan en el proyecto.

Todos los datos se explotarán de OMI mediante la previa solicitud de datos a la Gerencia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primera quincena de Abril 2011:

-Obtención y actualización de listados.

- Sesiones clínica y de formación.

Segunda quincena de Abril:

-Inicio y registro de las exploraciones de pies.

Septiembre 2011:

Corte de datos que determinan los indicadores.

Diciembre 2011:

Corte final de datos y cálculo de los indicados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· DOPPLER BIDIRECCIONAL BIDOP ES-100V3	700 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. El indicador de excelencia vendrá determinado por la pronta dotación de aparato Doppler al CS lo que mejorará la disponibilidad del mismo a los profesionales.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 276

EXPLORACION DEL PIE COMO MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON DIABETES EN LA ZS DE SADABA

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

308

TELE-REVISION ENTRE A.PRIMARIA DEL C.S.SADABA Y EL SERVICIO DE ENDOCRINO DE INOCENCIO JIMENEZ Y H.C.U.

2. RESPONSABLE GLORIA MARIA MARTIN GRACIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SADABA
- Servicio/Unidad .. A.PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHECA VILLA ARTURO. MEDICO. C.S.SADABA. A. PRIMARIA
- PEREZ CABALLERO BONA CARMEN. MEDICA. C.S.SADABA. A. PRIMARIA
- PEREZ ORTEGO JUAN CARLOS. MEDICO. C.S.SADABA. A.PRIMARIA
- TIBI BUCHNAK OSSAMA. MEDICO. C.S.SADABA. A. PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las localidades que pertenecen al C.S. de Sádaba distan de Zaragoza una media de 100 Km. y las comunicaciones en relación a los servicios públicos son nefastas, existe un autobús que parte de Sádaba hacia Zaragoza a las 8h. con un coste de 8,47 E, pero previamente hay que llegar hasta allí con otro autobús, al regreso se han de dar los mismos pasos pero a la inversa y pasan unas 12 h. hasta que los pacientes pueden volver a sus hogares ya que el autobús de vuelta no sale de Sádaba hasta las 20 h.

Hay muchas personas, la mayoría de ellos mayores de 70 años, que no poseen medios propios para desplazarse ni familia de apoyo, resultando para ellos muy complicado y costoso ir a las revisiones de los especialistas que no se encuentran en el consorcio de Ejea" (endocrino, reumatología, nefrología, med. Interna, rehabilitación, vascular...), llegando incluso a anular las citas, a pesar de saber que son necesarias para su buen control. Nuestra oportunidad de mejora va a consistir en intentar realizar las revisiones de endoc

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es poner en marcha la TELE-REVISIÓN con la consulta de endocrino, con ello se mejoraría la accesibilidad a las revisiones, sobre todo de las personas mayores sin apoyo familiar ni social, se produciría un ahorro en el sistema en relación al traslado en ambulancia de los pacientes que lo precisaran (ya sea individual o colectiva, con o sin acompañante), se evitarían desplazamientos que conllevan gastos (coste de billetes, gasolina, dietas...), molestias (madrugadas, tiempo excesivo fuera del hogar...) y riesgos innecesarios (riesgo de accidente en carretera...), incrementando la satisfacción de los usuarios.

Se mejoraría la comunicación interprofesional, la continuidad de cuidados y la eficiencia de los procesos en el sector III.
En principio la población solo se beneficiaría con revisiones de endocrino, pero más adelante

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La TELE-REVISIÓN consiste en realizar las revisiones que no precisen exploración por parte del especialista en la consulta de A. Primaria, coincidiendo con el día de la citación y estando en contacto directo por teléfono o videoconferencia con el endocrino, el cual tendrá ante sí la historia y los resultados de las pruebas que hubiera podido solicitar, de igual manera nosotros podremos visualizar los resultados en Intralab e Intranet clínica del H.C.U. , tras la intercomunicación de los facultativos, con la puesta en común de datos y estado actual del paciente, el especialista indicara el tratamiento y medidas a seguir, solicitara las pruebas que considere oportunas, citara al paciente para la siguiente revisión y nos manifestara la necesidad de ver o no personalmente al paciente.

Se ha de conseguir la colaboración de los endocrinos, para ello la responsable del proyecto se pondrá en contacto telefónicamente o por correo electrónico con el servicio de endocrino del H.C.U y de I. Jimenez, informando de la idea con detalle y de los beneficios e intentando consensuar el modo y la hora para establecer la comunicación ya sea por teléfono móvil (para no saturar las líneas) o por videoconferencia.

- Conseguir la colaboración de los médicos del centro de salud, siendo la responsable del proyecto la que informe de la idea y de sus beneficios, explicándoles la metodología a seguir ya que son ellos los que tendrán que contactar el día de la cita con el endocrino que corresponda a cada paciente.

-Informar de esta posibilidad de revisión a distancia a todos los pacientes que tengan citaciones de seguimiento con endocrino.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 308

TELE-REVISION ENTRE A.PRIMARIA DEL C.S.SADABA Y EL SERVICIO DE ENDOCRINO DE INOCENCIO JIMENEZ Y H.C.U.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Porcentaje de revisiones de endocrino que se realizan en la consulta de A.P. mediante T-R=
Revisiones de endocrino que se realizan en A.P mediante T-R / Revisiones totales de endocrino x 100
-Porcentaje de pacientes satisfechos tras las revisiones de endocrino en A.P con T-R=
Pacientes satisfechos por revisión de endocrino mediante T-R / Pacientes satisfechos en revisiones totales de endocrino x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las actividades, en relación a la puesta en contacto con el S. de endocrino e información del proyecto a todos los facultativos implicados, se realizarían durante el mes de Abril/2011.
El proyecto se iniciaría el 01/05/2011, se realizaría una evaluación a los seis meses el 01/11/2011 y se finalizaría al año el 01/05/2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• TELÉFONO MÓVIL	30 €
• TELÉFONO MÓVIL	30 €
• TELÉFONO MÓVIL	30 €
• TELÉFONO MÓVIL	30 €
• TELÉFONO MÓVIL	30 €
• TELÉFONO MÓVIL	30 €
Total	150 €

11. OBSERVACIONES. -Los facultativos que realicen sus consultas en el mismo lugar físico, ya sea centro de salud o de especialidades pueden compartir el mismo teléfono móvil.

-Si los resultados son satisfactorios para todos los implicados se podría estudiar la posibilidad de la puesta en marcha de la TELE-REVISIÓN con otras especialidades.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A EMBARAZADAS EN NUESTRA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL: DESDE LA PRECONCEPCION HASTA EL PARTO

2. RESPONSABLE ELENA MARTINEZ SANZ
- Profesión ODONTOLOGO/A
 - Centro CS TARAZONA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CESTERO RAMOS MARIA DE LA SIERRA. HIGIENISTA DENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El nivel de salud bucodental de las mujeres durante la preconcepción y el embarazo no sólo influye sobre su propia salud general, sino también sobre la de su futuro hijo/a [1]. Consecuentemente, el padecimiento de enfermedades en la cavidad oral por parte de éstas mujeres puede incrementar su riesgo de aterosclerosis [2], artritis reumatoide [3], diabetes [4], complicaciones asociadas al embarazo [5], así como elevar el riesgo de caries, severas y tempranas, en sus descendientes [6]. Por ello, tanto la prevención como el diagnóstico y tratamiento tempranos de las afecciones bucodentales en nuestras mujeres jóvenes es crucial, no sólo para mejorar su propia salud, sino para reducir los niveles de caries de sus futuros hijos/as y, por lo tanto, de la futura población general - y futuros usuarios del Servicio Aragonés de Salud -.

Desde mi incorporación, hace más de 3 meses, como responsable de la Unidad de Salud Bucodental del Área Tarazona-Borja, he observado que existe una actividad nula en este sentido, siendo la prevención de las afecciones de la cavidad bucal de la embarazada una prestación sanitaria básica en nuestro país (R.D. 1030/2006, publicado en B.O.E. núm. 222, de 16 de septiembre de 2006). Es por ello que solicitamos el presente proyecto de mejora de la calidad, con el fin de:

- Obtener financiación para poder iniciar una campaña de prevención y diagnóstico temprano de la patología bucodental en mujeres embarazadas o en edad de gestación.
- Dar a conocer la importancia del presente proyecto, y de la campaña, a todo el personal de Atención Primaria de nuestra área, con la finalidad de que difundan la información pertinente entre el máximo número posible de usuarios del Servicio Aragonés de Salud.
- Conseguir que al menos un 50% de la población diana de este proyecto -mujeres embarazadas o en edad de gestación de nuestro cupo- acudan a nuestra Unidad para realizar una revisión de su cavidad bucal.
- Valorar las necesidades de nuestra población diana y establecer un protocolo de tratamientos preventivos, de enfermedad periodontal y caries, basado en:
 - 1) Sesiones individuales y/o colectivas sobre instrucciones básicas de salud bucal (normas de higiene dental y dieta).
 - 2) Aplicaciones tópicas de flúor.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J.* 2006;10(5 Suppl):S169-74.

[2] Scannapieco FA. Position paper of the American Academy of Periodontology: periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases. *J Periodontol.* 1998;69:841-50.

[3] Mercado F, Marshall RI, Klestov AC, Bartold PM. Is there a relationship between rheumatoid arthritis and periodontal disease? *J Clin Periodontol.* 2000;27:267-72.

[4] Thorstensson H, Kuylenstierna J, Hugoson A. Medical status and complications in relation to periodontal disease experience in insulin-dependent diabetics. *J Clin Periodontol.* 1996;23:194-202.]

[5] Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenerg RL, Hauth JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:875-80.

[6] Claufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res.* 1993;72:37-45.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A EMBARAZADAS EN NUESTRA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL: DESDE LA PRECONCEPCION HASTA EL PARTO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO:

- Mejorar los conocimientos sobre los problemas de salud bucodental, y sus posibles consecuencias, tanto entre las embarazadas y mujeres en edad de gestación de nuestro cupo, como entre los trabajadores de Atención Primaria del Área Tarazona-Borja.
- Conseguir que progresivamente las mujeres de nuestro cupo, gestantes o en edad de gestación, hagan uso de las prestaciones que, en materia de salud bucodental, están garantizadas por el Servicio Aragonés de Salud.
- Establecer y mantener un protocolo preventivo de enfermedad periodontal y caries en mujeres gestantes o en edad de gestación.
- Mejorar los niveles de salud bucodental entre las mujeres de nuestro cupo, gestantes o en edad de gestación.

RESULTADOS A LARGO PLAZO:

- Mejorar los niveles iniciales de salud bucodental de la futura población diana del PABIJ (Programa de Atención Bucodental Infanto-Juvenil) a través de inculcar buenos hábitos de salud dental en sus madres.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PARA TODAS LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA, LAS RESPONSABLES SEREMOS LAS 2 MIEMBROS DE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S. TARAZONA, SOLICITANTES DEL PRESENTE PROYECTO

- Elaborar dípticos y carteles con información básica sobre la presente campaña de salud bucodental durante el embarazo y la preconcepción.
- Organizar sesiones clínicas entre los trabajadores de Atención Primaria de Tarazona y Borja para informar acerca del proyecto, prestaciones y protocolo de atención bucodental en mujeres gestantes o en edad de gestación.
- Según la demanda de atención que se genere con la puesta en marcha de este proyecto, programar sesiones individuales y/o colectivas sobre instrucciones básicas de salud bucal en mujeres gestantes o en deseo de embarazo (normas de higiene dental y dieta).
- Realizar exploraciones preventivas de la cavidad oral a mujeres embarazadas y/o en edad de gestación, concertando las citas en función de la agenda de nuestra Unidad.
- Establecer y poner en marcha un protocolo de medidas preventivas de caries y enfermedad periodontal durante el embarazo y la preconcepción.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por nuestra Unidad de Salud Bucodental. Para ello, registraremos toda la actividad generada en relación con las pacientes embarazadas atendidas en nuestra Unidad. Adicionalmente, solicitaremos el censo de mujeres embarazadas de nuestra área y obtendremos el porcentaje de atención asistencial de estas mujeres.

2. Cuantificación de las aplicaciones de flúor tópico realizadas como tratamiento preventivo de la caries dental. Para ello, estableceremos un protocolo de aplicación de flúor tópico en base al índice de caries de las pacientes (registrando una ficha con odontograma completo) y cuantificaremos las aplicaciones tópicas de flúor realizadas mensualmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha de inicio del proyecto sería tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Si la campaña funciona bien, nuestra intención es mantenerlo de forma indefinida de tal forma que las revisiones a embarazadas formen parte de nuestra rutina de trabajo diaria (al menos una revisión/día).

Una vez aprobada la concesión del proyecto, comenzaremos elaborando el material informativo, dípticos y carteles (plazo estimado: un mes). Posteriormente, organizaremos las sesiones informativas al personal sanitario y reorganizaremos las agendas en función de la demanda de atención generada (plazo estimado: dos meses). Esperamos empezar a hacer las revisiones a embarazadas aproximadamente tres meses después de la concesión del proyecto, manteniendo la actividad de forma indefinida. Reiteramos que nuestro propósito es que la revisiones a embarazadas formen parte de nuestra rutina de trabajo diaria (al menos una revisión/día).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos de reprografía (dípticos y carteles)	200 €
· *Material fungible (barniz de flúor, cepillos y pastas de dientes)	400 €
· **Material inventariable	900 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A EMBARAZADAS EN NUESTRA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL: DESDE LA PRECONCEPCION HASTA EL PARTO

Total 1.500 €

11. OBSERVACIONES. El REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, incluye, en el punto 9.3. sobre atención bucodental, la exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: Instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada (B.O.E. núm. 222, de 16 de septiembre de 2006).

Como hemos mencionado antes, actualmente, en nuestra Unidad de Salud Bucodental no existe demanda de este tipo de servicios. Creemos que esto es debido, por un lado, al desconocimiento por parte de los usuarios y, por otro, a la falta información adecuada por parte de los profesionales. En definitiva, esta situación es la que se pretende mejorar con el presente proyecto.

*El gel fluorado que nos envían a través del petitorio habitual no es el recomendable para embarazadas, por eso solicitamos presupuesto para adquirir barniz fluorado.

* Los cepillos y pastas de dientes que nos envían a través del petitorio habitual no se adecuan a las necesidades específicas de las embarazadas y por eso solicitamos presupuesto para adquirir cepillos y pastas de dientes específicos.

**Material inventariable (una cuba de limpieza de instrumental por ultrasonidos, un archivador de historias clínicas, un fantomas/tipodonto y material didáctico para hacer instrucciones de higiene oral).

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 305

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DE OMI PARA ADECUARLA A LA PRESCRIPCIÓN POR RECETA ELECTRÓNICA

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL MONTIJANO TORCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Servicio/Unidad .. CENTRO DE SALUD
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EJARQUE GARCIA FERNANDO. ENFERMERO. CS TARAZONA. A. PRIMARIA
· BERGES ZUECO CONSUELO. ENFERMERA. CS TARAZONA. A. PRIMARIA
· MARTINEZ SANZ JESUS. ENFERMERO. CS TARAZONA. A. PRIMARIA
· COBOS HERNANDEZ ANA. MEDICO. CS TARAZONA. A. PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL CORRECTO REGISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES EN LA HISTORIA CLINICA ES UN ASPECTO IMPORTANTE DEL TRABAJO DIARIO, PARA CONTROLAR LOS FÁRMACOS QUE TOMAN LOS PACIENTES, DETECTAR INCOMPATIBILIDADES, POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, ETC. LA FUTURA PUESTA EN MARCHA DE LA RECETA ELECTRÓNICA ADEMÁS, HACE NECESARIA LA MEJORA EN ESE REGISTRO PARA EL VOLCADO DE LOS DATOS (SÓLO LOS NECESARIOS QE SIMPLIFICA EL PROCESO) Y EL POSTERIOR SEGUIMIENTO. LA DETECCIÓN MEDIANTE MUESTREO DE PRESCRIPCIONES INCLUIDAS EN EPISODIOS INCORRECTOS, NO INACTIVADAS, QYE FIGURAN EN EL EPISODIO DE AC. PREVENTIVAS COMO UNA ESPECIE DE CAJON DE SASTRE, CON LOS INCONVENIENTES CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS, NOS HA LLEVADO A PLANTEAR ESTE PROYECTO DE MEJORA QUE ADEMÁS REDUNDRÁ EN UNA MAYOR SEGURIDAD DEL PACIENTE

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - DEJAR EL 80% DE LOSEPISODIOS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS SIN FARMACOS
- REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS EN EL EPISODIO CORRECTO, 70%
- CIERRE DE PRESCRIPCIONES Y EPISODIOS CON MAS DE TRES MESES SIN APUNTES O IMPRESIÓN DE RECETAS 80

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -SESIÓN FORMATIVA PARA MÉDICOS Y ENFERMEROS PARA RECORDAR-UNIFICAR COMO SE PUEDE VACIAR EL EPISODIO DE PREVENTIVAS, CERRAR EPISODIOS Y PRESCRIPCIONES, Y USO DE LA HERRAMIENTA "CORTA-PEGA" PARA COPIAR LAS PRESCRIPCIONES A SU EPISODIO. RESPONSABLE: Fernando Ejarque

-TRABAJO CON TUTORES OMI EN GRUPOS PEQUEÑOS, 2-3 PROFESIONALES, Y ASENTAR LOS CONOCIMIENTOS. RESPONSABLES: Los tutores OMI, Ana Cobos, Begoña Navarro, Chelo Berges y Jesús Martínez

- CADA PROFESIONAL REGULARIZARA 1-2 HISTORIAS DIARIA, AÑADIENDO, PARA SABER QUE ESTÁ CORRECTA, EL EPISODIO GUÍA QUE SE DECIDA (MEDICAMENTOS PREOCUPACIÓN POR TOMA POR EJ.). PREVIAMENTE, LA DAP. NOS DARÁ EL DATO DE CUANTOS EPISODIOS COMO EL CITADO TENEMOS PARA CAMBIARLOS O ELIMINARLOS Y EVITAR ERRORES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -PORCENTAJE DE EPISODIOS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS SIN PRESCRIPCIONES
- PORCENTAJE DE HISTORIAS CLINICAS CON EPISODIOS SIN APUNTES O IMPRESIÓN DE RECETAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - INICIO EN ABRIL 2011 Y FINALIZACIÓN EN MARZO 2012
- EN ABRIL 2011 REUNIÓN INFORMATIVA Y FORMATIVA GENERAL
- SESIONES INICIALES CON LOS TUTORES EN MAYO-JUNIO 2011, Y POSTERIORMENTE TODO EL AÑO PARA ACLARAR DUDAS, AYUDAS...
- CORTE EVALUADOR A LOS SEIS MESES Y EVALUACIÓN FINAL EN MARZO 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· ORDENADOR PORTATIL 800 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 305

MEJORA DEL REGISTRO DE LA PRESCRIPCION EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI PARA ADECUARLA A LA PRESCRIPCION POR RECETA ELECTRONICA

· PUNTERO INALAMBRICO	80 €
Total	880 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

663

GRUPO DE ENCUENTROS DE MADRES / PADRES CON EL RECIEN NACIDO. ACTIVIDAD GRUPAL A PADRES DURANTE EL PRIMER AÑO DEL VIDA DEL NIÑO/NIÑA

2. RESPONSABLE ELENA ASENSIO MARTINEZ

- Profesión MATRONA
- Centro CS UNIVERSITAS
- Servicio/Unidad .. MATRONA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TIRADO MARIA JESUS. ENFERMERA. C.S. UNIVERSITAS. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Como situación de partida , se da la multifrecuentación en consultas individuales de Matrona y Pediatría durante el primer año de vida del niño, simplemente para solicitar orientación en los cuidados elementales del bebé, no por problemas de salud.

Consultando los entornos profesionales de Matrona y Pediatría, se observa la Lactancia Materna en primer lugar y todo el entorno de la digestión en segundo lugar como las dudas y confusiones más frecuentes en los nuevos padres.

Una orientación sencilla de obtener y eficaz, mejora notablemente el grado de bienestar de la nueva familia, disminuyendo ansiedades, temores y falsos mitos que interfieren con una crianza saludable.

Favorecer la comunicación de los padres entre ellos, enriqueciendo su confianza en el desarrollo de sus bebés.

Apotar a la madre información precisa sobre los cuidados de ella durante el primer año de vida de su hijo, que favorezcan la salud de la madre y del niño (alimentación, ejercicio físico, ámbito laboral)

La experiencia del tiempo anterior nos avala en la seguridad de estas afirmaciones y en la disminución del nº de consultas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el grado de bienestar en la nueva familia. desde el confort de los padres.

Potenciar la Lactancia Materna desde el inicio.

Potenciar el mayor tiempo posible , superior a los 6 meses que recomienda la O.M.S. la L.M.

Disminuir los trastornos leve de los niños en la edad temprana, que se devengan de la aplicación de cuidados básico.

Apoyar a la madre si lo desea, en reforzar la L.M. cuando se incorpora al mundo laboral.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Este apartado tenemos dudas de como cumplimentarlo correctamente , quedamos a la disposición de todas las mejoras necesarias. Como medidas previstas, desde Octubre del 2007, que comenzamos con esta actividad, para mejorarla asistencia de los padres, informamos de esta actividad desde las primeras consultas individuales de Matrona y Enfermería Pediátrica, y además en los espacios de Matrona y Pediatría se colocan carteles con el calendario y temas seleccionados para refuerzo de los contenidos de cada sesión

El procedimiento empleado para conocer el logro de los objetivos sería a través de la recojida de datos en un formulario tipo, que permita valorar el grado de satisfacción de los participantes y su evaluación posterior.

El procedimiento empleado para conocer el logro de los objetivos sería a través de la recojida de datos en un formulario tipo, que permita valorar el grado de satisfacción de los participantes y su evaluación posterior.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En este apartado, nos sucede como en el anterior, tenemos muchas dudas.

Sería una evaluación del grado de satisfacción de los participantes a través de un formulario tipo.

Otro parametro a evaluar sería el numero de participantes, recojiendo los nombres en cada sesión

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se inicio en octubre del 2007 y se mantiene de la misma forma

Periodicidad: Quincenal.

Fechas : Martes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

663

GRUPO DE ENCUENTROS DE MADRES / PADRES CON EL RECIEN NACIDO. ACTIVIDAD GRUPAL A PADRES DURANTE EL PRIMER AÑO DEL VIDA DEL NIÑO/NIÑA

Horario de 10,30H. a 12H. (quedando el espacio abierto a permanecer los padres más tiempo si entre ellos lo deean).

Aula : 33 de . S. Universitat

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Colchonetas de suelo, 10 unidades	300 €
· Equipo informático actualizado de soporte para el responsable de la actividad ...	1.000 €
· Juguetes de Desarrollo psicomotor de 0 a 1 año	300 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES. Tenemos muchas dudas en los apartados de evaluación.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

106

PUESTA EN PRACTICA DE UNA CUENTA DE CORREO ELECTRONICO PARA MEJORAR EL ACCESO A UNA CONSULTA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE CARMEN VILLANUEVA RODRIGUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS UTEBO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARVI SOLER PAULA. ENFERMERA. CS UTEBO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestra zona de asistencia sanitaria se caracteriza por ser una población joven y el trabajo de los padres/tutores les dificulta la accesibilidad a la consulta. Teniendo en cuenta el uso cada vez mas habitual, por la población general, de nuevas teconologias, se planifica crear una cuenta de correo para facilitar la atención de aquellas consultas que no requieran la presencia y/o exploración del niño. Consideramos que el uso del correo electrónico como herramienta complementaria a la consulta, puede ser un instrumento fundamental, para orientar a los usuarios de forma incluso más meditada y razonada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de la asistencia prestada, aumentando el tiempo de comunicación con el usuario. Facilitar la accesibilidad a aquellos usuarios con dificultades horarias para acudir a la consulta médica o de enfermería. Involucrar de forma más activa al profesional de enfermería en las actuaciones de la consulta. Hacer partícipe al paciente de su cuidado. Orientar el autocuidado y la promoción de la salud a través de informaciones breves y de enlaces a páginas webs de interés desde el punto de vista de la salud. Mejorar la utilización de los recursos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Apertura de una cuenta de correo electrónico específica.

Entrega en la consulta, tanto médica como de enfermería, de una hoja informativa con normas de buen uso. Esta hoja se oferta a todos los usuarios que tengan interés por este nuevo medio de comunicación. Lectura de los correos electrónicos recibidos, todos los días de lunes a viernes a las 8h30' y se vuelve a realizar en otro momento, si se puede, a lo largo de la mañana. Compromiso de respuesta de los correos en un tiempo máximo de 48h, excepto en fines de semanas y periodo vacacional. Se sugiere abordar principalmente cuestiones de educación para la salud, consultas administrativas, y consejos en el manejo de determinadas situaciones de salud. A través del correo electrónico podemos enviar material educativo, bibliografía, enlaces a páginas webs de interés y calidad desde el punto de vista médico, y realizar el seguimiento de alguna patología crónica. Encuesta de satisfacción. Estudio de incidencias: correos no recibidos, spam.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de "consultas virtuales"

Grado de satisfacción de los usuarios.
Tiempo medio de respuesta al correo electrónico.
Tiempo medio de gestión de la "consulta virtual"
Consultas realizadas por categorías:

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 106

PUESTA EN PRACTICA DE UNA CUENTA DE CORREO ELECTRONICO PARA MEJORAR EL ACCESO A UNA CONSULTA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

- Burocráticas= % consultas burocráticas/consultas totales
- EPS= % c. EPS/c. totales
- Consejo = % c.consejo /c. totales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diseño y puesta en marcha: julio 2010

Periodo de divulgación: desde julio 2010 y sigue abierto

Evaluación: julio 2011

No hay fecha de finalización, dependerá de la valoración evaluación satisfactoria o no de esta experiencia, tanto por el usuario, como por nuestra parte.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador (puesto de trabajo) 8100 ELITE SFF HP Ref: 3-1-50988-0	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 049

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS CONSULTAS DE UN EAP. ESTUDIANDO LOS LISTADOS DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES A TRAVES, DE DATOS DE CARTERA DE SERVICIOS OMI. AÑO 2009

2. RESPONSABLE MARIA JESUS BLASCO PEREZ-ARAMENDIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS VALDEFIERRO
- Servicio/Unidad .. CS VALDEFIERRO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERA. CS VALDEFIERRO. ENFERMERA DE ADULTOS
- VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO. CS VALDEFIERRO. ENFERMERO DE ADULTOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras revisar los datos de GESTION, se detecta la existencia de un número no desdeñable de pacientes hiperfrecuentadores, que en la mayoría de los casos generan retrasos en las consultas, por lo que decidimos valorar las posibles causas de su demanda frecuente e intentar en lo posible una adjudicación más ajustada de los tiempos por paciente y patología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar los pacientes hiperfrecuentadores (mediante listados) de cada cupo por parte de medicina de familia , enfermería y pediatría .Nos proponemos valorar si estos pacientes presentan pluripatologías y/o comorbilidad que hacen necesaria su frecuentación por motivos de salud o si precisan otro tratamiento fuera de nuestro ámbito asistencial , poder ajustar esas demandas a nuestra planificación de tiempo y recursos y en lo posible generar unas citas más coherentes, logrando menos demora en tiempo y conseguir una respuesta mejor a sus necesidades reales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Exposición en el equipo de resultados de eficiencia en 2009 (que son los últimos datos aportados por Gerencia)

2.-Obtención de listados de los 20 pacientes pluriconsultantes de cada cupo.

3.-Reunión de equipo y exposición de proyecto y reparto de tareas

4.-Estudio de listado de pacientes por parte de cada miembro del equipo

5.-Elaboración de informe de cada cupo respecto a los hallazgos de cada listado de hiperfrecuentadores. Estudio del peso de los ACG's de cada paciente, valoración de posibles causas del nº elevado de consultas.

6.-Exposición de hallazgos y medidas tomadas sobre decisiones de mejora.

7.-Valoración de la frecuentación y listados de hiperfrecuentadores del año 2011.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-% de pacientes hiperfrecuentadores.

a) pacientes Hiperfrecuentadores /población atendida.

2-Mantener índices de eficiencia en ACG'S. a través de datos cartera de OMI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

actividad año:2011 año: 2012

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS CONSULTAS DE UN EAP. ESTUDIANDO LOS LISTADOS DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES A TRAVES, DE DATOS DE CARTERA DE SERVICIOS OMI. AÑO 2009

act 7

act 8

x

x

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material de equipamiento administrativo 1.500 €
Total 1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

631

PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACEUTICA DEL CENTRO SALUD VALDEFIERRO EN COLABORACION CON FARMACEUTICOS SIN FRONTERA

2. RESPONSABLE JOSEFA LOMBARDO MURILLO

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro CS VALDEFIERRO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OROZCO GONZALEZ FERNANDO. MEDICO. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- PEDRUZO GARCIA LORETO. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- LAZARO RUBIO ISABEL. AUXILIAR ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- BARTOLOME LALANZA LUCIA. PEDIATRA. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ LABARTA ROSA. MEDICO. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- APARICIO TORNAI NURIA. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Partiendo de la experiencia previa de Centro de Salud Oliver de un programa de asistencia farmacéutica para pacientes con escasos recursos económicos y dada la frecuencia en las consultas de Trabajadora Social de solicitud de prestación económica para pago de medicamentos prescritos por médicos del sistema de salud, y considerando que la respuesta institucional y de organizaciones es escasa y de difícil acceso, vemos factible la realización de un Programa de Mejora de la Asistencia a dicho colectivo con la colaboración de la ONG Farmaceuticos sin Frontera que lleva a cabo la financiación de medicamentos en situaciones especiales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Presentar el Programa de Farmacéuticos sin Fronteras al Equipo. Recogida de propuestas.
2.- Elaborar un protocolo de actuación.
3.- Captar los pacientes susceptibles de inclusión en el Proyecto de Calidad.
4.- Registrar los pacientes incluidos y actualización de altas y bajas.
5.- Cuantificar que % de los pacientes derivados son incluidos en el Proyecto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Presentación del Programa de Asistencia Farmaceutica 4º mundo de Farmaceuticos sin Fronteras en reunión de equipo.
2.- Reunión del Equipo de Calidad para elaborar el protocolo de actuación y presentación al Equipo.
3.- a) Captación de pacientes susceptibles de inclusión en el Proyecto de Mejora de Calidad por parte de todo el equipo.
b) Valoración y derivación de los casos detectados por los MAP y Pediatría a Trabajadora Social mediante P-10, en el que conste: diagnóstico, tratamiento prescrito, dosificación y duración del mismo.
c) Informe de la trabajadora social para adjuntar al informe médico, receta y autorización de FSF (Farmacéuticos sin Frontera).
d) Envío de documentación (informe médico y social a FSF) y entrega de la autorización y recetas al paciente para retirar la medicación en la oficina de farmacia.

4.- Diseño del documento de registro y seguimiento, por parte del trabajador social

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
INDICADORES

- 1.- Programa SI/NO. Fecha límite 14/04/2011.
2.- Protocolo Actuación SI/NO. Fecha de puesta en marcha 02/05/2011.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 631

PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACEUTICA DEL CENTRO SALUD VALDEFIERRO EN COLABORACION CON FARMACEUTICOS SIN FRONTERA

- 3.- Valoración del 100% de los pacientes derivados por desde las consultas médicas a la trabajadora social.
- 4.-Registro del 100 % de los pacientes incluidos en Programa.
- 5.-Nº de pacientes incluidos/ Nº pacientes derivados.

EVALUACIÓN

- 1.- Programa presentado SI/NO.
- 2.- Protocolo presentado SI/NO
- 3.-Contabilización mediante registro, de pacientes captados e incluidos cada 6 meses.
- 4.-Valoración de problemas surgidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 14/04/2011

Fecha finalización: 14/04/2012

Fecha de inicio del Protocolo de Actuación: 02/05/2011

Contabilización registro: en Octubre de 2011 y Abril de 2012.

Reto de actividades serán diarias.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DE OFICINA/INFORMATICA	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 321

MEJORA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS II MEDIANTE UN PROGRAMA DE INTERVENCION A CARGO DE MEDICINA DE FAMILIA-ENFERMERIA

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN MARTINEZ-RAPOSO PIEDRAFITA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS VALDEFIERRO
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESCUSA VILLAFRANCA ALFREDO. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
 - ESTEBAN JIMENEZ OSCAR. MEDICO. .
 - GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
 - MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
 - TORNAY NURIA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
 - TORRES RUBIO FERNANDO. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
 - SOLER PARDINILLA MARIA JESUS. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La DM es una enfermedad crónica de alta prevalencia (6-12 %)y alto costo social y con gran impacto en el sistema sanitario determinado por el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas que produce. Un mejor control glucémico y de los factores de riesgo asociados a la enfermedad, repercutirá en una menor incidencia de complicaciones micro y macrovasculares . Según muchos estudios, si se manejan con efectividad los niveles de glucemia, HbA1c, lípidos, Tensión arterial y se propugnan cambios de estilo de vida, se consigue una mejora de la calidad de vida del paciente y una disminución del costo sanitario que suponen las complicaciones de la enfermedad. Existen experiencias en AP, en las que la implantación de un programa de revisión y seguimiento a cargo del Medico y Enfermero (revisión del protocolo y plan de cuidados, modificación de tratamiento farmacológico si procede, consejos de hábitos saludables) consigue una mejora en todos los parámetros y una mayor adherencia al tratamiento. A partir de los datos del Programa de Gestión , en los que la HbA1c, es uno de los indicadores, constatamos que es posible mejorar. Revisados los pacientes en cartera de Servicios Atención a Crónicos-Diabetes (OMI), el año 2010, iniciamos un pequeño programa de intervención médico-enfermería, que centramos en los Diabéticos Mellitus Insulino-dependientes, puesto que enfermería tiene una elevada carga de trabajo y era demasiado ambicioso, extenderlo a todos los pacientes incluidos en dicho servicio. El objetivo es conseguir un mejor control de los pacientes diabéticos Mellitus tipo II (HbA1c y otros parámetros) mediante un programa de intervención específico médico-enfermera, en el que se valorará en una primera fase la situación y posteriormente una revaloración de los pacientes, modificando terapias se procede e intensificando los consejos específicos del programa de atención al paciente diabético

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento, hemos valorado solamente los pacientes DM Insulinodependientes, y a pesar de los problemas en un primer momento de implantación, hemos conseguido los siguientes resultados:
- *Pacientes DM con HbA1c <7 en última determinación:47.77% Partiamos de 28.98 % 58.57 %
 - *Pacientes DM con petición HbA1c en último año: 80.11% Partiamos de 58.57%
 - *Pacientes DM incluidos en cartera Atención a Pacientes Crónicos: 100% Partiamos de 94.5
 - *IMC en pacientes diabéticos : 78% Desconocíamos el dato
 - *Consejo específico: dieta, ejercicio, hábitos saludables: No tenemos aún datos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar los indicadores y por tanto la atención a los pacientes Diabéticos :
- *HbA1c>7 : 57%
 - *HbA1c en último año: 90 %

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 321

MEJORA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS II MEDIANTE UN PROGRAMA DE INTERVENCION A CARGO DE MEDICINA DE FAMILIA-ENFERMERIA

- *Pacientes incluidos: 100%
- *IMC :90 %
- *Consejo especifico: 90 %
- *Calculo riesgo cardiovascular: 50

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Búsqueda activa de los pacientes diabéticos y recogida de datos para programar la intervención Medico-Enfermería. Hasta este momento se han realizado las actividades programadas en pacientes diabéticos tipo II insulino-dependientes. En esta segunda fase hemos ampliado a todos los pacientes diabéticos tipo II y ya se han distribuido los listados para posterior programación por cada mini-equipo médico-enfermera.

2.- Consulta programada medico o enfermería, para revisión de historia clínica de cada paciente en esta primera fase, se ha realizado con los pacientes DM II insulino-dependientes, detección de síntomas y signos de complicaciones, años de evolución de la enfermedad, revisión de peso, talla, IMC, TA, y revisión de glucemias, revisión de tratamientos y solicitud de analítica con HbA1c si no las tenían en el último año o bien en la última determinación estaban en fuera de rango. Así mismo se proporciona consejo sobre hábitos saludables (dieta, ejercicio, abandono hábitos tóxicos). Posterior reevaluación de los pacientes tras esta intervención. Está realizada en un 60% de los pacientes seleccionados en la primera fase de este programa de mejora.

3.- Presentación al equipo de los resultados obtenidos

4.- Ampliación de las actividades citadas en el punto 2 a todos los pacientes DM II.

5.- Además de las actividades mencionadas, hemos añadido a realizar en todos los pacientes DM tipo II, el cálculo de riesgo cardiovascular, que es otro objetivo en otra línea de mejora y reevaluable en cartera de servicios

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Pacientes DM con HbA1c <7 en ultima determinación (dato de gestión)

2.-Pacientes DM con cifras de HbA1c en último año (dato gestión)

3.- Atención a Pacientes DM: Pacientes incluidos en el servicio (dato gestión)

4.-IMC en pacientes diabéticos: Evaluación de los pacientes OMI

5.-Consejo especifico : Evaluación de los pacientes OMI

6.-Calculo de riesgo cariovascular: Evaluación de los pacientes OMI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto ya está iniciado desde el año pasado, y hemos empezado en éste, de alguna manera es un proyecto continuo En el primer trimestre, se han vuelto a dar a cada medico-enfermero, el listado de los pacientes diabéticos a su cargo, y ellos se organizan las actividades. Los indicadores proporcionados por gerencia,son fáciles de seguir, los demás serán evaluados en octubre-noviembre de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material Oficina-Informatico	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 050

1. TÍTULO

ACCIONES DE UN EAP PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR Y SU IMPLICACION EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA CON EL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR).

2. RESPONSABLE ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS VALDEFIERRO
- Servicio/Unidad .. CS VALDEFIERRO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ-RAPOSO PIEDRAFITA MARIA CARMEN. MEDICO. CS. VALDEFIERRO. MEDICO DE FAMILIA
- GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERA. CS. VALDEFIERRO. ENFERMERA DE ADULTOS
- MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERA. CS. VALDEFIERRO. ENFERMERA DE ADULTOS
- APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERA. CS. VALDEFIERRO. ENFERMERA DE ADULTOS
- TORRES RUBIO FERNANDO. MEDICO. CS. VALDEFIERRO. MEDICO DE FAMILIA
- PEREZ LABARTA ROSA MARIA. MEDICO. CS. VALDEFIERRO. MEDICO DE FAMILIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Causas de la baja implementación del control de INR en pacientes con TAO a través de sistema punción capilar.

1- Respecto a los pacientes:

- a) Resistencia al cambio de CS. al HCU.
- b) Condicionamientos debidos a la información que reciben por parte de algún hematólogo.
- c) Falta de información sobre la eficacia del TAO.

2- Profesionales:

- a) Falta de motivación sobre el indicador, sensibilización y concienciación del mismo.
- b) Sentimiento de mayor carga de trabajo.
- c) Visión de que el TAO. proporciona escaso beneficio para el paciente, solo mejora la accesibilidad.
- d) Desconfianza sobre sus valores y variabilidad respecto al laboratorio.
- e) Miedo a cometer errores.
- f) Dudas sobre su indicación.
- g) Falta de información sobre la situación de la estabilidad en el resultado de los controles.

3- Organización:

- a) No hay una sistemática para fomentar y captar a los pacientes pasados seis meses iniciales con ACO.
- b) Falta de coordinación Médico/Enfermer@ para captar este tipo de ptes.
- c) Falta de responsable de este indicador en el CS.

4- Materiales

- a) El sistema informático no admite dosis con medios miligramos DTS.

Creemos necesaria la implicación de E.A.P. de salud, para el mejor seguimiento y control de los pacientes con Tto. ACO. anticoagulación oral, através del sistema Coaguchek, tanto en el CS. como en autocontrol domiciliario

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de pacientes incluidos en control de INR. a través del sistema punción capilar (Coaguchek).

Mejorar el grado de cumplimiento de los rangos establecidos de INR. Para cada paciente según su patología de base.

Aumentar el número de los pacientes. con ACO. que estén dentro del sistema de autocontrol domiciliario INR.

capilar y que cumplan criterios de capacitación personal.

Aumentar el grado de satisfacción de los ptes. con ACO. y que estén dentro del sistema de autocontrol domiciliario INR. capilar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Elección de responsable del indicador TAO.

- b) Sesiones formativas en cuanto a sistema de registro en sistema OMI.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

050

ACCIONES DE UN EAP PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR Y SU IMPLICACION EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA CON EL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR).

- c) Sesiones formativas Presentación a modo de recordatorio de la Guía y formación destrezas y habilidades en seguimiento de ptes. En TAO.
- d) Recuerdo en sesiones de equipo de la importancia del indicador para reforzar, a modo de feedback dentro del EAP.
- e) Búsqueda de materiales de apoyo folletos carteles etc. y redes sociales que están interesadas en este indicador (asociación de ptes con ACO) y autocontrol.
- f) Organización de las consultas para conseguir una mejor coordinación Médico/Enfermer@.
- g) Difusión en el EAP. de dichas actividades.
- h) Captación en la sala de extracciones a los pacientes con ACO. Y control en HCU.
- i) Revisión de posibles mejoras del proyecto de forma dinámica.
- j) Evaluación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se realizan reuniones del EAP. Para la implicación del mismo, en las acciones de implementación del sistema de control del INR en pacientes con TAO. A través del sistema de punción capilar Coaguchek.

Consiguiendo:

1-Respecto a los pacientes:

- a) Aumento del conocimiento por parte de los pacientes del control del INR. a través del sistema de punción capilar Coaguchek.
- b) Vencer resistencias de los pacientes, en cuanto a la fiabilidad del sistema de seguimiento de TAO. Con el sistema de punción capilar coaguchek.
- c) Realizar formación para aumentar su conocimiento y llegar al autocontrol de su INR. De forma individual.

2-Profesionales:

- a) Aumento del conocimiento de la técnica y manejo de pacientes con TAO y su control de INR. Con el sistema de punción capilar Coaguchek.
- b) Disipación de las dudas de su indicación y mejor accesibilidad para el paciente con TAO. Y su control de INR. Con este sistema.

3-Organización:

- a) Mayor coordinación entre Médico/a/Enfermera/o, para el seguimiento de los pacientes.
- b) Establecer un sistema de captación para los pacientes con TAO. mayor de seis meses, para que estos sean controlados con el sistema de punción capilar Coaguchek.

4- Materiales:

- a) Aumento del número aparatos de Coaguchek.

5- Resultados que se han conseguido.

- a) Aumento el número de pacientes incluidos en control de INR. a través del sistema punción capilar (Coaguchek). A fecha de 31 de Diciembre 2010 106 pacientes.

- b) Aumento del grado de cumplimiento de los rangos establecidos de INR. Para cada paciente según su patología de base.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implicar a los componentes del EAP. en la implementación del sistema de control de INR, en pacientes con TAO. con punción capilar Coaguchek.

Aumentar el número de pacientes que realizan autocontrol de su INR. con punción capilar a través del sistema Coaguchek.

Mantener y si es posible mejorar la eficiencia, del EAP. en el buen control de rango INR, según patología de base.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Elección de responsable del indicador TAO.

b) Sesiones formativas en cuanto a sistema de registro en sistema OMI.

c) Sesiones formativas Presentación a modo de recordatorio de la Guía y formación destrezas y habilidades en seguimiento de ptes. En TAO.

d) Recuerdo en sesiones de equipo de la importancia del indicador para reforzar, a modo de feedback dentro del EAP.

e) Búsqueda de materiales de apoyo folletos carteles etc. y redes sociales que están interesadas en este indicador (asociación de ptes con ACO) y autocontrol.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

050

ACCIONES DE UN EAP PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR Y SU IMPLICACION EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA CON EL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR).

- f) Organización de las consultas para conseguir una mejor coordinación Médic@/Enfermer@.
- g) Difusión en el EAP. de dichas actividades.
- h) Captación en la sala de extracciones a los pacientes con ACO. Y control en HCU.
- i) Revisión de posibles mejoras del proyecto de forma dinámica.
- j) Realización de cursos de formación para los pacientes con TAO. que el EAP. crea que están capacitados para ser incluidos en el sistema de autocontrol de INR a través del sistema de punción capilar con Coaguchek.
- k) Seguimiento de los pacientes en las consultas del EAPs. por el personal de enfermería.
- l) Evaluación del proyecto en Diciembre 2011.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes dentro de rango INR. través de registro O.M.I.
- Número de pacientes que aceptan autocontrol individual domiciliario, en tratamiento con ACO. A través de sistema Coaguchek y porcentaje que representan frente al total, y que pueden ser incluidos por sus conocimientos y capacidades personales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Formación de Grupo de Calidad (continuidad y nuevos miembros).
2- Reuniones del EAP. Para la presentación. Del proyecto Febrero 2011.
3- Implementación del proyecto Marzo 2011.
4- Análisis de barreras detectadas de forma dinámica.
5- Puesta en marcha de las estrategias de mejora y medidas correctoras.
Presentación al EAP en reunión de equipo, Marzo 2011.
Elección responsable del programa, Marzo 2011
Sesiones formativas en cuanto al sistema de registro, Marzo 2011.
Sesiones formativas, presentación a modo de recordatorio de la Guía y de destrezas y habilidades en el seguimiento de pacientes con TAO.
Recuerdos frecuentes de la importancia de este proyecto al EAP.
Exponer resultados parciales a modo de refuerzo, feedback.
Búsqueda y organización de materiales educativos, como folletos, paginas de Internet, redes de apoyo, para entregar a los usuarios.
Organización de la consulta y coordinación de médic@/enfermer@.
6- Difusión del proyecto de mejora y captación de pacientes para el proyecto.
7- Revisión y estudio del proyecto a través de registro en OMI, Noviembre 2011.
8- Evaluación y resultados, Diciembre 2011.
9- Posterior análisis y seguimiento de las medidas adoptadas, Enero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|---------|
| · Materiales de equipamiento informático (Cañon de ordenador | 1.500 € |
| Total | 1.500 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

FORMACION EN NORMATIVA LOPD (LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALE) APLICADA AL AMBITO SANITARIO EN ATENCION PRIMARIA (HISTORIA CLINICA-OMIAP, BDU).

2. RESPONSABLE PEDRO IGNACIO ESCRIBANO SANCHEZ

- Profesión OTROS
- Centro GERENCIA DE SECTOR
- Servicio/Unidad .. GESTION Y SS.GG
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BORQUE MEDRANO NURIA. RESPONSABLE DE SEGURIDAD ELECTRONICA. GERENCIA DE SALUD. CGIPC

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la atención a pacientes deben ser garantizados sus derechos tanto en lo relacionado a una correcta atención sanitaria como en el respeto a sus derechos fundamentales, entre los cuales, y dado el cada vez extendido uso de la Historia Clínica Electrónica, aparece como relevante el correcto tratamiento de sus datos personales, siendo el caso del ámbito sanitario, de especial sensibilidad al tratarse de datos de carácter de protección alto.

En la situación actual el personal clínico de Salud no ha recibido ninguna norma o protocolo de actuación en lo que respecta a la confidencialidad en el tratamiento de los datos clínicos y personales de los pacientes, lo que deriva en que cada día se enfrenta a dudas puesto que surgen de forma habitual conflictos entre la corecta atención sanitaria y el respeto estricto de la norma, que por otra parte, no se conoce en detalle. Es objetivo del presente proyecto realizar formación como introducción al conocimiento de la misma y su correcta aplicación en la gestión sanitaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocimiento de la norma por parte de los profesionales clínicos

- Proporcionar seguridad a nuestros profesionales a la hora de enfrentarse a casos en los que pueda verse comprometida la confidencialidad del paciente
- Extender la buena práctica clínica hacia la buena práctica en la atención a pacientes, observando la totalidad de sus derechos en la misma
- Garantizar la protección de los datos personales de los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Formación estructura en sesiones de corta duración con orientación práctica a la aplicación de la LOPD en la atención sanitaria.

Dirigida a los coordinadores de los centros de salud de todos los sectores sanitarios como formación a formadores para su extensión posterior a todos los profesionales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de sesiones de formación realizadas

Número de coordinadores formados

Cobertura sectorial y por zona de salud

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en septiembre de 2011 y finalización en noviembre de 2011

Análisis promenorizado de la necesidad y situación actual, así como de los conflictos habituales surgidos

Preparación de la formación

1 sesión de formación de formación de una duración estimada de 5 horas en cada uno de los sectores sanitarios

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Servicios de formación 2.500 €
- Gastos de desplazamiento 500 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 341

FORMACION EN NORMATIVA LOPD (LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALE) APLICADA AL AMBITO SANITARIO EN ATENCION PRIMARIA (HISTORIA CLINICA-OMIAP, BDU).

Total 3.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

128

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SECTOR III

2. RESPONSABLE PABLO VELA CONDON

- Profesión MEDICO/A
- Centro UNIDAD DOCENTE MFYC SECTOR III CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. DIRECCION ATENCION PRIMARIA. UNIDAD DOCENTE MFYC
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLAVERDE ROYO MARIA VICTORIA. MEDICO, TECNICO SALUD PUBLICA. UNIDAD DOCENTE MFYC SECOTOR III CALATAYUD. UNIDAD DOCENTE MFYC SECTOR III
- CISNEROS IZQUIERDO ASUNCION. TECNICO DE SALUD PUBLICA. SERVICIOS CENTRALES SALUD ATENCION PRIMARIA. SALUD SERVICIOS CENTRALES
- HERNANDEZ DEL MOLINO ESTHER. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. UNIDAD DOCENTE MFYC SECTOR III. UNIDAD DOCENTE MFYC SECTOR III. C.S JOSE RAMON MUÑ
- VERON ROY PEÑA. TECNICO IMAGEN-COMUNICACION. C.S. JOSE RAMON MUÑOZ. RETINOGRAFIA ATENCION PRIMARIA SECTOR II
- ROYO BURRIEL AMPARO. ENFERMERA. CENTRO MEDICO ESPECIALIDADES. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- ALVAREZ PARDO JOSE LUIS. MEDICO ATENCION PRIMARIA. C.S MIRALBUENO GARRAPINILLOS. C.S MIRALBUENO GARRAPINILLOS
- MORALES FERRUZ RAQUEL. MIR 3º AÑO. CS DELICIAS SUR (DRONDA). ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector III-Calatayud coordina actualmente la formación y gestión de personal de un total de 71 residentes que realizan su formación en distintos dispositivos asistenciales.

Entre los distintos los dispositivos asistenciales que conforman la Unidad están un total de 10 Centros de Salud Acreditados, a los que hay que sumar dispositivos de apoyo como son el Hospital Clínico Universitario, el Hospital Ernest LLuch (con más de 20 Servicios por los que rotan nuestros residentes), el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias 061, 4 Centros de Salud Rurales en los que nuestros residentes realizan guardias o Centros que colaboradores como el Centro de Solidaridad.

Actualmente la Unidad ha ido trabajando hacia la organización por procesos que mejoran la organización y medición de resultados de distintas actividades que conforman nuestro día a día y que nos permite la acreditación de personas y centros como Docentes.

Algunos de los procesos más importantes que forman nuestro mapa cero de procesos son:

- Gestión de atención continuada: organización de guardias y su gestión con los distintos profesionales y servicios,
- Gestión de conocimiento: la organización de actividades docentes que permitan cumplir con el programa de la Especialidad al tiempo que ofertar cursos tanto para tutores como para residentes de otras especialidades afines.
- Gestión de competencias: organización de estancias formativas para cumplir con los itinerarios formativos del programa oficial de la especialidad.
- Procesos de apoyo como son : gestión de personal, gestión de material y recursos formativos; y el procedimiento de evaluación de residentes, centros y actividades formativas (acreditaciones).

Todo ello forma parte de un plan integral de calidad que necesariamente exige mejorar la comunicación entre los distintos agentes implicados que forman parte de la Unidad, y que realizamos bajo el marco de este proyecto el año pasado creando la página web que

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el curso pasado 2010-2011 hemos realizado como parte de nuestro proyecto de integral de mejora

Diseño del proceso de gestión de personal. Creación del formulario informatizado. Programación de la página web para la aplicación del proceso. Objetivo: papel cero, contestación a el 100% solicitudes en 48 horas vía mail o telefónica.

Diseño de la herramienta y programación de la web para la implementación del diseño realizado el año previo del catálogo de material de formación del Sector III. Se han cursado sin incidencias un total de 97 solicitudes de material y un total de 139 días de ocupación de las aulas dando servicio a 12 centros

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

128

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SECTOR III

solicitantes: UD Sector I, Dirección Sector III, Unidad Calidad Sector III, Gerencia 061, CS Bombarda, C.S Valdefierro, C.S Delicias Sur, C.S Daroca, C.S Miralbueno, Dirección HCU Programa Formación en Competencias Comunes, Hospital Ernest Lluch Urgencias, COMZ, Universidad de Zaragoza CUEMUN. Diseño de la herramienta e implementación del proceso de gestión de atención continuada (guardias) vía web. Implementado desde noviembre de 2010. Actualmente el proceso se realiza en un 100% vía web y telefónica. Con un total de resultados: 9485 visitas a la sección de guardias desde más de 10 centros del sector.

Hemos diseñado e informatizado 3/6 procesos del mapa cero=50%. Se han procesado vía página web el 42,22% de las peticiones de gestión de personal (instaurado en septiembre). El trabajo del equipo ha sido altamente satisfactorio. Se han cerrado dos de los procesos más importantes de la Unidad: Gestión de Personal y Gestión de Atención continuada, y un proceso de apoyo (gestión de material y préstamos). No obstante quedan por completar e informatizar el proceso de gestión de conocimiento (formación presencial y on line), en el que se ha avanzado pero será la línea de trabajo para el 2011, el proceso de gestión de competencias (itinerarios formativos o rotatorios por centros y servicios) y el proceso de evaluación que actualmente es el que se encuentra más retrasado respecto a su informatización y diseño. Enlace a página web donde se puede consultar toda la actividad del proyecto realizada hasta el momento.

<http://www.udz3c.es>

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseño de un proceso de difusión de conocimiento, con la creación de un catálogo de actividades formativas realizadas por la Unidad
2. Diseño e implementación de un proceso de gestión de competencias (rotaciones por distintos dispositivos y centros acreditados).
3. Diseño de un proceso de evaluación e informatización, que nos permita realizar una evaluación de residentes, docentes y centros acreditados de forma continuada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Diseño de un catálogo de actividades formativas a realizar durante periodo 2011-2012 (Técnico Salud- Técnico de Imagen)
2. Diseño de un itinerario formativo para los distintos residentes en formación en los distintos centros acreditados para docencia esto supone aumentar el número de reuniones y vistas a centros realizando como mínimo 1 visita por semestre a cada uno de los centros acreditados pactando con todos ellos los objetivos docentes del programa. (Jefe de estudios - Técnico de Salud)
3. Difusión del catálogo de actividades formativas y de los itinerarios docentes a través de las Comisiones de Docencia y visitas a centros y reuniones con los responsables de docencia de centros y Servicios, así como publicitación en página web, de todas sus posibles actualizaciones. (Jefe de estudios- Técnico Salud- Técnico imagen).
4. Diseño de un proceso de evaluación continuada (actualmente hay un corte evaluativo anual en abril) que incluya un mínimo de tres cortes anuales a difundir en las distintas Comisiones de Docencia, Centros y Servicios. (Técnico de Salud)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº DE VISITAS A LA WEB/AÑO
2. NÚMERO DE PROCESOS INFORMATIZADOS /TOTAL DE PROCESOS
3. NÚMERO DE INCIDENCIAS (CAMBIOS O ANULACIONES) EN LAS ACTIVIDADES DOCENTES PLANIFICADAS/ TOTAL ACCIONES FORMATIVAS
4. NÚMERO DE CORTES DE EVALUACIÓN INTERMEDIOS REALIZADOS Y CERRADOS MEDIANTE TUTORIAS DURANTE EL PERIODO DOCENTE 2011-2012 PREVIOS A LA EVALUACIÓN FINAL.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO-ABRIL-MAYO 2011: DISEÑO ITINERARIO FORMATIVO, PACTADO CON CENTROS Y SERVICIOS ACREDITADOS PARA DIFUNDIR EN LA ACOGIDA DE RESIDENTES MAYO 2011.

MAYO-JULIO. DISEÑO DE CATÁLOGO Y PLANIFICACIÓN Y CIERRE CON LOS GRUPOS DOCENTES DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS A REALIZAR JULIO 2011- JULIO 2012
DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES FORMATIVAS (TUTORES Y RESIDENTES): JULIO-SEPTIEMBRE-DICIEMBRE-MARZO-MAYO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

128

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SECTOR III

EVALUACIÓN CONTINUADA: DISEÑO ABRIL-MAYO-JUNIO. EJECUCIÓN CORTES EN SEPTIEMBRE-ENERO-MAYO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

617

CREACION DE CONSULTAS DE ENFERMERIA EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ

2. RESPONSABLE ISABEL PEREZ BARRIOS
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
 - Servicio/Unidad .. CONSULTA CIRUGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BENITO AZNAR CARMEN. ENFERMERIA. INOCENCIO JIMENEZ. CONSULTA DE NEUMOLOGIA
 - VICO TEBAR ISABEL. ENFERMERIA. INOCENCIO JIMENEZ. CONSULTA DE NEUMOLOGIA
 - JIMENEZ BENEDIT MIRIAM. ENFERMERIA. INOCENCIO JIMENEZ. CONSULTA DE NEUMOLOGIA
 - PALOMAR MACARRON HORTENSIA. ENFERMERIA. INOCENCIO JIMENEZ. CONSULTA DE NEUROLOGIA
 - BRUSCAS MAICAS LUCIA. ENFERMERIA. INOCENCIO JIMENEZ. CONSULTA DE CIRUGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

La labor que los profesionales sanitarios desempeñamos diariamente, vienen marcada por los cambios tecnológicos, las nuevas patologías... pero sobretodo por las necesidades de los usuarios. Una necesidad que plantean éstos es la continuidad de sus cuidados a través de los distintos niveles asistenciales, y es aquí donde las enfermeras de especializada tienen una oportunidad de mejora. En estos momentos se están realizando actividades asistenciales, educación sanitaria... pero nada de ello queda reflejado en ningún documento de Enfermería, por lo cual no se puede realizar la continuidad de sus cuidados, ni existe la comunicación entre los profesionales enfermeros. Además, actualmente, se está definiendo el mapa competencial de las enfermeras de consultas en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud para la acreditación de estos profesionales, y adaptándonos a él creemos necesario elaborar un documento de Historia de Enfermería en Consultas de Especializada y así mismo elaborar planes estandarizados para los diagnósticos enfermeros más prevalentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Continuidad de cuidados en el usuario
- Elaboración de un documento para seguir la evolución del paciente
- Elaborar planes de cuidados estandarizados de los diagnósticos enfermeros más prevalentes con lenguaje normalizado (NANDA, NIC, NOC)
- Adhesión al lenguaje normalizado de la Comunidad Enfermera
- Implementar el uso del documento en las consultas piloto (neumología, cirugía y neurología)
- Aumentar el nivel de satisfacción del usuario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se formará el grupo de mejora
2. Se realizarán reuniones para tomar todas las decisiones de forma consensuada y debatirlas en caso de necesidad
 3. Revisión bibliográfica para conocer la situación actual del problema en el resto de Centros de Especialidades
 4. Elaboración de planes de cuidados estandarizados y adaptándolos a Consultas de Especializada
 5. Elaboración y diseño del soporte de esta información
 6. Implementación en la consultas piloto
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elaboración de planes estandarizados para las tres Consultas piloto
2. Elaboración y diseño del soporte para la realización del plan de cuidados
 3. Creación de agendas de Consultas de Enfermería

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD****617****CREACION DE CONSULTAS DE ENFERMERIA EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ**

4. N° de pacientes visitados con planes de cuidados registrados en Historia de enfermería en las consultas piloto/ N° de pacientes visitados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del material y cronograma de formación Abril - Mayo 2011
Formación a los profesionales implicados Junio/Septiembre 2011
Implementación del protocolo en las unidades piloto Octubre
Medición primer trimestre 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· DOS ORDENADORES	1.000 €
· PROYECTOR	500 €
· PANTALLA ENROLLABLE	200 €
· MATERIAL DE IMPRENTA	400 €
· MATERIAL DIDÁCTICO	400 €
Total	2.500 €

11. OBSERVACIONES. Hemos rectificado con Nieves López (calidad HCU) el proyecto de mejora de calidad del Inocencio Jimenez. Les remitimos la nueva solicitud con el fin de anular la que se envió el día 31 de marzo con el título "Educación sanitaria para pacientes que acuden a consultas médico-quirúrgicas al centro de especialidades Inocencio Jiménez".
Disculpen las molestias, gracias.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 037

1. TÍTULO

USO DE LOS MEDIOS DE INFORMACION (INTRANET), PARA LA MEJORA DE LA ATENCION AL TRABAJADOR, EN EL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO

2. RESPONSABLE JOAQUIN AGUILAR LOU

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FELIX MARTIN MANUELA. DUE. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SUPERVISORA U.ENF
- ACHA AIBAR BEATRIZ. DUE. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- ARIPESES TORRES PILAR. DUE. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- SERRANO BARCOS LAURA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- SANTAMARIA MORENO LUCIA. DUE. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- SANTAMARTA CHARTE MARIA DOLORES. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- PUEYO ROYO NOELIA. DUE. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales (UBPRL) tiene como objetivo la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores, frente a los riesgos derivados del trabajo.

En este sentido, el accidente de trabajo con riesgo biológico, es en el medio sanitario de gran importancia por los posibles efectos sobre la salud del trabajador, suponiendo además un riesgo añadido, por sus potenciales efectos sobre la salud pública.

Durante el año 2010 se atendieron, en nuestra UBPR del sector III, un total de 122 accidentes de trabajo con riesgo biológico.

Los riesgos potenciales, son la transmisión de enfermedades como, Hepatitis B, Hepatitis C y VIH, patologías que pueden producir una grave afectación del estado de salud del trabajador y un alto coste social y económico.

El conocimiento de las pautas de actuación, mediante la facilidad en el acceso a la información necesaria y la rápida puesta en práctica por parte del trabajador de dichas pautas, son fundamentales para minimizar los riesgos y disminuir los costes económicos añadidos.

Sin embargo, desde la UBPR del sector III hemos percibido que, frecuentemente, el trabajador desconoce las pautas de actuación correctas a seguir ante un accidente de trabajo con riesgo biológico (inoc

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Dar a conocer los recursos disponibles, para poder llevar a cabo una correcta utilización y aprovechamiento óptimo de los mismos.

- Mejorar, la información del trabajador, en las pautas de actuación ante el accidente de trabajo con riesgo biológico, con el fin de minimizar las situaciones de riesgo y sus posibles efectos para la salud.
- Adecuar los recursos disponibles, a las necesidades percibidas.
- Mejorar la coordinación entre la UBPR del sector III y los trabajadores que dependen de ella.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 037

USO DE LOS MEDIOS DE INFORMACION (INTRANET), PARA LA MEJORA DE LA ATENCION AL TRABAJADOR, EN EL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO

- Mejorar la calidad de la atención prestada a los trabajadores del sector III en la atención al accidente de trabajo con riesgo biológico.

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

Con el fin de conseguir los objetivos previamente enunciados, se desarrollarán las siguientes actividades:

- 1.- Puesta en funcionamiento del enlace PRL, en la intranet del sector III, y su actualización, así como inclusión de nuevos contenidos.
- 2.- Elaborar y difundir el documento, "pautas de actuación en el accidente de trabajo con riesgo biológico" .
- 3.- Mejorar los registros de accidente con riesgo biológico de UBPR del sector III.
- 4.- Información al trabajador mediante:
 - El documento, "pautas de actuación en el accidente de trabajo con riesgo biológico".
 - El acceso, Prevención de Riesgos Laborales y su contenido específico, en la intranet del sector III.
 - Cartas informativas a servicios, unidades y atención primaria.
 - Comunicación a mandos intermedios, para implicarlos en el procedimiento.
 - Reuniones informativas en servicios, unidades, atención primaria.
 - Comisiones y comités de seguridad y salud.
 - Otras charlas específicas.

RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES

- 1-Puesta en funcionamiento del enlace en intranet: Dr. Joaquín Aguilar Lou.
- 2-Elaboración del documento "pautas de actuación en el accidente de trabajo con riesgo biológico": Dr. Joaquín Aguilar Lou.
- 3-Elaboración de las cartas informativas: Dr. Joaquín Aguilar Lou.
- 4-Adecuación de los registros internos: Dra. Laura Serrano Barcos
D^a. Beatriz Acha Aibar
- 5-Envío de las cartas informativas: Dr. Joaquín Aguilar Lou.
- 6-Información a los mandos intermedios: D^a Manuela Félix Martín.
- 7-Reuniones con servicios, unidades y AP: Dra. M^a Dolores Santamaría Charte.
- 8-Información en comisiones, comités: Dr. Joaquín Aguilar Lou.
- 9-Recogida de datos para el estudio: D^a Beatriz Acha Aibar.
D^a Pilar Aripes Torres*/Noelia Pueyo Royo**.
D^a Lucía Santamaría Moreno.
- 10-Elaboración de la encuesta de satisfacción: Dr. Joaquín Aguilar Lou.
- 11-Implementación de la encuesta: D^a Beatriz Acha Aibar.
D^a Pilar Aripes Torres*/Noelia Pueyo Royo**.
D^a Lucía Santamaría Moreno.
- 12-Valoración e informe de los resultados obtenidos: Dr. Joaquín Aguilar Lou.

(*) D^a Pilar Aripes Torres. Actualmente en situación de IT.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

037

USO DE LOS MEDIOS DE INFORMACION (INTRANET), PARA LA MEJORA DE LA ATENCION AL TRABAJADOR, EN EL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO

(**) D^a Noelia Pueyo Royo. Está realizando en actualidad sustitución, por incapacidad temporal de D.^a Pilar Aripes Torres, participará en el proyecto de mejora mientras dure su adscripción a la UBPR.L.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ACCESIBILIDAD.-
1). Acceso de los trabajadores a la Intranet:

[Centros, servicios, unidades, jefaturas, que disponen de acceso a intranet] /
[Total de centros del Sector]

Resultado esperado: >70%

Fuente: los datos aportados por el servicio de Informática del HCU.

2). Acceso de los trabajadores a la información:

[Trabajadores que hicieron uso del procedimiento (1) en caso de accidente Biológico] /
[Total de trabajadores accidentados por acc. Biológico que acudieron a la UBPR.L]

(1) información en la intranet del sector III ó documentos informativos proporcionados.

Resultado esperado: >50 %

Fuente: los datos aportados por el trabajador cuando notifica el accidente a la UBPR.L.

CALIDAD EN EL SERVICIO PRESTADO.-

1). Inicio temprano de la actuación:

[Trabajadores que iniciaron el procedimiento en las primeras 24 horas tras accidente] /
[Total de trabajadores accidentados por acc. Biológico]

Resultado esperado: >90%

Fuente: datos recogidos cuando se notifica el accidente en la UBPR.L.

2). Demora en la notificación a la UBPR.L sector III:

[Suma de tiempos transcurridos (h), desde el accidente hasta notificación a UBPR.L (2)] / [Total de pacientes atendidos]

(2) Excluido del computo de horas las correspondientes a sábados, domingos y días festivos.

Resultado esperado: media de los tiempos < 48 horas

Fuente: los datos recogidos cuando se notifica el accidente en la UBPR.L.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 037

1. TÍTULO

USO DE LOS MEDIOS DE INFORMACION (INTRANET), PARA LA MEJORA DE LA ATENCION AL TRABAJADOR, EN EL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO

3). Atención conforme al procedimiento:

[Trabajadores que Iniciaron correctamente el procedimiento acc. biológico (3)] /
[Trabajadores accidentados por acc. biológico]

(3) Solicitaron: Consentimiento informado y extracción de sangre a la fuente de la exposición, Comunicación al responsable del Servicio y extracción de sangre al trabajador accidentado.

Resultado esperado: > 80 %

Fuente: los registros de atención al accidente biológico de la UBPR del sector III.

4). Procedimiento completado:

[Trabajadores. que terminaron el procedimiento completo acc. biológico (4)] /
[Total de trabajadores que lo iniciaron]

(4) Realizaron la totalidad de los controles establecidos en el procedimiento de seguimiento del accidente biológico (en el periodo estudiado).

Resultado esperado: > 80 %

Fuente: los registros de atención al accidente biológico de la UBPR del sector III.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.-

1). Satisfacción de los usuarios del servicio, respecto a la accesibilidad de la información:

[Trab. que consideraron la accesibilidad a la información como buena/muy buena] /
[Total de trabajadores atendidos por acc. Biológico en la UBPR]

Resultado esperado: > 80 %

Fuente: cuestionario de satisfacción elaborado al efecto.

2). Satisfacción de los usuarios del servicio, respecto al trato recibido en la UBPR del sector III:

[Trab. que consideraron el trato recibido como bueno/muy bueno] /
[Total de trabajadores atendidos por acc. Biológico en la UBPR]

Resultado esperado: > 80 %

Fuente: cuestionario de satisfacción elaborado al efecto.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 037

USO DE LOS MEDIOS DE INFORMACION (INTRANET), PARA LA MEJORA DE LA ATENCION AL TRABAJADOR, EN EL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO

3). Satisfacción global de los usuarios en el procedimiento desarrollado:

[Trab. cuya satisfacción global con el procedimiento desarrollado fue bueno/muy bueno] / [Total de trabajadores atendidos por acc. Biológico en la UBPR]]

Resultado esperado: > 80 %

Fuente: cuestionario de satisfacción elaborado al efecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES:

- 1.- Puesta en funcionamiento del enlace PRL en intranet del sector III.-
1er cuatrimestre del año 2011.
- 2.- Elaboración del documento, Pautas de actuación en el accidente de trabajo con riesgo biológico (PAATRB).-
1er semestre del año 2011.
- 3.- Redacción de cartas informativas.-
1er cuatrimestre del año 2011.
- 4.- Adecuación de los registros internos de la UBPR sector III.-
2º semestre del año 2011.

INFORMACION AL TRABAJADOR/OTROS:

- 5.- Envío de cartas informativas a Servicios/Unidades/Atención Primaria.-
2º cuatrimestre del año 2011.
- 6.- Información a mandos intermedios.-
2º cuatrimestre del año 2011
- 7.- Información en reuniones con Servicios/Unidades/Atención Primaria.-
2º semestre del año 2011.
- 8.- Información en Comisiones/Comités/Otras.-
Cuando dichas comisiones/comités/otras, sean convocadas.

OTRAS ACTIVIDADES:

- 9.- Recogida de datos para valoración de Indicadores de accesibilidad, calidad y encuesta de satisfacción.-
1 noviembre del 2011 al 31 de octubre del 2012 (un año).
- 10.-Elaboración de la encuesta de satisfacción.-
mes de octubre 2011

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 037

USO DE LOS MEDIOS DE INFORMACION (INTRANET), PARA LA MEJORA DE LA ATENCION AL TRABAJADOR, EN EL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO

11.-Implementación de la encuesta de satisfacción.-
Cuando el trabajador accidentado, termine el procedimiento seguido.

12.-Evaluación e informe.-
Ultimo trimestre del año 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Video proyector marca EPSON Modelo EB-1723. Ref. 6-1-50815-0	646 €	
· Elaboración de folletos informativos	150 €	
· Impresora Láser Color marca EPSON-C3800DN. Ref. 3-5-51037-0	280 €	
Total	1.076 €	

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 669

1. TÍTULO

REVISION DE FARMACOS INADECUADOS EN EL ANCIANO

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ALLENDE BANDRES

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ LAIGLESIA FERNANDO JOSE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- MONTIS PELEGAY FRANCISCO JOSE. FARMACEUTICO JEFE DE SERVICIO. FARMACIA. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las principales preocupaciones relacionadas con la seguridad en la atención prestada a los ancianos es la cantidad de fármacos que esta población consume. Estos pacientes presentan generalmente pluripatologías lo que genera una polifarmacia, que les expone a la aparición problemas relacionados con la medicación, falta de adherencia, efectos adversos.. Además, por los cambios fisiopatológicos que se dan con la edad presentan una mayor sensibilidad a los efectos adversos por lo es necesario una valoración rigurosa de la eficacia y de la seguridad de los tratamientos que se les prescriben. Con el objetivo de mejorar la seguridad y efectividad de estos tratamientos, se han publicado a lo largo de los años listados de fármacos que no deberían usarse en pacientes mayores, como el de fármacos inapropiados de Beers o de fármacos considerados ineficaces o el listado de fármacos de baja utilidad terapéutica (UTBs). Estos listados se han usado para la revisión de los tratamientos, publicándose diversos estudios al respecto. Sin embargo, los medicamentos incluidos en estas listas necesitan ser revisados y actualizados periódicamente por expertos con las nuevas evidencias que van surgiendo, eliminado los fármacos obsoletos, incluyendo fármacos de reciente comercialización que son los que presentan mas problemas de seguridad y los fármacos que han demostrado en diversos estudios ser los causantes de la mayor parte de reacciones adversas en ancianos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante la revisión de la bibliografía más recientes y partiendo de los listados validados citados, se pretende obtener una relación de fármacos que no deberían usarse en ancianos, por presentar riesgo de efectos adversos o por no tener una eficacia demostrada. Una vez obtenida dicha relación, se pondrá en marcha un plan para la mejora de la farmacoterapia en todos los pacientes ancianos que ingresan en medicina interna, procediendo a la revisión sistemática de todos los tratamientos, por parte del médico y farmacéutico que valoraran la posible modificación de los mismos según dichos listados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Partiendo de los listados validados existentes (criterios de Beers, listado de fármacos UTBs, criterios STOPP y START), se revisará la bibliografía más reciente y se elaborará un listado actualizado de fármacos considerados inadecuados en pacientes mayores, proponiendo además, si procede, las alternativas terapéutica más segura. Se consensuará entre el Servicio de Farmacia y el Servicio de Medicina Interna los tratamientos inadecuados en ancianos. Posteriormente se procederá a la difusión a todos los facultativos responsables de estos pacientes del plan de mejora de los tratamientos farmacológicos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de listado consensuado entre medicos y farmacéuticos de fármacos inadecuados en ancianos.(SI/NO)
Nº pacientes con tratamientos inadecuados /total pacientes ingresados
Nº pacientes con tratamiento inadecuado suspendido o modificado/ total pacientes con tratamiento inadecuado susceptibles de ser suspendido o modificado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión de la bibliografía y elaboración listado de fármacos inadecuados en ancianos: mayo-junio 2011

Difusión e implantación del plan de actuación para la mejora de la farmacoterapia: junio-diciembre 2011

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

669

REVISION DE FARMACOS INADECUADOS EN EL ANCIANO

Medida de resultados: diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portatil para reuniones de trabajo	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

360

DIFUSION Y ACTUALIZACION DE ASPECTOS LEGALES DE APLICACION EN EL AMBITO PROFESIONAL EN ONCOLOGIA MEDICA

2. RESPONSABLE RAQUEL ANDRES CONEJERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MURILLO JASO LAURA. MEDICO. CLINICO LOZANO BLESA. ONCOLOGIA MEDICA
- LAMBEA SORROSAL JULIO. MEDICO. CLINICO LOZANO BLESA. ONCOLOGIA MEDICA
- TRES SANCHEZ ALEJANDRO. MEDICO. CLINICO LOZANO BLESA. ONCOLOGIA MEDICA
- TEJERO LOPEZ TERESA. ENFERMERA. CLINICO LOZANO BLESA. HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es necesario conocer con exactitud la legislación existente que es aplicable en nuestro ámbito laboral con la finalidad de dar una correcta atención a los usuarios. Por ello, consideramos adecuado actualizar nuestros conocimientos sobre los aspectos legales y éticos del ámbito de la medicina.

La revisión a realizar deberá incluir cómo mínimo los siguientes temas:

- obtención de consentimiento informado.
- información a pacientes y familiares/allegados sobre la enfermedad.
- registro de voluntades anticipadas.
- secreto profesional.

También se contempla en este proyecto la difusión de la ley de muerte digna que se ha presentado recientemente como proposición de ley y que será publicada más adelante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se ha obtenido ningún resultado

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera que todo el personal de Oncología Médica y Hospital de Día tenga los conocimientos legales necesarios para realizar correctamente su actividad laboral.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La actualización de los conocimientos de la legislación existente se realizará a modo de sesiones impartidas por los facultativos del Sº de Oncología médica: Dr. Lambea, Dra. Murillo y Dra. Andrés, a todo el personal (auxiliares, enfermeras, MIR, médicos) del Servicio de Oncología Médica y del Hospital de Día.

La legislación que es necesario revisar se repartirá en un mínimo de tres sesiones a realizar durante el año 2011 y serán impartidas por los profesionales mencionados previamente. Se hará difusión de dichas sesiones al Servicio de Oncología Médica y al Hospital de Día, pero también a otros profesionales que colaboran con nosotros como los pertenecientes ESAD y psicooncología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. REALIZACIÓN DE AL MENOS TRES SESIONES DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ASPECTOS LEGALES EN MEDICINA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el año 2011 se realizaran tres sesiones, 1 antes de Junio y las otras dos restantes durante los meses de octubre a Diciembre de 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

TRAMITACION DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE LITIASIS URINARIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPOREA VIA E-MAIL

2. RESPONSABLE BENJAMIN BLASCO BELTRAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLARROYA RODRIGUEZ SERAFIN. MEDICO. HCU ZARAGOZA. UROLOGIA
- SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO. HCU ZARAGOZA. UROLOGIA
- MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO. HCU ZARAGOZA. UROLOGIA
- FERRUZ GIMENEZ MONTLER. ENFERMERA. HCU ZARAGOZA. UROLOGIA
- GONZALEZ VARGAS FRANCISCA. ENFERMERA. HCU ZARAGOZA. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Litotricia del HCU Zaragoza es el Centro de referencia de la Comunidad Autónoma de Aragón para el tratamiento de la litiasis urinaria por Ondas de Choque Extracorporea.

Hasta la fecha, las "Solicitudes de tratamiento" y pruebas complementarias necesarias para este tratamiento se reciben por correo interno. Desde la digitalización de las imágenes radiológicas en todos los Hospitales estamos teniendo problemas para la recepción de las mismas,obteniéndolas unas veces de manera convencional, en CD otras y de ninguna manera en algunos casos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Agilizar la recepción de solicitudes disminuyendo la demora.

- Homogeneizar el sistema de envío-recepción.
- Crear una Base de Datos de imágenes, que hasta ahora no existe, de gran importancia para controles posteriores o nuevos procesos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creemos que las siguientes propuestas de "Mejora de la Calidad" que a continuación exponemos pueden cumplir nuestras expectativas:

- Dirección de e-mail Institucional para la recepción de "Solicitudes y Pruebas".
- Promocionar dicho sistema entre todos los Hospitales y Centros de la Red Sanitaria Aragonesa.
- Elaboración de Plantilla Word para las "Solicitudes de tratamiento".

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existencia de una dirección e-mail. Estandar = Si.

- Recepción de Solicitudes por este Sistema. Estandar = > 50% el primer año; > 80% el segundo año.
- Recepción de las imágenes por este Sistema. Estandar = > 50% el primer año; > 80% el segundo año.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de Inicio: cuando se obtenga la dirección e-mail solicitada y tras su pertinente publicidad. La medida de los indicadores se hará cuando finalice el proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Como necesidad secundaria, sería conveniente disponer de un ordenador cuyas prestaciones faciliten la gestión y almacenamiento de todos los archivos recibidos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

TRAMITACION DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE LITIASIS URINARIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPOREA VIA E-MAIL

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 196

1. TÍTULO

TENGO UNA OSTOMIA, ¿QUE ES ESTO?, ¿QUE HAGO AHORA?.

2. RESPONSABLE SARA BUENO FENERO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA B
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ PEREZ ANA VICTORIA. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. CIRUGIA B
- LAMPEREZ BUENO MARTA. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. CIRUGIA B
- SISAMON GIL ROSA MARIA. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. CIRUGIA B
- FRANCO HERNANDEZ ANA. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. CIRUGIA B
- TEJERO BAETA MARTA. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. CIRUGIA
- DIARTE ABENIA MARIA DEL CARMEN. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. CIRUGIA B
- MONTON SERRANO ANGEL. ENFERMERIA ESTOMATERAPEUTA. HCU LOZANO BLESA. CONSULTA ESTOMATERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El equipo de enfermería del servicio de cirugía B, ha observado la necesidad de crear un folleto informativo para la educación sanitaria del paciente recién ostomizado y su red de cuidadores.

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte en la actualidad y su incidencia está aumentando en los países desarrollados, por tanto un gran porcentaje de la población es susceptible de ser portador de una ostomía.

La cirugía es el tratamiento de primera elección, muy eficaz, pero a su vez supone un gran impacto en la vida del paciente por la agresión física, psíquica, funcional y relacional, que requiere una atención integral e interdisciplinaria para mejorar la calidad de vida.

El manejo de una ostomía se ve influenciado por la edad, la educación, los valores adquiridos durante la vida, actitudes, la cultura y el estado físico, por lo que suele ser necesaria la ayuda de profesionales conocedores del cuidado del estoma.

Ser portador de un estoma crea una gran incertidumbre inicial en cuanto al tipo de vida y actividades que se pondrán llevar a cabo, por tanto la información acerca de posibles complicaciones, tipos de dispositivos, higiene y cuidado en general, hará que la persona ostomizada sea sujeto activo en el proceso de adaptación-aceptación, teniendo a su alcance gran variedad de estrategias de afrontamiento ante las diferentes situaciones que aparecerán por la convivencia con un estoma de eliminación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Familiarización del paciente con el cuidado de la ostomía.

- Manejar el estoma al alta.
- Afrontar de forma directa y activa la situación para intentar dominarla y ayudarle a desarrollar y usar distintas estrategias.
- Fuente de sociabilidad, autoestima e identidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reuniones de los componentes del equipo.

- Recopilación de información.
- Folleto informativo ilustrado.
- Inclusión de 2 grupos de pacientes:
 - Validación del folleto.
 - Comprensión del folleto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pt ostomizados con información al alta / número de pt con ostomía
Número de pt con ostomía / numero de pacientes operados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

196

TENGO UNA OSTOMIA, ¿QUE ES ESTO?, ¿QUE HAGO AHORA?.

Grado de comprensión del folleto por parte de los pacientes
Número de pt a los que se entrega el folleto / número pacientes ostomizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero-Febrero 2011: reuniones del grupo. Diseño de los temas a incluir. Diseño de las tareas.
Marzo 2011: Búsqueda bibliográfica. Reuniones miembros del equipo.
Abril 2011: Comienzo del diseño del folleto informativo.
Abril-Mayo 2011: Entrega folletos.
Julio 2011: Finalización del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresión y realización del folleto	1.000 €
· USB	200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

646

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA CONTROL DE LICENCIAS DE OPERADOR/SUPERVISOR DE INSTALACIONES RADIACTIVAS DEL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE MIGUEL CANELLAS ANOZ

- Profesión RADIOFISICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANGELES VALIENTE MARIA. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- RIBAS BALLARIN MARIA ANGELES. RADIOFISICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- RUIZ MANZANO PEDRO. RADIOFISICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- CORTES RODICIO JESUS. RFIR RESIDENTE DE RADIOFISICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- LALIENA VICTOR. RFIR RESIDENTE DE RADIOFISICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- AGUIRRE COLLADO AURORA. TER RX. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- FERRER GONZALEZ LUISA. TER RT. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Informatizar la gestión de toda la documentación necesaria para llevar a cabo de forma eficiente el proceso de concesión/Renovación de las Licencias de Operador/Supervisor, exigidas por la Legislación vigente, y expedidas por el Consejo de Seguridad Nuclear. Actualmente se realiza de forma manual.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Automatizar al máximo la gestión de toda la documentación generada por los procesos de concesión/renovación de este tipo de licencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Análisis, en tiempo y espacio, de toda la documentación a presentar ante el Consejo de Seguridad Nuclear (en adelante CSN), Pago de tasas, Solicitud, Instancia personal, Reconocimiento médico, Certificado de misiones expedido por el titular, etc.
Responsable: Todos los componentes del equipo

2.- Elaboración y programación de la base de datos: Miguel Canellas, Jesús Cortés

3.- Introducción de datos en la base: M^aÁngeles Valiente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1. Porcentaje de registros actuales introducidos en la base a partir de los registros en papel existentes. (Indicador >= 100%)

Indicador 2. Porcentaje de registros Históricos introducidos en la base a partir de los registros en papel existentes. (Indicador >= 85%)

Indicador 3. Porcentaje de trámites de licencias presentadas en plazo ante los diferentes servicios implicados, en los que solo interviene el servicio de Física y Protección Radiológica. (Indicador >=90)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio. En el momento de ser aprobada la acción de mejora.
Fin. Ocho meses después de ser aprobada la acción de mejora.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 646

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA CONTROL DE LICENCIAS DE OPERADOR/SUPERVISOR DE INSTALACIONES RADIATIVAS DEL SECTOR ZARAGOZA III

2 meses: Análisis, en tiempo y espacio, de toda la documentación a presentar ante el Consejo de Seguridad Nuclear (en adelante CSN), Pago de tasas, Solicitud, Instancia personal, Reconocimiento médico, Certificado de misiones expedido por el titular, etc.
Responsable: Todos los componentes del equipo

3 meses: Elaboración y programación del la base de datos: Miguel Canellas, Jesús Cortés

3 meses: Introducción de datos en la base: M^aÁngeles Valiente

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañón de Proyección EPSON EB-1723 referencia 6-1-50815-0	647 €
Total	647 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 016

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL DE INCREMENTO PONDERAL DURANTE EL EMBARAZO

2. RESPONSABLE BELEN CARAZO HERNANDEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUEDA MARIN SILVIA. FEA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SANZ LOPEZ ALEJANDRO. FEA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PEREZ HIRALDO PILAR. JEFE DE SERVICIO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BESCOS SANTANA ELENA. FEA. CASAR EJEJA Y TARAZONA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- IBAÑEZ BURILLO PATRICIA. FEA. CASAR EJEJA Y TARAZONA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- NASSAR MELIC NADIA. FEA. CASAR EJEJA Y TARAZONA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La obesidad, que es la enfermedad metabólica más prevalente en los países desarrollados, es uno de los grandes problemas globales de salud no resueltos(1, 2). Más de un tercio de las mujeres de entre 25 y 35 años presentan sobrepeso (índice de masa corporal (IMC= 25-29,9 kg/m²) u obesidad

(IMC =30 kg/m²)(3). Centrando esta patología en gestantes, el 34 % de las mujeres embarazadas presentan IMC =25 kg/m² (4).

Las gestantes obesas presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante la gestación, el parto y el postparto. De este modo, al inicio del embarazo, la obesidad aumenta la incidencia de aborto espontáneo y de anomalías congénitas fetales (5). Asimismo durante el embarazo, la obesidad puede incrementar la incidencia de complicaciones crónicas de la salud materna (insuficiencia cardiaca crónica, proteinuria, hígado graso no alcohólico, apnea del sueño entre otros), de patologías relacionadas con el embarazo (tales como diabetes gestacional o preeclampsia), y de macrosomía fetal (6). Durante el parto, la paciente obesa tiene un mayor riesgo de practicársele una intervención cesárea o de tocurgia (7); Además, la obesidad puede aumentar la incidencia de complicaciones anestésicas, infección, complicaciones en la herida quirúrgica y trombosis venosa profunda (6). Por último, la obesidad materna también se asocia con un aumento de la incidencia de partos pretérmino, de mortalidad perinatal, y con un incremento de ingresos neonatales en unidades de cuidados intensivos(8,9).

Teniendo en cuenta todo lo que hemos explicado anteriormente, se recomienda perder peso a las mujeres con sobrepeso u obesidad antes del embarazo mediante cambios en su estilo de vida y limitar la ganancia ponderal durante el embarazo en este tipo de paciente (6,10); Sin embargo, existen escasos estudios que valoren los resultados de la dieta y cambios en el estilo de vida de las pacientes (11).

Solamente el 30% de las mujeres gestantes consiguen una adecuada ganancia de peso y más del 50% presentan una excesiva ganancia (12). Las mujeres con sobrepeso antes del embarazo son más vulnerables a una excesiva ganancia ponderal durante la gestación (13).

Tras el parto, muchas mujeres quedan con exceso de peso y el riesgo de que esto ocurra está directamente relacionado con la ganancia ponderal durante el embarazo (14), el peso pregestacional, la dieta seguida durante la gestación o la disminución de la actividad física. A las 6 semanas después del parto, se retienen como media de 3 a 7 kg del peso ganado durante el embarazo, con aproximadamente el 66% de las pacientes excediendo el peso de antes del embarazo (14), con lo que se está aumentando el riesgo de problemas de salud a largo plazo.

Así pues, podemos actuar en distintos momentos para conseguir variar el estilo de vida de las pacientes. Pregestacionalmente, se debe fomentar la pérdida de peso en las mujeres con sobrepeso explicando cuidadosamente las complicaciones asociadas a éste (16,17). El embarazo es un período óptimo para cambios de hábitos alimenticios y de estilo de vida y actividad física por la gran motivación de las pacientes aunque hay que tener en cuenta, que no es un buen momento para perder peso agresivamente y la ganancia ponderal debe limitarse a lo indicado en las guías clínicas (Institute Of Medicine guidelines); sin embargo, se debe animar a las pacientes a realizar una actividad física aeróbica (6,18). Finalmente, en el postparto se debe intervenir precozmente con un enfoque amplio para conseguir resultados con mayor impacto a largo plazo (15).

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series Number 894. Geneva: WHO, 2000.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

PROGRAMA DE CONTROL DE INCREMENTO PONDERAL DURANTE EL EMBARAZO

2. Gutiérrez-Fisac JL, Banegas-Banegas JR, Artalejo FR, Regidor E. Increasing prevalence of overweight and obesity among Spanish adults, 1987-1997. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24: 1677-82.
3. Cameron AJ, Welborn TA, Zimmet PZ. Overweight and obesity in Australia: the 1999_2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study. *MJA*. 2003;178:427-432.
4. Callaway LK, Prins JB, Chang AM, McIntyre HD. The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *MJA*. 2006;184(2):56-59.
5. Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009 Feb 11;301(6):636-650.
6. Catalano PM. Management of obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb;109(2 Pt 1):419-433.
7. Sebire NJ, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, Regan L, Robinson S. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(8):1175-82.
8. Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J. Obesity and pregnancy: complications and cost. *Am J Clin Nutr*. 2000;71:1242-1248.
9. Chatterji S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 1998;338:147-152.
10. Cedergren MI. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcomes in Sweden. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;93:269-274.
11. Dodd JM, Crowther CA, Robinson JS. Dietary and lifestyle interventions to limit weight gain during pregnancy for obese or overweight women: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(7):702-706.
12. Oken E. Excess gestational weight gain amplifies risk among obese mothers. *Epidemiology* 2009;20:82-83.
13. Walker LO. Managing excessive weight gain during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Sep-Oct;36(5):490-500.
14. Walker LO, Sterling BS, Timmerman GM. Retention of pregnancy-related weight in the early postpartum period: implications for women's health services. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005 Jul-Aug;34(4):418-427.
15. Keller C, Records K, Ainsworth B, Permana P, Coonrod DV. Interventions for weight management in postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 Jan-Feb;37(1):71-79.
16. Satpathy HK, Fleming A, Frey D, Barsoom M, Satpathy C, Khandalavala J. Maternal obesity and pregnancy. *Postgrad Med*. 2008 Sep 15;120(3):E01-9.
17. Yu CK, Teoh TG, Robinson S. Obesity in pregnancy. *BJOG*. 2006 Oct;113(10):1117-1125.
18. Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD000032.
19. Artal R. Weight gain recommendations in pregnancy. *Expert. Rev. Obstet. Gynecol*. 2008;3(2):143-145.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

PROGRAMA DE CONTROL DE INCREMENTO PONDERAL DURANTE EL EMBARAZO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar e intervenir en el periodo preconcepcional sobre las pacientes con sobrepeso, obesidad u otros factores de riesgo para ganar demasiado peso durante la gestación.

Proporcionar información y orientación a pacientes con sobrepeso u obesidad para optimizar la ingesta calórica y la actividad física diaria durante la gestación abandonando conceptos erróneos.

Intervenir en el periodo postparto de dichas pacientes para continuar el control de peso con prevención y tratamiento del sobrepeso u obesidad.

En las pacientes susceptibles del control de ganancia ponderal durante el embarazo, disminuir incidencia de enfermedades metabólicas relacionadas con el embarazo (diabetes gestacional, preeclampsia) mediante el control de peso.

Reducir la incidencia de macrosomía fetal en el grupo de nuestra acción de mejora.

Reducir la incidencia de realización de cesárea o tocurgia vaginal en el parto de estas pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MÉTODOS

En nuestra actividad asistencial diaria incluiremos como pacientes de nuestro proyecto de mejora de calidad a:

1. Mujeres con deseo de embarazo que presenten alguna de estas características:

- sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m²)
- obesidad (IMC =30 kg/m²)
- diabetes o intolerancia a la glucosa pregestacional
- gestación previa con excesiva ganancia de peso - según IOM guidelines-
- gestación previa con macrosomía (peso del recién nacido > 4000g)
- gestación previa con diabetes gestacional o intolerancia a glucosa

2. Mujeres con aumento de peso excesivo durante el primer trimestre de actual embarazo (>4 kg).

3. Mujeres con diagnóstico de diabetes gestacional o intolerancia a la glucosa en actual embarazo.

MÉTODOS

El trabajo que debemos desarrollar para conseguir nuestros objetivos se realizará dentro del calendario de visitas en consultas de ginecología o de obstetricia.

1. En el caso de mujeres que manifiesten deseo gestacional y sean pacientes con criterios de inclusión deberemos realizar las siguientes acciones:

- Anamnesis con elaboración de historia dietética y registro de actividad física
- Exploración física con medida de peso, talla e IMC.
- Cálculo de requerimientos calóricos y explicación de la dieta adecuada a cada paciente
- Información nutricional
 - o consejos para una buena alimentación
 - o consejos para preparar la mesa
 - o consejos para realizar la compra
 - o consejos para comer fuera de casa
 - o recomendaciones dietéticas cualitativas y frecuencia de consumo de alimentos
- Ejercicio físico

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

PROGRAMA DE CONTROL DE INCREMENTO PONDERAL DURANTE EL EMBARAZO

- o explicación de los efectos saludables y beneficiosos del ejercicio físico
- o adecuada prescripción de ejercicio físico teniendo en cuenta el tipo de ejercicio adecuado para cada paciente, la intensidad, duración y frecuencia.
- Información de riesgos y consecuencias adversas del exceso de peso en el embarazo, parto y postparto
- Análisis con bioquímica básica, perfil metabólico y hormonas tiroideas
- 2. En mujeres gestantes con los criterios de inclusión anteriormente explicados realizaremos nuestro control de ganancia ponderal durante las visitas de control gestacional. En cada una de las consultas de estas pacientes haremos un control de peso (tal como se viene haciendo habitualmente). Sin embargo haremos especial hincapié en las siguientes consultas para tener visión general de cómo va evolucionando el peso de la paciente.
 - SEMANA 8-12^a
 - o Anamnesis con elaboración de historia dietética y registro de actividad física
 - o Registro de evolución ponderal desde inicio embarazo
 - o Exploración física con medida de peso, talla e IMC
 - o Explicación de dieta de 1800 kcal
 - o Información nutricional
 - ? Consejos para una buena alimentación
 - ? Consejos para preparar la mesa
 - ? Consejos para realizar la compra
 - ? Consejos para comer fuera de casa
 - ? Recomendaciones dietéticas cualitativas y frecuencia de consumo de alimentos
 - o EJERCICIO FÍSICO
 - ? Efectos saludables y beneficiosos del ejercicio físico
 - ? Programación saludable del ejercicio físico: adecuada prescripción según cada paciente teniendo en cuenta intensidad, duración y frecuencia del ejercicio y las condiciones individuales de las pacientes (tanto a nivel físico como de preferencias de elegir distintos tipos de ejercicio físico)
 - ? Valorar si existen contraindicaciones para realizar ejercicio durante el embarazo
 - o Información y consecuencias adversas del exceso de peso en el embarazo, parto y postparto
 - o Análisis con parámetros nutricionales (si no se han solicitado previamente en la analítica de primer día)
 - SEMANA 24-28^a
 - o Evaluación de evolución ponderal
 - o Revisión de registros alimentarios
 - o Ajuste personalizado de dieta según la optimización de control de peso.
 - o Supervisión de actividad física realizada
 - o Análisis con interpretación de test de O'Sullivan y en caso de O'Sullivan patológico Curva Prolongada de Tolerancia Oral de Glucosa
 - SEMANA 34-35^a
 - o Evaluación de evolución ponderal
 - o Revisión de registros alimentarios
 - o Ajuste personalizado de dieta según la optimización de control de peso.
 - o Supervisión de actividad física realizada
 - VISITA 2 MESES POSTPARTO
 - o Exploración física con peso, talla e imc
 - o Evaluación de evolución ponderal desde final embarazo
 - o Dieta personalizada en función de requerimientos calóricos según actividad física y posible lactancia
 - o Programa de ejercicio físico
 - o Análisis con bioquímica básica, perfil metabólico, hormonas tiroideas y parámetros nutricionales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

PROGRAMA DE CONTROL DE INCREMENTO PONDERAL DURANTE EL EMBARAZO

Número de pacientes con obesidad o con sobrepeso que desean gestación.
Número de pacientes con deseo de gestación y Diabetes pregestacional o intolerancia a glucosa.
Número de pacientes con deseo gestacional y con gestación previa con excesiva ganancia de peso -.
Número de pacientes con deseo gestacional con gestación previa con macrosomía (peso del recién nacido > 4000g)
Número de pacientes con gestación previa con diabetes gestacional o intolerancia a glucosa
Número de gestantes con aumento de peso excesivo durante el primer trimestre de actual embarazo (>4 kg) y porcentaje de éstas en relación con el total de pacientes embarazadas de nuestro área de trabajo.
Número de gestantes con sobrepeso u obesidad en embarazo actual y cálculo del porcentaje de estas pacientes y porcentaje de éstas en relación con el total de pacientes embarazadas de nuestro área de trabajo.
Número de pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional o intolerancia a la glucosa en actual embarazo y y porcentaje de éstas en relación con el total de pacientes embarazadas de nuestro área de trabajo.

Cálculo mensual y trimestral del embarazo de la ganancia ponderal individualizada por paciente y general por el grupo objeto de nuestro proyecto de mejora y valorar evolución de dicha ganancia.

Porcentaje de dichas pacientes que desarrollan preeclampsia o/y diabetes gestacional .

Porcentaje de estas pacientes con macrosomía fetal.

Porcentaje de cesáreas o tocurgia en el grupo de pacientes de nuestra acción de mejora.

Porcentaje de estas pacientes con complicaciones postparto y distribución porcentual del tipo de complicaciones.

Se realizará una base de datos mediante programa informático Excel de los casos susceptibles de nuestro control de incremento ponderal donde en la consulta de captación de las pacientes se reflejará el peso, talla e IMC individual, antecedentes personales y si existe alguna alteración analítica.

Posteriormente, durante el control gestacional, se añadirán los datos relativos a la variación ponderal mensual y trimestral, cumplimiento adecuado o inadecuado de la dieta individualizada y del ejercicio físico. También señalaremos alteraciones analíticas que hayan aparecido tras la primera visita.

Asimismo se reflejará en los datos de cada paciente la aparición o no aparición de cualquier patología del embarazo (Diabetes gestacional, preeclampsia, APP) o cualquier patología médica crónica (insuficiencia cardiaca, trombosis venosa...).

Una vez haya sucedido el parto, reflejaremos el inicio de parto y causa de inducción (si el comienzo fuese una inducción), el tipo de parto, la indicación de cesárea o tocurgia, peso del recién nacido, apgar al primer minuto y al quinto minuto y las complicaciones postparto si las hubiere.
Tras la recogida de datos se podrán calcular los indicadores anteriormente mencionados.

A estas pacientes se les indicará que vuelvan a ser evaluadas en consulta dos meses postparto. En esta consulta además del control ponderal, dietético y de ejercicio físico nos podrán comentar complicaciones postparto aparecidas más tardíamente que la estancia hospitalaria y el resultado neonatal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A partir de Marzo de 2011 comenzaremos la captación de las pacientes susceptibles de inclusión en este proyecto desde la primera consulta de embarazo o bien con deseo gestacional manifestado.
En Octubre 2011 podremos empezar a informar sobre los primeros resultados siempre teniendo en cuenta que el grupo de pacientes que genere estos resultados no será numeroso por dos razones. Por un lado, el periodo de tiempo que se valora principalmente en cada paciente es el embarazo y hasta dos meses postparto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

PROGRAMA DE CONTROL DE INCREMENTO PONDERAL DURANTE EL EMBARAZO

(prácticamente un año). Además los criterios de inclusión de las pacientes puede limitar el número de pacientes que participen en nuestro proyecto de mejora.

Por ello, prevemos que este proyecto de mejora puede tener una duración prolongada con el fin de conseguir un grupo amplio de pacientes que constituyan un tamaño de muestra adecuado.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

240

CONTRIBUIR AL USO RESTRINGIDO Y RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER CASTILLO GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUBIO CALVO CARMEN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA
- SERAL GARCIA CRISTINA. FARMACEUTICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA
- BENITO RUESCO RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA
- ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA
- GONZALEZ DOMINGUEZ MARIA. FIR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA
- GARCIA GARCIA CONCEPCION. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA
- GARRIDO BUENACHE ANA. FIR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La inclusión de nuevos antimicrobianos en el hospital no se acompaña actualmente de un plan reglado que establezca la programación más apropiada para estudiar e informar la sensibilidad de aquellos aislamientos clínicos para los que el análisis resulta de mayor interés clínico y/o epidemiológico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se ha realizado ningún proyecto previo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de la información enviada a los servicios del hospital para que tengan la información necesaria desde el Servicio de Microbiología de la sensibilidad antibiótica a un nuevo antimicrobiano.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cuando la Comisión de Farmacia autorice la introducción de un nuevo antimicrobiano en el hospital y en base a los posibles criterios de restricción o indicación que hayan podido establecerse para su uso y dispensación en el Hospital, generar un protocolo reglado de investigación de la sensibilidad a dicho antimicrobiano y de su inclusión en los informes microbiológicos.

-Establecer a qué muestras, a qué pacientes o servicios y a qué microorganismos se elegirán para probar y/o informar el antibiótico.

-Revisar la bibliografía, las recomendaciones de las sociedades nacionales e internacionales de los puntos de corte a establecer para categorizar al antimicrobiano como sensible, intermedio o resistente y elaborar el protocolo de estudio de sensibilidad de dicho antimicrobiano.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de protocolos reglados que establezcan, en cada caso, los criterios y condiciones a cumplir por la muestra, el paciente y/o el microorganismo para ser probados con cada nuevo antimicrobiano que se incluya en la guía terapéutica del hospital

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto: 12 meses

Meses 0 a 12: Cada vez que se apruebe un antimicrobiano en el hospital

- Se establecerá a qué muestras, a qué pacientes o servicios y a qué microorganismos se elegirán para probar y/o informar el antibiótico.

- Se revisará la bibliografía, las recomendaciones de las sociedades nacionales e internacionales de los puntos de corte a establecer para categorizar al antimicrobiano como sensible, intermedio o resistente y elaborar el protocolo de estudio de sensibilidad de dicho antimicrobiano.

Mes 0-12: Configurar en el programa Modugold el nuevo antimicrobiano para poder introducir e informar el resultado de sensibilidad con el resto del antibiograma (único punto que dependemos de los informáticos de IZASA para realizarlo)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

299

CONTINUACION DEL PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE JESUS CEBOLLADA DEL HOYO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. MEDICINA INTERNA
- SANCHEZ MARTELES MARTA. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. MEDICINA INTERNA
- SAMPERIZ LEGARRE PILAR. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los especialistas en Medicina Interna y los médicos de familia de Atención Primaria Compartimos una visión global e integradora de las personas enfermas. Aunque durante un tiempo ambas especialidades mantuvieron posiciones distantes, hoy existe el convencimiento por ambas partes que una comunicación fluida y una colaboración estrecha supone clara ventaja para el paciente y para el Sistema de Salud, facilitando la continuidad en la actividad asistencial y optimizando la utilización de los recursos disponibles. Esta optimización de recursos puede traducirse en aspectos concretos: evitar la multiplicación de Consultas a distintos Especialistas para un mismo paciente, evitar tiempos de demora en patologías relevantes, mejorar la ratio primeras consultas / sucesivas

Durante 2010 se ha implantado y desarrollado un Programa de Coordinación y Colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria de nuestro Sector. 3 Internistas se han desplazado de forma periódica a Centros de Salud del sector donde se han valorado en sesión conjunta casos clínicos y aspectos de práctica clínica. Además se ha proporcionado una dirección de correo electrónico y un teléfono directo de contacto con el internista asignado a cada Centro para resolver aspectos concretos en los periodos entre sesiones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante este año se han incluido en el programa los siguientes Centros de Salud: Bombarda, Miralbueno, Univérsitas y Valdefierro.

Además se ha implantado un modelo de sesiones por videoconferencia con centros de Salud más alejados del entorno urbano, a los que resultaba más complejo acceder en presencia física. Participan en estas videoconferencias de programación mensual: Cariñena (con invitación extendida a Herrera de los Navarros), Epila y Sádaba (invitado: Sos del rey Católico)

En este primer año han tenido lugar 24 Sesiones en total con más de 120 casos comentados. Se ha elaborado un registro de la actividad en las sesiones.

El 90% de los casos comentados se han resuelto en la misma sesión o en sesiones sucesivas. Un 10% aprox de los casos han sido valorados de forma preferente en Consultas Externas de nuestro Hospital con una demora inferior a 10 días.

Desde Atención Primaria se ha transmitido la satisfacción por este modelo de colaboración y su deseo que se amplíe la experiencia con la inclusión de n

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos continuar con los objetivos marcados en el proyecto inicial:

- 1.- Establecer una comunicación directa y fluida entre distintos niveles asistenciales: Atención Primaria y Especializada
- 2.- Limitar demoras en la atención hospitalaria de pacientes seleccionados
- 3.- Reducir el número de Interconsultas a Especialidades Médicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se propone mantener las líneas de actuación que desarrollamos en la actualidad:

1.- Sesiones de Consultoría:

De forma periódica un Médico Especialista en Medicina Interna se desplaza al Centro de Salud para mantener una sesión clínica con los Médicos de Atención Primaria de dicho centro. Durante la sesión se plantearán:

- Casos Clínicos: Se exponen las Historias Clínicas de pacientes pertenecientes al Centro en los que se plantean dudas de orden diagnóstico, terapéutico, interpretación de pruebas complementarias realizadas (análisis, radiografías, electrocardiogramas,...), etc.
- Revisión de aspectos teóricos: Durante las sesiones pueden resolverse también aspectos más generales sobre protocolos, indicaciones y práctica clínica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 299

CONTINUACION DEL PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA

De forma alternativa, en aquellos centros cuya distancia al H.C.U Lozano Blesa haga difícil el desplazamiento del Médico Internista de forma real se plantearán reuniones mediante videoconferencia con el mismo formato y objetivos que los anteriormente expuestos.

2.- Teléfono de contacto:

Dado que las sesiones anteriormente citadas se realizan de forma periódica es posible que en los periodos entre sesiones puedan plantearse cuestiones que requieran una respuesta más rápida o que sea necesario comentar las actuaciones puestas en marcha tras la sesión clínica (resultados de pruebas, respuesta a modificaciones del tratamiento o cambios en el curso clínico del paciente). Para ello el Médico Internista estará localizable de forma diaria durante su horario de actividad habitual mediante un teléfono de contacto directo al que tendrán acceso todos los Médicos del Centro de Salud.

3.- Correo electrónico:

De igual manera se pone a disposición de los Médicos de atención Primaria un correo electrónico de contacto a través del cual se puede mantener contacto habitual con el Médico Internista.

4.- Acceso preferente a Consultas Externas:

Aquellos casos comentados durante las sesiones clínicas o mediante conversación telefónica en los que se considere más adecuada la valoración directa del paciente serán citados en Consultas Externas de Medicina Interna. Cuando la situación lo requiera serán citados en un plazo no superior a siete días. Para ello se reservarán huecos en la programación de las Consultas de Medicina Interna que quedarán a disposición del Médico responsable de la Consulta

Proponemos continuar el modelo de colaboración con los Centros de Salud actualmente incorporados al proyecto e intentar ampliar el número de Centros que participen tanto en la modalidad de reunión presencial como en las reuniones por videoconferencia.

En la actualidad la relación de Médicos Internistas y Centros de Salud es la siguiente:

- Beatriz Amores: C.S. Miralbuena, C.S. Cariñena (Videoconferencia con invitación al C.S. Herrera de los Navarros).
- Jesús Cebollada: C.S. Universitat, C.S. Valdefierro, C.S. Sádaba (Videoconferencia con invitación al C.S. Sos del Rey Católico)
- Pilar Sampérez: C.S. Delicias Norte (iniciado 2011)
- Marta Sánchez: C.S. Bombarda, C.S. Epila (videoconferencia).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Establecer una base de datos que recoja la actividad desarrollada en el programa

2.- Valorar la capacidad de resolución de las interconsultas: porcentaje de casos que se resuelven a través de las sesiones de consultoría sin que el paciente sea remitido al hospital

3.- Valorar el grado de satisfacción obtenido: Encuesta de satisfacción dirigida a todos los Médicos de los Centros de Salud que formen parte del programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad prevista:

- Reunión mensual con los Centros de Salud incorporados al programa.
- Atención a través del correo electrónico y teléfono de contacto según demanda
- Valoración de la incorporación de nuevos Centros de Salud en función de los Recursos Humanos disponibles

Duración: anual, renovable

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Proyector portátil LED	479 €
Total	479 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 299

CONTINUACION DEL PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 670

CALIDAD DE LAS ESPIROMETRÍAS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA

2. RESPONSABLE JOAQUIN CARLOS COSTAN GALICIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
 - Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PEREZ TRULLEN ALFONSO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
 - TARANCON LLORENTE CARMEN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
 - CASCAN HERREROS PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
 - SANCHEZ PEREZ EVA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
 - BIELSA TRAMULLAS ANUNCIACION. ENFERMERA. CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ. ESPIROMETRÍAS-NEUMOLOGIA
 - SEBASTIAN ARIÑO ANTONIO FRANCISCO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras realizar una puesta en común de los problemas que pensábamos que existían en la consulta de Neumología del Centro Médico de Especialidades "Inocencio Jiménez", usando la técnica de "tormenta de ideas", y establecer su importancia mediante una "plantilla de priorización", encontramos que la mala calidad percibida en la realización de las espirometrías en este Centro de Especialidades, es el problema fundamental sobre el que deberíamos actuar.

Para cuantificar el problema y comprobar que realmente lo era, se hizo inicialmente una estimación del porcentaje de espirometrías no válidas según las recomendaciones actuales(1,2).

Se analizaron aleatoriamente 30 espirometrías realizadas durante el mes de Febrero de 2011. Se aplicó la siguiente regla de validación/puntuación sobre distintos aspectos de la calidad:

- A) Entrenamiento del técnico
- a. Periodo de formación en Laboratorio de Sueño > 1 mes: SI NO
- b. Tiempo recomendable por espirometría 20 minutos: SI NO
- B) Equipo:
- a. Calibración diaria: SI NO
- b. Introducción diaria de datos atmosféricos: SI NO
- c. Espirometría cumple reglas internacionales: SI NO
- d. Parámetros prefijados reconocidos (SEPAR/ATS) SI NO
- C) Calidad de la curva/maniobra(3)
- a. Reproducibilidad: menos de 150 ml o 5% de diferencia entre los dos mejores valores de FEV1 y FVC: SI NO
- b. Número de maniobras (>= 3 y < 8): SI NO
- c. Curva aceptable según criterios ATS o SEPAR (si incumple uno no valorable):
- i. Volumen extrapolado inferior a 150 ml o menos de 5% de la FVC
- ii. Diferencias en el flujo espiratorio máximo (PEF > 10%)
- iii. Tiempo espiratorio menor de 6 segundos
- iv. Curvas sin esfuerzo variable
- v. Ausencia de tos durante la maniobra
- SI NO
- d. Ausencia de caída de la FVC post broncodilatador sin disminución concomitante del FEV1, situación que determina una relación FEV1/FVC post broncodilatador superior a 0,70 que no estaba presente en la espirometría basal (falsa respuesta broncodilatadora derivada de una menor FVC post BD sin cambio en el FEV1):
- SI NO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

670

CALIDAD DE LAS ESPIROMETRÍAS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA

La presencia de un NO en un apartado, lo anulaba y se indicaba que la espirometría era de baja calidad. Encontramos que el 80% de las espirometrías son de baja calidad, siendo el apartado de calidad de la maniobra el más afectado y dentro de este el tiempo espiratorio de la maniobra. También fue significativo y redundante, que el tiempo empleado en la realización de la exploración era muy insuficiente, ya que cada día se realizan una media de 18 a 20 espirometrías en poco más de dos horas. Por último, la enfermera encargada durante el mes de Febrero y que realizaba las espirometrías, no había recibido la formación adecuada para su realización, nunca había estado en el Laboratorio de Función Pulmonar. La espirometría es el examen más utilizado para evaluar la función pulmonar, siendo una herramienta básica en la consulta del Neumólogo, equiparándose al electrocardiograma en el cardiólogo.

Un problema tan serio como el encontrado, hace que se soliciten pruebas más sofisticadas como la exploración funcional respiratoria, con un alto coste; se hagan diagnósticos erróneos o se apliquen tratamientos a pacientes que probablemente no lo necesiten.

Encontramos tres causas fundamentales del problema sobre las que se debería actuar:

- 1.- Formación del personal que está dedicado a la realización de la espirometría.
- 2.- Buscar tiempos racionales para la realización adecuada de la prueba. Es imposible realizar 20 espirometrías de calidad con sus pruebas broncodilatadoras en 120 minutos.
- 3.- Mejorar la calidad del espirómetro actual, para contribuir a un mejor análisis de la maniobra y poder realizar una curva completa flujo-volumen con vertiente inspiratoria y espiratoria(4).

Fuentes de información: Encuesta de análisis de la calidad de las espirometrías (propia). Servicio de estadística del sector 3 (CEM Inocencio Jimenez y HCU).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Actuando sobre las causas enunciadas, se pretende mejorar la formación del personal de enfermería que se dedica a la realización de la espirometría en el CEM Inocencio Jimenez.

Una mayor formación radicará en un incremento de la calidad de la prueba y por tanto en una reducción de solicitud de pruebas funcionales más sofisticadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Plan de adiestramiento en Laboratorio de Función Pulmonar que incluya al menos 15 días, con una parte teórica y otra práctica que incluya la realización, sin ayuda, de 50 espirometrías por la enfermera en formación.

Responsables: Eva Sanchez Perez. Maria Pilar Cascán Herreros. Carmen Tarancón Llorente.

2.- Adecuación de tiempos para la realización de la prueba.

Responsables: Anunciación Bielsa Tramullas. Joaquin Carlos Costán Galicia. Alfonso Perez Trullen.

3.- Modificación del espirómetro utilizado por otro de mayor prestación y de análisis de calidad de maniobras.

Responsables: Joaquin Carlos Costán Galicia. Antonio Francisco Sebastián Ariño.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Disminución del número de petición de estudios funcionales respiratorios remitidos desde consulta neumología de Inocencio Jimenez.

Se consideraría positivo una reducción del 10% de peticiones respecto al año 2010 en que se hicieron 218.

% de espirometrías de calidad óptima realizadas.

Valoramos como un estándar adecuado, inicialmente, que el 75% de las espirometrías cumplan todos los requisitos de calidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL-MAYO 2011: Programa de formación en el laboratorio de Función Pulmonar.

MAYO-JUNIO 2011: Reorganización de tiempos de trabajo para la realización de la espirometría en CEM Inocencio Jimenez.

JUNIO-JULIO 2011: Adquisición de nuevo espirómetro.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 670

CALIDAD DE LAS ESPIROMETRÍAS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA

SEPTIEMBRE 2011: Comienzo de realización de la espirometría según el programa de mejora comentado.
NOVIEMBRE 2011: Nueva valoración de la calidad, con nueva encuesta aleatorizada a 30 pruebas realizadas en ese mes.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material: Espirometro	2.000 €
· Formación: Manual	150 €
Total	2.150 €

11. OBSERVACIONES. Bibliografía:

- 1.- Sanchis J, Casan P et al. Normativa para la espirometría forzada. Arch de Bronconeumol 1989;25:132-42.
- 2.- López de Santa María E. et al. Calidad de la espirometría en las consultas neumológicas de un área jerarquizada. Arch de Bronconeumol 2002;38(5):204-8
- 3.- Marcela Araya B et al. Calidad de las espirometrías en un estudio epidemiológico de terreno. Factores determinantes de la necesidad de repetir el estudio Platino-Chile. Rev Chil Enf Respir 2005;21:155-163
- 4.- Documento de consenso sobre la espirometría en Andalucía

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

218

MEJORA DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN EL SECTOR ZARAGOZA III (CONTINUACION).

2. RESPONSABLE MARIA TERESA CUELLO ARAZO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. TRAUMA CIRUGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ LOPEZ PILAR. FISIOTERAPEUTA. HCU LOZANO BLESA. REHABILITACION
- REGLA RAUFAST ANA JESUS. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- EZQUERRA HERRANDO LAURA. MEDICO RESIDENTE TRAUMATOLOGIA. HCU LOZANO BLESA. TRAUMATOLOGIA
- ROBLES SIMON AURORA. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. SUPERVISORA TRAUMATOOGIA
- GARCIA ALLOZA EVARISTO. FISIOTERAPEUTA. HCU LOZANO BLESA. REHABILITACION
- PEREZ GARCIA MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. HCU LOZANO BLESA. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura proximal del fémur o fractura de cadera es la causa más común de ingreso en el servicio de Traumatología del HCU Lozano Blesa, constituyendo el 40% del total de ingresos anuales.

La fractura de cadera es la lesión discapacitante más común en ancianos. De los paciente valorados por la Enfermera de Valoración en el último año, el 70% presentaban dependencia entre grave y total al alta, siendo la pérdida de movilidad uno de los principales problemas.

Una de las complicaciones que pueden presentarse en el posoperatorio de la prótesis de cadera es la luxación de la misma.

Una adecuada movilización, tanto por parte de los profesionales que trabajan con estos pacientes, como por parte de sus cuidadores domiciliarios, pueden prevenir complicaciones en estos pacientes.

Estas son las razones por lo que se considera necesario que, tanto los profesionales que atienden a los pacientes ingresados por fractura de cadera como los cuidadores de los mismos, reciban una formación e información adecuada para movilizar a los pacientes intervenidos de esta fractura.

En el año 2010 se realizaron dos ediciones del taller para profesionales detectándose la necesidad de ampliar tanto el contenido del taller como la duración del mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Se diseñó un plan de cuidados para el paciente con fractura de cadera.

2. Realización del Informe de continuidad de cuidados coordinado con la unidad de valoración y la enfermera de enlace.

3. Durante el año 2009:

- Se formó un equipo de mejora multidisciplinar.
- Se realizó una búsqueda bibliográfica
- Se diseñaron e impartieron talleres educativos para profesionales con el siguiente contenido:
 - _ Epidemiología de la fractura de cadera, trascendencia y magnitud del problema.
 - _ Etiología de la fractura de cadera.
 - _ Tipos de fracturas. Tratamiento médico y quirúrgico.
 - _ Cuidados de enfermería.
 - _ Movilización pre y postquirúrgica.

4. En el año 2010 se realizaron dos ediciones de talleres para profesionales a los que acudieron un total de 34 personas. Hubo más solicitudes que plazas ofertadas por lo que se estima necesario continuar con dichos talleres.

5. Se realizó una encuesta de evaluación (la utilizada para todos los cursos que se imparten en el Salud) Y los resultados fueron muy positivos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Ampliar el contenido docente impartido en el taller para aplicar cuidados adecuados y correcta movilización en pacientes con fractura de cadera.

- Aumentar la duración del taller.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 218

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN EL SECTOR ZARAGOZA III (CONTINUACION).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Búsqueda bibliográfica.
2. Elaboración de material de soporte audiovisual.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de profesionales que participen en los talleres.
• Satisfacción con la información recibida en los talleres
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Reunión del equipo de mejora Abril 2011.
2. Búsqueda de bibliografía Mayo 2011.
3. Evaluar los resultados obtenidos en anteriores ediciones y diseño de nuevo material audiovisual. Mayo 2011.
4. Realización del primer taller Junio 2011, segundo taller Noviembre 2011
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES ZARAGOZA 3 Y CALATAYUD. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

2. RESPONSABLE BEGOÑA DE ESCALANTE YANGÜELA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CEBOLLADA DEL HOYO JESUS. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MEDICINA INTERNA
 - JIMENO SAINZ ARACELI. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. MEDICINA INTERNA
 - GASCON MARTIN ALEJANDRO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MEDICINA INTERNA
 - RODERO ROLDAN MARIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La comorbilidad es frecuente en nuestra sociedad y aumenta con la edad. El término paciente pluripatológico (PP) fue definido en 2002 por un Comité de expertos de la Junta de Andalucía que estableció unos criterios para su diagnóstico. Estos criterios fueron revisados en 2007 e incluyen diferentes categorías de enfermedades

La prevalencia de PP es de 1,38% en la población general y aumenta al 5% en los mayores de 65 años.

El 42% de los pacientes que ingresan en servicios de medicina interna puede considerarse pluripatológico. La incidencia de PP en los servicios de medicina interna de nuestro país se ha calculado en 38,5/100 pacientes/mes.

Los PP tienen una gran mortalidad asociada y un deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria que les supone una dependencia y además contribuye a un mayor esfuerzo por parte de la familia y los cuidadores.

Los PP realizan visitas frecuentes a sus médicos y enfermeras y a los servicios de urgencias y ocupan gran parte de las camas hospitalarias, especialmente en los servicios de medicina interna. La asistencia al PP conlleva un importante consumo de recursos económicos y sanitarios, tanto de forma directa como indirecta.

En Aragón no existen unidades de atención al PP y no se han realizado estudios ni se han iniciado programas de atención a los mismos. La atención a los PP requiere la coordinación de diferentes profesionales implicando a médicos de hospital médicos de primaria, enfermeras, trabajadores sociales y fisioterapeutas, además de la coordinación con los familiares y cuidadores.

Existen en proyectos estudios conjuntos con profesionales de Atención Primaria de Salud coordinados junto con la Unidad de Investigación en Atención Primaria, para en un futuro posterior establecer programas de atención conjunta a estos pacientes garantizando la continuidad asistencial.

Bibliografía
Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud 2006. Disponible en www.ine.es.

Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.

Ollero M (Coord.), Álvarez TM, Barón FB y cols. 2ª Edición. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.

Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD en nombre del grupo para el estudio de la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES ZARAGOZA 3 Y CALATAYUD. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

Actividad de Medicina Internas de Andalucía. Rev Clin Esp 2005; 205: 413-7.

García-Morillo JS, Berrnabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, Gonzáles de la Puente M et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc) 2005; 125: 5-9.

Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, M.A Ortiz-Camuñez M.A., García-Morillo. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008; 208(1):4-11.

Fernández Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit 2008; 22: 137-43.

Medrano González, F. / Melero Bascones, M. / Barba Romero, M. A. / Gómez Garrido, J. / Llabrés Díaz, J. / Moreno Salcedo, J. / Comorbilidad, pluripatología, consumo de recursos y pronóstico de pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna. An Med Intern (Madrid) 2007; 24: 525-30.

Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, Moreno-Gaviño L, Cassani-Garza M, Ortiz-Camuñez MA, Ollero-Baturone M. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Mar 24. [Epub ahead of print].

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se pretende concienciar a los médicos internistas que son los que atienden a estos pacientes cuando ingresan en el hospital y dar a conocer el concepto de PP a los médicos de atención primaria. Además se intenta difundir y familiarizar a estos profesionales con las herramientas de valoración funcional, cognitiva y social aplicables a estos pacientes.

Al finalizar este proyecto se espera conseguir que se modifique la forma de trabajo de los médicos internistas de forma que identifiquen a los PP que ingresan en sus servicios y les realicen una valoración funcional adecuada y completa. También se espera conseguir que los médicos de atención primaria conozcan los criterios de PP y los apliquen en su trabajo para en un futuro desarrollar programas conjuntos en la atención a estos pacientes. Uno de estos proyectos ya en fase avanzada de diseño tiene como objetivo disminuir la polifarmacia innecesaria en este grupo de pacientes.

De forma paralela a este proyecto de mejora se ha iniciado un proyecto de investigación denominado proyecto PLUPAR, aprobado por el IACS e impulsado por la Dirección de Planificación y Aseguramiento, para conocer la prevalencia del problema y las posibles formas de abordaje.

Posteriormente se pondrán en marcha iniciativas para disminuir la polifarmacia, disminuir los ingresos hospitalarios y mejorar la coordinación en la atención a los PP. Estas iniciativas se presentarán en las próximas convocatorias del Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A todos los pacientes ingresados en los servicios de medicina Interna y atendidos por los médicos participantes se les aplicarían los criterios de PP. A los PP identificados se les haría una valoración de la comorbilidad aplicando el índice de Charlson, de las actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y de las actividades instrumentales con el índice de Lawton-Brody, de la función cognitiva con el cuestionario de Pfeiffer y una valoración sociofamiliar con la escala de Gijón. Además se les aplicaría el índice pronóstico PROFUND.

En el momento del alta se hará un informe complementario de valoración funcional que se remitirá al médico de familia responsable del enfermo.

Todo el proceso tendrá una duración de 3 meses. Posteriormente se realizará una auditoría de una muestra de las historias clínicas de los PP incluidos y se remitirá una encuesta a los médicos de familia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Métodos:

Auditoría del 10% de los casos de cada centro seleccionados por muestreo aleatorio.

Encuesta dirigida a los médicos de atención primaria

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES ZARAGOZA 3 Y CALATAYUD. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

Indicadores:

- % de PPP a los que se ha realizado el índice de Barthel.
- % de PPP a los que se ha realizado el índice de Lawton-Brody.
- % de PPP a los que se ha realizado el cuestionario de Pfeiffer.
- % de PPP a los que se ha realizado la escala sociofamiliar de Gijón.
- % de PPP a los que se ha calculado el índice PROFUND.
- % de médicos de atención primaria que devuelven la encuesta contestada.
- % de médicos de atención primaria que han recibido al menos un informe de valoración.
- % de médicos de atención primaria que conocían el concepto de PPP.
- % de médicos de atención primaria que conocían los criterios de diagnóstico de PPP.
- % de médicos de atención primaria que consideran útil la valoración del PPP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-Marzo 2011	Preparación del estudio
Abril-Junio de 2011	Recogida de datos
Julio-Septiembre de 2011	Evaluación de indicadores
Octubre de 2011	Memoria de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA REUMATOLOGICA EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III Y EN EL SECTOR DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE CONCEPCION DELGADO BELTRAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BOSQUE PERALTA TERESA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. REUMATOLOGIA
- AZNAR VILLACAMPA EMILIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. REUMATOLOGIA
- GRACIA ESTEVEZ JULIO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. REUMATOLOGIA
- RIO (DEL) MARTINEZ PILAR. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. REUMATOLOGIA
- PERALTA GINES CILIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. REUMATOLOGIA
- SAEZ LAVILLA CARMEN. MEDICO. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA. SECTOR ZARAGOZA III
- LITE CENZANO CRISTINA. ENFERMERA. AREA III. REUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La misión que la Sección de Reumatología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" tiene, comprende el desarrollo de sus funciones en consultas externas, con una mejora de la Calidad de la Asistencia Reumatológica ambulatoria, colaborando con los objetivos corporativos, mejorando la atención al paciente, aplicando criterios de Gestión Clínica, aumentando la eficiencia, e impulsando la mejora continua en busca de la excelencia.

Hemos utilizado la matriz DAFO para realizar un análisis interno y externo de la sección y de ahí hemos extraído la formulación de objetivos, los planes estratégicos y los planes de actuación.

Continuamos detectando como fortalezas principales la gran experiencia asistencial, la capacidad de trabajo en equipo y la confianza en la experiencia propia, así como el conocimiento de la necesidad de coordinación con Atención Primaria. Además, tras llevar a cabo el proyecto de mejora de la Calidad 2010, detectamos una nueva fortaleza que es la mejora en la coordinación con la Atención Primaria del Sector III; hemos mejorado una debilidad, porque hemos mejorado al realizar protocolos clínicos; la principal amenaza es la gran presión asistencial y la presión de la docencia; entre las oportunidades, la principal es el conocimiento por parte de Atención Primaria de la necesidad de coordinación con nosotros y, durante el inicio de 2011, la mejora del sistema informático del Área se ha concretado en la posibilidad de realizar videoconferencias con los Centros de Salud. Otra oportunidad será la Historia Clínica Informatizada.

La situación de partida es una gran mejora en la coordinación entre Atención Primaria del Sector III y Reumatología durante el 2010. Es necesario que aumente el porcentaje de envío de pacientes por parte de Atención Primaria con pruebas complementarias consensuadas que permitan un alto número de consultas de acto único.

Una situación especial es la Atención Primaria en el Sector de Calatayud, por dos motivos: el principal es por la no existencia de un reumatólogo en dicho Sector, con una población de 56000 habitantes; a ello se suma la distancia en los desplazamientos que tienen que realizar los pacientes para acudir a su consulta de Reumatología de referencia, en el HCULB.

Las Alianzas estratégicas con Atención Primaria son de vital importancia porque tenemos que responder a las necesidades asistenciales que tiene la medicina primaria, y por ser Atención Primaria la fuente de la mayoría de los pacientes vistos en consultas externas. Estas alianzas se basarán en reuniones periódicas, elaboración de protocolos consensuados de derivación de los pacientes a nuestras consultas, de forma que nos sean remitidos con determinadas pruebas complementarias, con la finalidad de realizar un gran número de consultas de acto único para aligerar nuestras agendas y poder prestar un mejor servicio. También nos comprometemos a remitir a los pacientes a sus médicos de familia con un informe de alta de consultas externas detallado, en el que quede claro el seguimiento que tiene que realizar su médico y cómo volver a remitirlo. Además, el contacto se continuará mediante un correo electrónico institucional o el teléfono.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Para la realización del Proyecto de Mejora 2010:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

292

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA REUMATOLOGICA EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III Y EN EL SECTOR DE CALATAYUD

-Se han realizado sesiones conjuntas con los Centros de Salud del Sector III, un total de 13 reuniones que han supuesto unas 33 horas, ya que ha habido que desplazarse a pueblos.

-También ha habido 4 reuniones y comunicación permanente de los Directores de Atención Primaria del Sector III y la Jefa de Sección de Reumatología.

-Se han realizado reuniones de los componentes de la Sección de Reumatología para elaborar las mejores estrategias del Proyecto de Mejora de la Calidad y comunicación con las enfermeras de la Consulta Extrahospitalaria de Inocencio Jiménez, que han realizado la estadística.

Tras el desarrollo del Plan de Mejora de Calidad del año 2010, hemos mejorado la coordinación entre Atención Primaria del Sector III y la Especializada (Reumatología), hay una mejora subjetiva de la atención al paciente, a pesar de que no hay cambios en uno de los indicadores que hemos usado (nº de pacientes de acto único x 100/nº de pacientes remitidos por Atención primaria, en CEXT extrahospitalarias), posiblemente porque la acción de coordinación ya esta iniciada cuando planteamos el plan de mejora. Tampoco ha mejorado el porcentaje de pacientes en buzón, por la interferencia en la plantilla de Reumatología durante los meses de noviembre y diciembre de 2010 que supuso la O.P.E.

Indicadores:

-Nº pacientes de acto único x 100/nº de derivaciones desde atención primaria (En consultas extrahospitalarias de Inocencio Jiménez): 49%

-Demora media prospectiva: 62 días

-porcentaje de pacientes en buzón: 10,9

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar el número de consultas de acto único y disminuir el número de segundas visitas en las Consultas Extrahospitalarias de Inocencio Jiménez, para aligerar nuestras agendas, aumentar nuestra disponibilidad y así poder prestar un mejor servicio.

- Disminuir la demora en los pacientes de primer día a 50 días.

- Realizar un filtro de los pacientes más graves, para que sean derivados a las Consultas Hospitalarias sin demora.

- Mejorar la coordinación entre Atención Primaria (Sector III y Sector de Calatayud) y Reumatología en el envío y en el seguimiento de los pacientes.

- Mejorar la comunicación entre el médico de Atención Primaria y el reumatólogo, vía telefónica y/o email.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las relaciones estratégicas con Atención Primaria continúan basadas en reuniones periódicas y en el seguimiento de unos protocolos consensuados de derivación de los primeros días, con los objetivos antes citados.

Las reuniones tienen como finalidad un mayor conocimiento de las necesidades de Atención Primaria en materia reumatológica, una mayor coordinación entre Primaria y Reumatología, que los Médicos de Familia conozcan nuestro proyecto así como nuestros recursos, puesta en común de los pacientes más complejos, feed-back del desarrollo del proyecto.

El contacto se puede mantener también con correo electrónico institucional y teléfono.

Con respecto al 2010, los cambios introducidos son:

- Distribución de los Centros de Salud del Sector Zaragoza III entre los facultativos de la Sección de Reumatología, de forma que cada facultativo será coordinador-interlocutor de 3 ó 4 Centros.

- Utilización de la videoconferencia además de las reuniones presenciales, con los Centros de Salud.

- Coordinación con Atención Primaria del Sector de Calatayud, en forma de:

o Una o dos reuniones presenciales en Calatayud, durante el año 2011, en las que se convoque a todos los Centros de Salud de dicho Sector y a las que acudamos al menos 2 reumatólogos de la Sección de Reumatología del HCULB.

o Contacto telefónico y/o email con los Centros de Salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Número de sesiones Atención Primaria-Reumatología, anuales y su cronograma 2011

- En las consultas externas extrahospitalarias:

o número de consultas de acto único/número de consultas totales; objetivo: 60%

o Impacto de la actividad en la demora de Reumatología para primeras consultas

? disminución de la demora media prospectiva; objetivo: 50 días

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 292

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA REUMATOLOGICA EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III Y EN EL SECTOR DE CALATAYUD

? número de pacientes en buzón; objetivo: 0

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - una reunión presencial o por videoconferencia cada 3 meses, de una hora de duración, en el Sector III. El horario de las sesiones será en horario de mañanas, en el día y la hora en la que cada Centro de Salud tenga su sesión clínica o reunión habitual, y se concretará entre el coordinador del Centro y el reumatólogo responsable.

- una o dos reuniones presenciales con todos los Centros del Sector de Calatayud conjuntamente, en Calatayud, de dos horas de duración cada reunión. Se concretarán por el Director de Atención Primaria del Sector de Calatayud y la coordinadora de este Proyecto de Mejora de la Calidad. Las sesiones serán impartidas por los Especialistas de Reumatología que participan en el proyecto, con el apoyo las Direcciones de Atención Primaria de los respectivos Sectores.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 015

1. TÍTULO

ACCIONES PARA LA MEJORA EN LA DERIVACION A LA SECCION DE ESTERILIDAD DESDE CONSULTA DE GINECOLOGIA GENERAL

2. RESPONSABLE MIGUEL DIAZ VEGA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUEDA MARIN SILVIA. FEA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LAPRESA SAENZ JUAN FRANCISCO. JEFE DE SECCION. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UNIDAD DE ESTERILIDAD
- PEREZ HIRALDO PILAR. JEFE DE SERVICIO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BESCOS SANTANA ELENA. FEA. CASAR EJEA Y TARAZONA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- IBAÑEZ BURILLO PATRICIA. FEA. CASAR EJEA Y TARAZONA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- NASSAR MELIC NADIA. FEA. CASAR EJEA Y TARAZONA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CARAZO HERNANDEZ BELEN. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se define la esterilidad cuando no se logra gestación o embarazo después de un año de búsqueda sin ningún tipo de método anticonceptivo. Se considera primaria (cuando no existen embarazos previos) o secundaria (cuando existen embarazos previos hayan llegado o no a término con o sin hijos vivos).

A efectos prácticos se equiparan esterilidad e infertilidad, aunque son situaciones clínicas distintas (incapacidad para concebir frente a incapacidad para tener un hijo vivo).

La visión de la esterilidad y el estudio de ésta debe ser integrador y siempre dirigido a la pareja (no solamente a uno de los miembros de la pareja). Es muy recomendable que se asuma y se comprenda el problema por ambas partes. Las causas de la esterilidad son de origen femenino en un tercio de los casos, de origen masculino en otro tercio de los casos y de origen mixto o de causas desconocidos en el resto de los casos. En cualquier caso, se identifica la edad materna como el principal factor de riesgo de esterilidad y, en nuestra comunidad, según datos oficiales, la edad a la que la mujer tiene el primer hijo ha ido creciendo hasta situarse actualmente por encima de los 30 años.

Según distintas fuentes la prevalencia de esterilidad se sitúa entre el 10 y el 15% de las parejas en edad fértil. Aunque debemos añadir que estimar la demanda por esterilidad no es fácil, pues no todas las parejas estériles consultan o desean un tratamiento.

El primer contacto con el sistema sanitario que realiza un usuario/a con problemas de esterilidad suele ser de carácter informativo en una consulta de Ginecología General. De este modo, una vez planteado el problema, la manera cómo organizamos la asistencia sanitaria para la realización del estudio de esterilidad se realiza siempre valorando los medios de los que disponemos. En el caso de nuestro área ya hay una Sección de Esterilidad de referencia en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa .

Como acción de mejora de la atención a los pacientes, optimizaremos las indicaciones de estudio y valoración de aquellas parejas que consulten por esterilidad con el fin de ser remitidos adecuadamente a la consulta de Esterilidad. Además, realizaremos un estudio básico de esterilidad ya en la consulta de Ginecología General cuando la pareja nos plantea su problema y previamente a la remisión a la Sección de Esterilidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Nuestra finalidad es que debemos organizar el estudio de la pareja estéril con el fin de ocasionar las menores molestias y desplazamientos para los pacientes y buscando asimismo la eficiencia y el mayor beneficio de estas parejas. Además, también podemos mejorar la disponibilidad de consultas de Esterilidad de la Sección de Esterilidad ya que adelantamos el estudio de la pareja.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaboración conjunta con la Sección de Esterilidad de documento básico interno para remisión de pacientes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

015

ACCIONES PARA LA MEJORA EN LA DERIVACION A LA SECCION DE ESTERILIDAD DESDE CONSULTA DE GINECOLOGIA GENERAL

Solicitud adecuada del estudio básico de esterilidad.
Aumentar la disponibilidad de consultas de esterilidad de primer día.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cuando se plantea un problema de esterilidad en nuestra consulta, este estudio de esterilidad debe iniciarse con una buena y completa historia clínica, que incluya:

- Información al paciente que demanda asistencia.
- Anamnesis, en la que se detallará en relación a la mujer y al varón:
 - Edad de la mujer y del varón.
 - Tiempo de esterilidad
 - Antecedentes médicos de ambos.
 - Número de embarazos anteriores, N° de partos o cesáreas y número de abortos de repetición. Si hubiera habido embarazo deberíamos reflejar si es con la pareja actual o con otra pareja anterior.
 - Conductas de riesgo, hábitos tóxicos (alcohol y tabaco) y exposiciones laborales, e información sobre su implicación en la fertilidad.
 - Índice de masa corporal (IMC).
 - Anamnesis específicamente desde el punto de vista ginecológico (Tipo menstrual, sintomatología ginecológica, ...)
- Exploración física de la mujer (ginecológica y mamaria)
- Realización de citología
- Ecografía vaginal : En consulta realizamos una ecografía vaginal con el fin de valorar el útero (concordancia del aspecto ecográfico del endometrio con el momento del ciclo de la paciente, existencia de miomas, pólipos...) y ovarios (contaje de folículos ováricos y valorar la existencia de patrones ecográficos ováricos: poliquístico, o bien existencia de patología ovárica)
- Solicitud de pruebas complementarias:
 - o Para el varón
 - ? Seminograma y REM (con instrucciones de citación y realización)
 - ? Analítica general
 - ? Serologías: Lúes, VHB, VHC y VIH
 - o Para la mujer
 - ? Analítica general
 - ? Serologías: Lues, VHB,VHC, VIH, Rubeola
 - ? Grupo sanguíneo y Rh
 - ? Estudio hormonal basal en dos fases del ciclo (tener en cuenta siempre la edad de la paciente y los tipos de ciclos):
 - 2°-4° día del ciclo: FSH, LH, 17-β-estradiol, progesterona, prolactina y TSH
 - 21 día del ciclo: Progesterona

La realización de la HSG considerada también como prueba fundamental del estudio básico de esterilidad siempre se realiza desde la Sección de Esterilidad. Por ello, una vez que se reciben las pruebas complementarias anteriormente mencionadas, se remite a la pareja a la Consulta de Esterilidad con un documento de derivación donde conste toda la información de anamnesis, exploración, ecografía ginecológica y resultados de pruebas complementarias de la pareja. En ese momento debemos informar a los pacientes del resultado de las pruebas como primer acercamiento a las posibles causas de su problema de esterilidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de estudios de esterilidad solicitados
Número de estudios de esterilidad realizados
Número de parejas remitidas a la Sección de Esterilidad con documento informativo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

015

ACCIONES PARA LA MEJORA EN LA DERIVACION A LA SECCION DE ESTERILIDAD DESDE CONSULTA DE GINECOLOGIA GENERAL

Tiempo medio en realización del estudio de esterilidad

En primer lugar realizamos un documento de derivación a la Sección de Esterilidad elaborado conjuntamente con dicha sección. La finalidad de este documento es adjuntarlo con las pruebas complementarias de cada pareja y que muestre la información de las parejas que consultan por esterilidad sobre su caso del modo más sintético e informativo posible en relación a anamnesis, exploración y resultados de pruebas complementarias (citología, ecografía ginecológica, analíticas generales, serológicas, hormonales...) y que nos han facilitado en nuestra consulta.

Además, se realizará una base de datos mediante programa informático Excel de todos los casos que consultan por esterilidad en nuestra consulta. Debemos reseñar cuando se solicita el estudio básico de esterilidad de cada pareja, cuando se realiza dicho estudio completamente y cuando los remitimos a la Sección de Esterilidad.

La condición para que las parejas que nos consultan por esterilidad para ser remitidos a la Sección de Esterilidad es que se hayan realizado todas las pruebas complementarias que les hemos solicitado a ambos miembros de la pareja. La razón es que ocasionalmente existen parejas que aunque inicialmente consultan por esterilidad, al exponerles cómo vamos a realizar el estudio, un miembro de la pareja o los dos no realizan las pruebas por razones personales de distinto tipo (existencia de hijos previos, creencias personales). De este modo, no podemos remitir a estas parejas ya que el estudio no está completo e independientemente al resultado del resto de pruebas complementarias existe parte de la información sobre la causa o las causas de su esterilidad que desconocemos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

A partir de marzo de 2011 en colaboración con la Sección de Esterilidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa prepararemos un documento de remisión a los pacientes a la Consulta de Esterilidad.

La captación de las parejas que plantean problemas de esterilidad y de su estudio básico de esterilidad se realizará desde abril 2011 mediante base de datos en Excel.

En Junio 2011, podremos valorar conjuntamente junto con la Sección de Esterilidad cuantos casos nos solicitaron estudio por esterilidad, cuántos hemos remitido desde nuestra consulta, cuantas parejas han acudido realmente a la Sección (posibles abandonos de los pacientes por causas distintas) y si existía adecuación del documento y las pruebas complementarias realizados por nosotros a lo que la Sección de Esterilidad plantearía en cada pareja como primer día a nivel informativo y de pruebas complementarias. Esto supone una valoración feed-back para poder cambiar el documento o la solicitud de pruebas complementarias si así se cree necesario.

Finalización: Diciembre 2011- reevaluaremos los mismos puntos de Junio 2011 con el fin de ver la evolución en el número de parejas atendidas y de mejorar aún más la solicitud de pruebas, el modo de derivar a estos pacientes o incluir nuevos datos en el documento de remisión.

Tal como nos han indicado los miembros de la Sección de Esterilidad, sería asimismo planteable en un futuro que en la consulta de Ginecología General se realizaran tratamientos muy básicos de reproducción. De este modo, se utilizarían los protocolos elaborados por la Sección de Esterilidad y deberíamos reportar a la Sección de Esterilidad cada caso seleccionado y consensuar con ellos la posibilidad de realizar en nuestra consulta estos tratamientos básicos de reproducción individualizando dichos casos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GRADO DE CONTAMINACION DE LOS HEMOCULTIVOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ESTRELLA DURAN SANCHEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - GUTIERREZ CIA ISABEL. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS
 - ESPALLARGAS BALDUZ AURORA. ENFERMERA. H.C.U. LOZANO BLESA. UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS MEDICA
 - RAMS CLARAMUNT MARIAN. ENFERMERA. H.C.U. LOZANO BLESA. UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS QUIRURGICA
 - ECHEZARRETA BOLADO CARMEN. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - GUDE GONZALEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICA. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Importancia y Utilidad del Hemocultivo.

La bacteriemia y la fungemia son complicaciones graves de las infecciones bacterianas y fúngicas que se producen cuando los microorganismos invaden el torrente circulatorio desde un foco intra o extravascular y se multiplican a un ritmo que supera la capacidad del sistema reticuloendotelial para eliminarlos.

Su detección en el Laboratorio, mediante la práctica de hemocultivos, es de gran importancia ya que se asocian a una elevada mortalidad.

La bacteriemia puede presentarse a cualquier edad, sobre todo en pacientes con enfermedades graves, en pacientes sometidos a maniobras instrumentales o intervención quirúrgica, en pacientes con catéteres intravasculares etc.

La mayoría de microorganismos son capaces de invadir torrente circulatorio. En la actualidad los Gram. positivos (estafilococo o enterococo), igualan o incluso superan a los Gram. negativos debido a numerosas causas como la utilización de antibióticos de amplio espectro, catéteres intravasculares, el empleo de métodos diagnósticos invasivos, el aumento de pacientes con inmunosupresión por tratamientos antineoplásicos, infección por VIH, etc.

Objetivos de la solicitud de Hemocultivos.

- Diagnóstico definitivo de bacteriemia
- Aislamiento del microorganismo
- Detección precoz
- Diferencia entre bacteriemia y contaminación
- Identificación y pruebas de sensibilidad
- Orientación diagnóstica

La realización de hemocultivos aporta mucha información, no es una técnica costosa y su obtención no conlleva ningún riesgo para el paciente

Indicaciones.

- La solicitud de hemocultivo está indicada en los siguientes casos:
- Pacientes con fiebre > 38° C o cuya temperatura sea inferior a 36° C
- Pacientes con leucocitosis o leucopenia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

424

DISMINUCION DEL GRADO DE CONTAMINACION DE LOS HEMOCULTIVOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- Pacientes con trombopenia o alteraciones de la coagulación de causa no filiada.
- Pacientes con infección focal de etiología no aclarada.
- Pacientes con deterioro uni o multiorgánico, shock o inestabilidad hemodinámica.
- Neonatos ante la mínima sospecha de infección.
- Sospecha clínica de meningitis.
- Sospecha clínica de neumonía
- Sospecha clínica de endocarditis
- Sospecha clínica de Brucelosis, etc...

Contaminación del Hemocultivo.

La probabilidad de que el resultado de un hemocultivo positivo represente una bacteriemia verdadera aumenta cuando la muestra se obtiene adecuadamente.

El mayor problema del hemocultivo es la contaminación y la fuente más probable de contaminación es la piel del enfermo, por ello es esencial que se lleve a cabo una limpieza y desinfección meticulosa de la piel antes de proceder a la extracción.

Es responsabilidad del laboratorio determinar el significado de cada aislamiento; sin embargo, en determinadas ocasiones resulta difícil diferenciar contaminación e infección. La piel tiene una microbiota comensal constituida principalmente por estafilococos coagulasa negativos, corinebacterias, estreptococos alfa hemolíticos etc... Cuando se realiza una extracción sin haber procedido previamente a la correcta desinfección de la piel, la sangre contaminada es inoculada en las botellas de hemocultivo y los microorganismos comensales se desarrollan impidiendo el crecimiento de cualquier posible patógeno presente en la sangre por lo que la prueba pierde su utilidad.

El problema es mayor en las muestras procedentes de pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos o en pacientes portadores de catéteres centrales, puesto que estos pacientes pueden presentar bacteriemias asociadas a catéter generalmente producidas por microorganismos procedentes de la piel. Otro tanto podemos decir de pacientes con sospecha de endocarditis por estafilococo coagulasa negativo o por estreptococo alfa hemolítico. En estos casos el aislamiento repetido del microorganismo en sucesivos hemocultivos junto con la historia clínica del paciente permiten diferenciar el agente etiológico del contaminante, pero en las situaciones en las que se solicita un único hemocultivo solo la valoración con el clínico permite determinar el significado de estos aislamientos.

La contaminación de los hemocultivos no debe exceder el 3%. Por encima de esta cifra aumenta el consumo de recursos humanos y materiales dirigidos a la identificación y valoración del contaminante, lo que se traduce en aumento del gasto sanitario en una prueba que ya ha perdido su objetivo: detectar bacteriemia o de fungemia.

SITUACIÓN DE PARTIDA

En 2009, la contaminación de las botellas de hemocultivo en el hospital fue del 6,9%.

En una revisión de todos los hemocultivos solicitados por las UCIs entre Abril y Junio de 2010, el 14% presentaban contaminación en una o ambas botellas.

Estimamos que en el momento actual el grado de contaminación excede el 10% (un cambio en el programa informático nos impide conocer la cifra exacta).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Descender el grado de contaminación de los hemocultivos solicitados por las Unidades de Cuidados Intensivos (médica y quirúrgica) hasta el 3

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formar el grupo de trabajo Microbiología- UCIs

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 424

DISMINUCION DEL GRADO DE CONTAMINACION DE LOS HEMOCULTIVOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

2. Hacer seguimiento de los resultados de los hemocultivos solicitados desde ambas Unidades de Cuidados intensivos.
3. Conocer el grado de contaminación actual
4. Reuniones con el personal de enfermería para conocer hábitos y prácticas durante las extracciones de sangre.
5. Realizar sesiones formativas con el personal de enfermería de las UCIs.
6. Diseñar un poster o recordatorio de bolsillo donde se indique paso a paso la técnica de extracción de la sangre para hemocultivos.
7. Reevaluar el nivel de contaminación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores.
Se propone un indicador de proceso y otro de resultado

Proceso:
Reuniones con el personal de enfermería de las UCIs
Objetivo: =4
Resultado:
Grado de contaminación de las muestras:
 $\text{N}^\circ \text{muestras contaminadas} / \text{N}^\circ \text{muestras analizadas} \times 100$

Objetivo: igual o inferior al 3% a final de 2011

Evaluación y Seguimiento.

1. Registro de los hemocultivos contaminados continuo, con cálculo mensual de tasas.
2. Actas de las reuniones del grupo de trabajo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma: Se adjunta al final del documento

- Abril: Reunión del grupo de trabajo Microbiología- UCIs
- Abril-Mayo: Estudio prospectivo de los hemocultivos solicitados desde ambas Unidades de Cuidados intensivos.
- Mayo: Determinar el grado de contaminación actual
- Mayo: Diseñar un poster y recordatorio de bolsillo donde se indique paso a paso la técnica de extracción de la sangre para hemocultivos
- Junio: Reuniones con el personal de enfermería para conocer hábitos y prácticas de las extracciones de sangre.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 424

DISMINUCION DEL GRADO DE CONTAMINACION DE LOS HEMOCULTIVOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- Junio: Realizar sesiones formativas con el personal de enfermería de las UCIs.
- Junio: Distribuir recordatorios y pegar poster
- Septiembre: Reevaluar el nivel de contaminación.
- Septiembre: Si el grado de contaminación no es aceptable, repetir sesiones formativas. Si ha descendido, informar de los logros.
- Noviembre: Reevaluar el grado de contaminación.
- Noviembre: Si el grado de contaminación no es aceptable, repetir sesiones formativas. Si ha descendido, informar de los logros
- Diciembre: Expresión de actividades y resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• 4 Carteles informativos, en color	160 €
• *100 recordatorios tamaño "calendario" plastificados	240 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. *100 recordatorios tamaño "calendario" plastificados con las normas para la obtención de muestras

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 059

1. TÍTULO

MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO GENETICO DEL CANCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIOS (GENES BRCA1 Y BRCA2).

2. RESPONSABLE LUISMA ELOSEGUI ALBERDI

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MENAO GUILLEN SEBASTIAN. BIOQUIMICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. BIOQUIMICA CLINICA
- PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. BIOQUIMICA CLINICA
- MAGALLON ORTIN TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La reciente incorporación de un equipo de PCR a tiempo real por parte del Servicio de Bioquímica Clínica puede permitir la automatización de técnicas de biología molecular que en estos momentos se hacen de una manera mas manual

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el momento actual se realiza el diagnostico genetico del cancer de mama y ovario hereditarios (genes BRCA1 y BRCA2) en el laboratorio de Biología Molecular de nuestro Hospital mediante un screening previo de posibles mutaciones mediante la técnica DGGE.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La puesta a punto del diagnostico genetico del cancer de mama y ovario hereditarios (genes BRCA1 y BRCA2) mediante PCR a tiempo real puede disminuir el tiempo de respuesta de manera considerable lo que es un gran beneficio tanto para el laboratorio como para el médico solicitante y sobre todo para el paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El cambio de técnica previsto para realizar este diagnóstico incluye una serie de modificaciones técnicas tanto en el proceso del análisis como en el de la preparación de la muestra previa. Para ello es indispensable el trabajo en placa de muestras, en lugar de tubos individuales. El trabajo en placas con volúmenes pequeños obliga a disponer de una centrifuga de placas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo de respuesta del diagnostico: Tiempo que transcurre desde que llega la muestra al laboratorio hasta que se emite el resultado

Tiempo empleado para realizar el screening mutacional: Tiempo empleado para hacer el screening mutacional en ambos genes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril - Junio de 2011: Incorporación de toda logística necesaria para realizar el cambio de técnica

Julio 2011 a Agosto de 2011: Puesta a punto de la técnica

Septiembre de 2011 a Diciembre de 2011: Incorporación de la nueva técnica de filtrado a la rutina diaria y valoración según indicadores propuestos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- | | |
|---|---------|
| · Agitador de placas | 1.300 € |
| · Congelador para el almacenamiento de muestras | 500 € |
| Total | 1.800 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 239

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESION REALIZADA POR LA SUBCOMISION DE ULCERAS DEL HOSPITAL LOZANO Blesa

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA FERNANDEZ MUR

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. GESTION DE CUIDADOS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDREU VILLANUEVA PILAR. ENFERMERIA. HCU LOZANO Blesa. CIRUGIA VASCULAR HOSPITALIZACION
- BARRA ARANDA MARIA PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HCU LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA HOSPITALIZACION
- CUELLO ARAZO TERESA. ENFERMERIA. HCU LOZANO Blesa. TRAUMA-CIRUGIA HOSPITALIZACION
- GONZALEZ MIR MARIA FE. ENFERMERIA. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- LAITA ZARCA MARIA CARMEN. ENFERMERIA. HCU LOZANO Blesa. NEURICIRUGIA HOSPITALIZACION
- MARCO NAVARRO MARIA JOSE. ENFERMERIA. HCU LOZANO Blesa. MEDICINA INTERNA HOSPITALIZACION
- SANCHEZ MARTIN PILAR. ENFERMERIA. HCU LOZANO Blesa. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una vez elaborada la Guía de práctica clínica (GPC) y los Protocolos para la prevención y tratamiento de Lesiones por Presión (LPP) y difundidos a través de la Intranet clínica, aun son muchos los profesionales del hospital que desconocen su existencia y pocos los que la utilizan como herramienta para su trabajo diario. La falta de información, conocimientos y barreras jerárquicas entre profesionales hace que todavía se sigan aplicando intervenciones poco eficaces e incluso no adecuados para la prevención y el tratamiento de las LPP. Con nuestro proyecto intentamos que aumenten los conocimientos de las enfermeras/os y se apliquen cada día mejor en a la practica clínica diaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Aumento de los conocimientos de la enfermera/os del Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa constatado por un estudio causi-experimental de diseño pretest- postest con lo siguientes resultados:

- La media del índice porcentual de conocimientos global (prevención y tratamiento) pretest es 77,26% (IC 74,6-79,8).
- La media del índice porcentual de conocimientos global (prevención y tratamiento) prostest es 80,04% (IC 77,3-82,7)).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la práctica clínica mediante la:

- Detección precoz de los pacientes con riesgo de deterioro de la integridad cutánea mediante la correcta aplicación de la escala de Norton Modificada.
- Aplicación adecuada de todas las intervenciones preventivas en pacientes con riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica en cuanto al tratamiento de las lesiones por presión.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • ACTIVIDAD: Indicar a las enfermeras/os de nueva incorporación la forma de acceder a la GPC para la prevención y tratamiento de LPP y a los protocolos de prevención y tratamiento de dichas lesiones

RESPONSABLE : Supervisora de Unidad

- ACTIVIDAD: Presentación de la GPC para la prevención y tratamiento de LPP en la escuela de enfermería a los estudiantes del Grado de enfermería.
RESPONSABLE: Subcomisión de úlceras por presión del HCU
- ACTIVIDAD: Realización de talleres acreditados sobre prevención y tratamiento de LPP para enfermeras/os y auxiliares de enfermería.
RESPONSABLE: Subcomisión de úlceras por presión del HCU
- ACTIVIDAD: Reparto y colocación de póster con el algoritmo de actuación para la prevención y tratamiento de LPP en la unidades de hospitalización.
RESPONSABLE: Subcomisión de úlceras por presión del HCU y supervisora de Unidad
- ACTIVIDAD: Facilitar a las enfermeras/os una ficha de bolsillo con las mejores recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de LPP.
RESPONSABLE: Subcomisión de úlceras por presión del HCU y supervisora de Unidad

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 239

IMPLEMENTACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESION REALIZADA POR LA SUBCOMISION DE ULCERAS DEL HOSPITAL LOZANO BLESÁ

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Tasa de prevalencia de lesiones por presión intrahospitalaria.
- Porcentaje de pacientes con una Norton modificada = a 14 que tienen programadas intervenciones de enfermería para el diagnóstico de enfermería (DxE) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
 - Porcentaje de pacientes con LPP que tienen planificadas intervenciones de enfermería para los DxE Deterioro de la integridad cutánea y Deterioro de la integridad tisular.

Para evaluar los resultados, se llevará a cabo un estudio observacional descriptivo trasversal, realizado por la subcomisión de úlceras por presión. Será llevado a cabo de forma semestral, tras una valoración previa de la situación, en tres unidades quirúrgicas y tres unidades médicas. La fuente de datos será la historia clínica del paciente que será revisada previa autorización de la Dirección del Hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: de 1 Abril de 2011 a 31 de Abril de 2012

Calendario previsto:

- Indicar a las enfermeras/os de nueva incorporación la forma de acceder a la GPC para la prevención y tratamiento de LPP y a los protocolos de prevención y tratamiento de dichas lesiones. Abril, Junio, Julio, Diciembre 2011.
- Presentación de la GPC para la prevención y tratamiento de LPP en la escuela de enfermería a los estudiantes del Grado de enfermería. Noviembre de 2011
- Realización de talleres acreditados sobre prevención y tratamiento de LPP para enfermeras/os y auxiliares de enfermería. 25 de Mayo y 23 de Noviembre de 2011
- Reparto y colocación de póster con el algoritmo de actuación para la prevención y tratamiento de LPP en la unidades de hospitalización. Septiembre-Octubre 2011
- Facilitar a las enfermeras/os una ficha de bolsillo con las mejores recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de LPP. Septiembre-Octubre 2011
- Recogida de datos. Previos a la intervención 2-6 Mayo 2011. de 3-7 Octubre 2011 y de 2-6 Abril 2012
- Presentación de resultados. De 23-27 Abril 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• 25 Póster	500 €
• 200 Tarjetas de bolsillo	300 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 044

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS POR CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

2. RESPONSABLE ANA FERRER DUFOL

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE TOXICOLOGIA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Toxicología Clínica dispone de un equipo de cromatografía de gases con detector por espectrometría de masas que se utiliza en la detección de sustancias para las cuales no existen reactivos comerciales. Esta técnica también se puede utilizar para la confirmación de resultados positivos que tienen interés legal, ya que es la técnica de referencia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EL laboratorio tiene puesto a punto la confirmación de cocaína, opiáceos y anfetaminas por cromatografía de gases/espectrometría de masas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende poner a punto la confirmación de cannabis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para poner a punto la confirmación de cannabis es necesario ir durante 1 semana a un centro donde ya la tienen puesta a punto, concretamente el Instituto Nacional de Toxicología de Barcelona, para el aprendizaje de la técnica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Numero de determinaciones de cannabis confirmadas por cromatografía de gases / espectrometría de masas
- Tiempo medio empleado en la confirmación de cannabis

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Hasta Junio 2011: Aprendizaje de la nueva técnica
Julio 2011-Agosto 2011: Puesta a punto en el laboratorio
Septiembre 2011 - Diciembre 2011: Uso de la técnica en la práctica diaria y análisis según indicadores propuestos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Bolsa de Viaje para estancia en Barcelona de 4 noches y viaje 600 €
- Total 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 577

1. TÍTULO

MEJORAR EL CONOCIMIENTO Y APLICACION DEL ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL EN LA REHABILITACION DE LA LUMBALGIA MECANICA

2. RESPONSABLE ELENA GARCIA ALVAREZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARCO SANJUAN JUAN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESIA". PSICOSOMATICA
 - CAMPALLO MARTINEZ ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESIA". PSICOSOMATICA
 - AZUARA LAGUIA JOSE LUIS. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESIA". REHABILITACION
 - RUIZ GARCIA MARIA DOLORES. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESIA". REHABILITACION
 - PUEYO RUIZ CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESIA". REHABILITACION
 - VICENT CASTILLO ABEL. MIR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESIA". REHABILITACION
 - BUEY ALASTUEY IGNACIO. MONITOR REHABILITACION. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESIA". REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lumbalgia es una patología de alta prevalencia, según el estudio EPISER la prevalencia puntual es de 14,8% La lumbalgia crónica tiene una prevalencia estimada de 7,7 . Supone un alto coste en salud y social, especialmente por costes indirectos. Entre los factores de riesgo de cronicidad destacan los factores psicosociales
Dentro del abordaje biopsicosocial está la terapia conductual que parece tener buena evidencia a favor .
Por otro lado los pacientes con Síndrome Depresivo asociado pueden beneficiarse de un abordaje específico
En el servicio de rehabilitación del HCU del 1 al 18 de Febrero el 19,57% de las primeras visitas eran valorados por Lumbalgia.
Actualmente el conocimiento de nuestros profesionales sobre técnicas de terapia conductual es limitado limitándose educar al paciente en conocimiento sobre su patología y conducta frente al dolor de forma informal. En la actualidad no es posible contar con psicólogo dentro de nuestro equipo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la formación de los profesionales de Rehabilitación en el abordaje de los problemas psicosociales en pacientes con lumbalgia crónica

Aplicar estos conocimientos a pacientes seleccionados de alto riesgo para mejorar su respuesta a la terapia rehabilitadora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se seleccionaran los pacientes con lumbalgia en situación de incapacidad laboral transitoria, que manifiesten un grado de incapacidad por dolor lumbar grave o muy grave según escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. A estos se pasará un Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión como detección de las mismas y se valoraran factores de riesgo psicosocial. Aquellos pacientes con alta sospecha de Depresión o ansiedad serán valorados conjuntamente por psicosomática y rehabilitación. Por otro lado los pacientes con factores de riesgo psicosocial sin sintomatología psiquiátrica seguirán abordaje conductual según pautas de Psicología, para ello se realizarán sesiones clínicas de casos concretos, para analizar problemas y estrategias conductuales de abordaje.
Los médicos rehabilitadores realizarán la detección inicial de casos (Valoración discapacidad, screening de ansiedad o depresión y la detección de factores de riesgo psicosocial). Los fisioterapeutas que realizan la Escuela de Espalda aplicaran técnicas conductuales en pacientes seleccionados. La Dra Pueyo o en su defecto el Dr Vicent actualizará semanalmente la base de datos de Escuela de Espalda. El coordinador se encargará de convocar las reuniones multidisciplinares y el seguimiento de la acción de mejora. Los doctores Marco y Campallo realizarán un sesión-seminario sobre terapia conductual, valoraran los pacientes con alta sospecha de ansiedad y/o depresión y riesgo psicosocial alto. Todos los miembros del equipo de mejora acudirán a las sesiones clínico-prácticas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador: Número de sesiones clínico-prácticas multidisciplinares.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 577

MEJORAR EL CONOCIMIENTO Y APLICACION DEL ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL EN LA REHABILITACION DE LA LUMBALGIA MECANICA

Estándar: Realizar al menos una sesión clínico-práctica multispecial (Psiquiatría, rehabilitación, fisioterapia y monitor de rehabilitación)/ trimestre
Fuente: Las actas de sesiones y base de datos sobre sesiones del Servicio de Rehabilitación.

Indicador: Número de pacientes con sospecha de depresión valorados por Psicopatología
Fuente: Base de Datos de pacientes de la Escuela de Espalda

Indicador: Número de pacientes sobre los que se aplican técnicas conductuales
Fuente: La base de datos de pacientes de Escuela de Espalda que se actualizará para este fin.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesión-seminario sobre terapia conductual Mayo 2011
Inicio de screening Mayo de 2011
Sesiones multidisciplinares Septiembre y diciembre 2011
Marzo y Junio de 2012
Monitorización Junio 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañón de proyección	600 €
· Ordenador PC	600 €
· Diverso material didáctico	100 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 656

MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA MOVILIDAD INTERNA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA MEDIANTE HERRAMIENTA INFORMATICA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA DE LUXAN
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- NIEVES CRESPO PILAR. ENFERMERIA. H.C.U. "LOZANO BLESA". DIRECCION DE ENFERMERIA
 - GARCIA GIMENO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H.C.U. "LOZANO BLESA. DIRECCION DE ENFERMERIA
 - AZLOR MARTA ROSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H.C.U. "LOZANO BLESA". DIRECCION DE ENFERMERIA
 - IZQUIERDO JUDEZ MIGUEL JESUS. INFORMatico. H.C.U. "LOZANO BLESA". INFORMatica
 - ESPAÑA FRANCO LUIS. INFORMatico. H.C.U. "LOZANO BLESA". INFORMatica

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la situación actual, la solicitud de movilidad interna se realiza en impreso manual, pasando posteriormente por registro y de allí una copia a la Dirección de Enfermería. Este proceso conlleva realizar el traspaso de estos datos a soporte informático, pudiendo generar errores en la transcripción. Este hecho genera reclamaciones y malestar (insatisfacción) en ambas partes, en solicitantes y en los que realizan el trabajo de la baremación. A su vez se consume mucho recurso humano (tiempo) lo que supone un alto coste para la organización. Ante esta situación este grupo de trabajo se plantea la realización de una herramienta informática que permita la solicitud de Movilidad interna vía Intranet, con lo que no haría falta la transcripción de datos, y que repercutiría en una disminución del número de reclamaciones por haber menor número de errores.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Disminuir el número de reclamaciones
2-Aumentar satisfacción de los solicitantes de dicha Movilidad
3-Aumentar la satisfacción de los evaluadores.
4-Disminuir costo en la organización por consumo de tiempo de los recursos humanos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Creación de un grupo de mejora en el que queden representados todos los grupos de interés en el proceso
-Búsqueda de información sobre la realización de este proyecto en otros Centros
-Reunión para elaborar y diseñar en consenso la herramienta informática
-Difundir el nuevo proceso, elaborar encuesta de supervisión

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Realización de la herramienta informática
-Nº de personas que solicitan movilidad interna y que realizan reclamación/ Nº de personas que solicitan movilidad interna.
-% en el grado de satisfacción de las personas que solicitan movilidad interna.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Mayo búsqueda de información en otros Centros
-Mayo - Septiembre elaboración de herramienta informática y encuesta
-Noviembre - diciembre terminar comprobación de la herramienta informática
-Enero -febrero difusión
-Implementación en la primera convocatoria de movilidad interna.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- INFORMatico EXTERNO 2.000 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 656

MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA MOVILIDAD INTERNA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA MEDIANTE HERRAMIENTA INFORMATICA

Total 2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 379

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA COMO ALTERNATIVA A LA INTUBACION OROTRAQUEAL (IOT).

2. RESPONSABLE ALBERTO GARCIA NOAIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABASCAL RODA JOSE MANUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- MORALES FERRUZ RAQUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- YAGUE SEBASTIAN MAR. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- MORANDEIRA RIVAS CLARA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia respiratoria aguda manifestada principalmente en patologías respiratorias (exarcebación EPOC, asma, neumonía...) y cardiacas (Edema Agudo de pulmón) constituye un problema médico de primer orden en los Servicios de Urgencia hospitalaria. La VMNI ha demostrado con un nivel de evidencia A ser el tratamiento de elección para los pacientes con fracaso respiratorio agudo (FRA) hipercápnico en el EPOC exacerbado y en el FRA hipoxémico (pO2/FiO2 <200) en el Edema Agudo de Pulmón (EAP).1,2,3

La disponibilidad actual de dos dispositivos de VMNI puede permitir mejorar nuestros resultados de morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la mortalidad de los pacientes con FRA agudo hipercápnico (EPOC) y FRA hipoxémico (EAP). Disminuir el número de pacientes que precisan IOT por insuficiencia respiratoria aguda en los supuestos previos. Mejorar la morbilidad de estos pacientes reduciendo sus complicaciones. Establecer un registro de los pacientes que precisan VMNI en Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizaremos un estudio descriptivo con una base de datos (Filemaker, Excel) cuya fecha de inicio será el 1 de mayo del 2011 incluyendo pacientes de forma consecutiva que precisen VMNI y durante 1 año. Comparar estos datos con estudios similares en nuestro entorno o con datos previos del Servicio en años previos.

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a) Mortalidad en las primeras 24 horas.
- b) Mortalidad durante el ingreso hospitalario
- c) Comparativa de Gasometría arterial al inicio y tras VMNI a la hora y a las 4-6 horas.

Para ello usaremos una base de datos y los datos obtenidos de la intranet hospitalaria. Para el estudio estadístico usaremos el paquete estadístico SPSS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 de Mayo 2011.
Fecha de Fin: 1 de Mayo del 2012
Duración: 1 año.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- MATERIAL INFORMÁTICO 1.000 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

379

UTILIZACION DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA COMO ALTERNATIVA A LA INTUBACION OROTRAQUEAL (IOT).

· PARTICIPACION EN CURSOS Y CONGRESOS	1.000 €
· MATERIAL FUNGIBLE (PAPELERIA)	500 €
Total	2.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 053

ESTABLECER Y REALIZAR UN PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DEL ECOGRAFO Y LA SONDA USADA EN BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GARCIA ROMERO

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. FISICA Y PR
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CANELLAS ANOZ MIGUEL. RADIOFISICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PR
- HERNANDEZ VITORIA ARACELI. RADIOFISICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PR
- ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PR
- CORTES RODICIO JESUS. RADIOFISICO RESIDENTE. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PR
- LUENGO TOLOSA ELENA. TECNICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PR
- MILLAN CEBRIAN ESTHER. RADIOFISICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PR
- . . . FISICA Y PR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los implantes de braquiterapia de alta tasa de próstata se utilizan los ultrasonidos para guiar por la imagen la inserción de agujas en la próstata del paciente. Además, al sistema de planificación de tratamientos se transfieren las imágenes tomadas con el ecógrafo y son convenientemente contorneadas por el urólogo y el oncólogo radioterapeuta. Los órganos que son delimitados en estas imágenes ecográficas son la próstata, como volumen blanco de radiación, y la uretra y el recto como órganos de riesgo a proteger. Tanto en el proceso de inserción de agujas con las que se realizará el tratamiento, como en la planificación posterior, la calidad de las imágenes es una pieza fundamental, ya que el tratamiento deposita alta dosis con alto gradiente en una zona muy concreta que debe estar bien delimitada. Por tanto, una pieza más en todo el proceso es el control de calidad del ecógrafo BK Flex Focus y de la sonda 8488 que proporciona las imágenes. Dicha sonda permite presentar en pantalla y exportar tanto cortes axiales como longitudinales (que permiten visualizar la introducción de una aguja en toda su extensión).

El documento de referencia que se maneja a nivel internacional para el control de calidad de ultrasonidos en equipos usados en braquiterapia de alta tasa está publicado por la asociación americana de física médica, AAPM: AAPM Task Group 128: Quality assurance tests for prostate brachytherapy ultrasound systems. En él se recomienda explícitamente el uso de un maniquí de control de calidad, que aún no ha sido fabricado, y se utiliza por tanto para los ejemplos uno que sí está fabricado, marca CIRS y modelo 045 y que abarca con la mayoría de las pruebas recomendadas. Este maniquí no está disponible en nuestro Servicio.

Las pruebas que se pueden realizar con la ayuda de dicho maniquí son

1. Desplazamiento longitudinal del "stepper" (regulador de paso)
2. Desplazamiento angular del "stepper"
3. Alineamiento de la plantilla B&K
4. Visibilidad de la escala de grises
5. Profundidad de penetración
6. Resolución axial y lateral
7. Exactitud de medida axial y lateral
8. Uniformidad
9. Exactitud de la medida de áreas
10. Exactitud de la medida de volúmenes
11. Exactitud de volúmenes del planificador

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 053

ESTABLECER Y REALIZAR UN PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DEL ECOGRAFO Y LA SONDA USADA EN BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE PROSTATA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Fijar el estado de referencia del ecógrafo de acuerdo con el maniquí CIRS 045.
- Analizar si el ecógrafo responde con valores dentro de las tolerancias establecidas a los test propuestos.
- Disponer de una tabla de resultados de referencia que permitan conocer la constancia del equipo a lo largo del tiempo.
- Preparar un procedimiento de control de calidad periódico para el ecógrafo y la sonda 8488.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Analizar el protocolo AAPM TG 128 mencionado y los casos test que propone. Canellas M., García A.
2- Preparar un procedimiento de acuerdo con las características del maniquí que permita realizar las pruebas reflejadas en el protocolo. Canellas M., García A., Cortés J., Hernández A., Ortega P.
3- Establecer un control de calidad periódico del ecógrafo (cada 6 meses) de acuerdo con el servicio de Urología. Canellas M., Ortega P., García A.
4- Realizar las medidas necesarias para establecer las condiciones de referencia del ecógrafo de acuerdo con el maniquí CIRS 045, con objeto de verificar su constancia a lo largo del tiempo. Canellas M., Luengo E., Cortés J., Millán E., Ortega P.
5- Transferir las imágenes del maniquí al sistema de planificación para verificar volúmenes, geometría y visibilidad en el sistema de planificación. Millán E, Cortés J., Hernández A., Luengo E.
6- Preparar una tabla de tolerancias y niveles de acción y valorar si los valores obtenidos se encuentran dentro de las tolerancias definidas para cada caso. García A, Millán E, Ortega P.
7- Realizar el informe correspondiente. Canellas M, García A.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - El porcentaje de pruebas realizadas con respecto a las propuestas por el Protocolo AAPM TG128 supera el 90%
Este dato podrá obtenerse una vez finalizada la puesta en marcha del maniquí CIRS 045 a partir de los datos analizados
- El porcentaje de parámetros analizados que se encuentra dentro de tolerancias supera el 90%
Se obtendrá de la tabla final de resultados y del informe correspondiente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De momento se han establecido los niveles de referencia del ecógrafo sin el uso del maniquí CIRS 045 por lo que hay pruebas que no se han podido evaluar y las que se han evaluado se han realizado en una cuba de agua más complicada de manejar y sin objetos tests en su interior.
A la llegada del maniquí, en no más de un mes, se completaría todo el proyecto (actividades de la 1 a la 7).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Maniquí CIRS 045, presupuesto proporcionado por FLORIDA instrumentación 2.490 €
Total 2.490 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

204

ELABORACION PROTOCOLO DE ACTUACION DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE OLGA GAVIN SEBASTIAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORNUDELLA LACASA ROSA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- SAEZ ABAD DANIEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. URGENCIAS
- GOMEZ BITRIAIN JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. URGENCIAS
- DIEZ ANGULO ROSANA. MIR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia del proyecto: El paciente anticoagulado en urgencias supone una elevada carga en el trabajo asistencial de dicha unidad, no sólo por su propia enfermedad sino por las complicaciones derivadas del tratamiento anticoagulante así como del control del mismo. En la actualidad el paciente anticoagulado con Sintrom que acude a urgencias por hemorragia leve-moderada o alteraciones del control (INR), se le realiza de nuevo un estudio de coagulación y en función del resultado y de la situación clínica se decide una actitud terapéutica casi siempre condicionada al pase a la sala de observación un mínimo de 6-8h , para posteriormente repetir las pruebas complementarias. Todo esto supone un tiempo elevado de estancia para el paciente, una ocupación no justificada de la sala de observación, un mal estar por parte de los pacientes y un consumo de recursos económicos (repetición de pruebas complementarias, ocupación de sillón-cama), y humanos (colocación de vias endovenosas, apertura de historia de enfermería...) no justificados. Utilidad del proyecto: Con la elaboración de este protocolo pretendemos optimizar los recursos de la unidad de urgencias, mejorar la calidad de vida del paciente anticoagulado, disminuir la estancia media de estos pacientes en urgencias-sala de observación (actualmente 8-10h)y agilizar el problema que le llevo a acudir a la unidad de urgencias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Alcance del proyecto: Facilitar y mejorar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento anticoagulante en urgencias en el Sector III.

Objetivos: Disminuir la estancia media del paciente anticoagulado que acude a urgencias y que no requiere ingreso hospitalario. Mejorar la satisfacción de los pacientes anticoagulados al acudir a la unidad de urgencias por un problema de control de INR o de hemorragia leve-moderada. Facilitar a los facultativos responsables un protocolo de actuación en estas situaciones refrendado por la bibliografía actual y que facilite y universalice el tratamiento de estos pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Formación del grupo de trabajo

- 2.Presentación del p royecto a las diferentes unidades implicadas
- 3.Busqueda bibliográfica
- 4.Revisión de protocolos existentes
- 5.Elaboración del borrador
- 6.Elaboración del protocolo definitivo
- 7.Presentación del protocolo en las unidades implicadas
- 8.Aprobación del protocolo definitivo por parte de las unidades implicadas
- 9.Presentación del protocolo a la Comisión de Revisores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ELABORACION DEL PROTOCOLO APROBACION DEL PROTOCOLO POR LA COMISION DE REVISORES Y PUBLICACIÓN EN LA INTRANET

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 204

ELABORACION PROTOCOLO DE ACTUACION DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN URGENCIAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO ABRIL 2011
FINALIZACIÓN DICIEMBRE 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· RECURSOS MATERIALES: MATERIAL INFORMATICO 500 €
Total 500 €

11. OBSERVACIONES. *RECURSOS ECONOMICOS: NO SE REQUIERE INCREMENTO DE LA DOTACION ECONOMICA DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 309

1. TÍTULO

GUÍA DE BOLSILLO DE "ADMINISTRACION DE FARMACOS DE USO FRECUENTE EN URGENCIAS PARA ENFERMERIA" PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ANA BELEN GIL BERDUQUE
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALCEGA TIRADO JOSE LUIS. ENFERMERIA. HCU "LOZANO BLESA". SERVICIO DE URGENCIAS
 - DIEZ ROMEO ANA ISABEL. ENFERMERIA. HCU "LOZANO BLESA". SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se presenta este proyecto a petición del personal de enfermería del Servicio Urgencias del HCU "Lozano Blesa" al conocer la guía existente, que se distribuirá en las unidades de Medicina Interna de dicho hospital. Por su gran acogida y demanda de ejemplares por parte de dicho personal como guía rápida de apoyo para el trabajo y consulta, dado que son fármacos de uso frecuente en su puesto de trabajo habitual. Actualización de la guía existente, necesaria por los cambios continuos y avances propios de nuestra profesión. Se añadirán nuevos fármacos si se considera necesario. Elaboración de un resumen de la forma de administración para una visualización aún más rápida de todos los fármacos incluidos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se elaboró la guía en un proyecto de 2010 para las unidades de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa", que está actualmente en impresión.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Impresión de guías de bolsillo para el personal, tanto fijo como contratado, del servicio de urgencias del HCU "Lozano Blesa".

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de proyectos similares de otros hospitales para mejorar la guía existente. Revisar los fármacos ya incluidos en la guía. Valorar la inclusión de nuevos fármacos, dada la actualización continua de nuestra profesión. Elaboración de un resumen de la administración de todos los fármacos, para una consulta aún más rápida, de los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Impresión de la guía con las mejoras que precise.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se estima que estará finalizado en diciembre de 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- copistería (impresión). 500 €
- Total 500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

339

INFORMACION A PACIENTES EXTERNOS SOBRE LOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS

2. RESPONSABLE MERCEDES GIMENO GRACIA

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARIN PEREZ MARIA DEL CORO. FARMACEUTICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el Servicio de Farmacia se dispensan: medicamentos de Uso Hospitalario, medicamentos extranjeros (Orden del 9 de Junio de 2005) y recientemente por las instrucciones de 9 de Febrero de 2010, 17 de Agosto de 2010 y 1 Marzo de 2011 de medicamentos antineoplásicos entre otros.

La actividad de la Unidad de Pacientes Externos ha aumentado considerablemente, pasando de 57 pacs de media al día en 2009 a 70 en 2010. En la convocatoria del año pasado se solicitó como proyecto de mejora: "mejora en la atención farmacéutica al paciente VIH", con la ayuda de un programa informático. Al no poder adquirir todavía dicho programa se inició paralelamente el desarrollo de información de medicamentos escrita para reforzar la explicación oral, sobre todo en la visita de inicio. Para ello, se realizó una búsqueda de información del medicamento, elaboración de hojas informativas de la medicación dirigida al paciente y previa puesta en conocimiento de los servicios prescriptores, se empezó a entregar a los pacientes y familiares en la primera dispensación del medicamento junto con la información oral.

Así, queremos continuar con dicha labor con más medicamentos extranjeros, cuyo prospecto está en otro idioma, y con otros medicamentos incorporados al hospital (everolimus , gefitinib

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Al no poder desarrollar el objetivo del proyecto anterior: "Mejora en la atención al paciente VIH" por no disponer de un programa informático de soporte. Se inició la elaboración de trípticos informativos de medicamentos dirigidos a los pacientes. Una vez buscada la información, plasmada en trípticos con lenguaje adecuado para los pacientes y puesta en conocimiento de los facultativos prescriptores, se empezó a proporcionar en la primera dispensación desde la Unidad de Pacientes Externos.

Estos medicamentos fueron: medicamentos extranjeros (praziquantel, tranilcipromina, fenelzina, propiltiouracilo y betanecol), filgastrim, lenogastrim, pegfilgastrim, epoetina alfa (uso en oncología y hematología), darbepoetin, temozolamida, capecitabina, talidomida, lenalidomida, anagrelida, imatinib, nilotinib, lapatinib, dasatinib, sunitinib, sorafenib y erlotinib.

Se contabilizaron durante tres meses los pacientes de primera visita a los que además de la información oral se les entregó tríptico de información del medicamento. El indicador utilizado para su puesta en marcha fue: número de trípticos entregados a pacientes en primera visita/número de pacientes susceptibles de recibir tríptico de información de medicamentos en primera visita.

Los resultados fueron:

En medicamentos extranjeros: 83%

De todos los medicamentos de los que se elaboraron trípticos: 69,21

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este nuevo proyecto, esperamos poder reforzar la información oral de más medicamentos extranjeros que se van importando, así como de nuevos medicamentos de uso hospitalario.

Además se pretenden mejorar el indicador previamente explicado, para que todos los pacientes estén informados (oral y por escrito) del medicamento del que están en tratamiento

Además se pasarán unas encuestas el segundo día de visita, para ver el impacto que ha tenido en los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar se hará una selección de los medicamentos de los que se va a elaborar una información por escrito para entregar al paciente en forma de tríptico.

Se realizará una búsqueda bibliográfica del medicamento para tener una información adecuada del mismo y valorar qué información se incluirá en el tríptico.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

339

INFORMACION A PACIENTES EXTERNOS SOBRE LOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS

Una vez elaborado el tríptico, dirigido al paciente, se pondrá en conocimiento de los facultativos prescriptores, para una posible modificación del contenido. Se imprimirán en color y se les entregará a los pacientes en la primera visita a la vez que se les explica de forma oral el medicamento. En la segunda visita, se les hará una encuesta de satisfacción con la información recibida en la primera.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de trípticos entregados a pacientes en primera visita / número de pacientes susceptibles de recibir tríptico de información de medicamentos en primera visita.

Este indicador se elaborará durante 3 meses, ya que el numerador hay que recogerlo manualmente, puesto que no disponemos de una herramienta informática que lo permita. El denominador se extraerá del programa de dispensación Dominion® de registro de dispensaciones.

- Encuesta de satisfacción de primera visita a farmacia en la segunda visita a la misma. Esta encuesta está por desarrollar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011 a octubre 2011: selección de medicamentos, búsqueda bibliográfica y elaboración de trípticos.

Octubre 2011-noviembre 2011: puesta en conocimiento de los facultativos prescriptores para posibles modificaciones

Noviembre 2011: impresión de trípticos a color

Noviembre 2011-Diciembre 2011 y enero 2012: entrega de trípticos y elaboración de indicadores.

Febrero 2012 - Marzo 2012: realización de encuestas

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Se agradecería formación en estadística

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 247

1. TÍTULO

FORMACION DE ENFERMERAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa (HCU) COMO ENFERMERAS REFERENTES EN LESIONES POR PRESION (LPP).

2. RESPONSABLE GEMMA GIRON JORCANO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- YAGÜE ALVAREZ PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MEDICINA INTERNA
- LANGARITA FERRER CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MEDICINA INTERNA
- MARCO NAVARRO MARIA JOSE. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las LPP constituyen un importante problema de salud. El coste global anual de las LPP para nuestro sistema nacional de salud se ha estimado en el 5,2% del gasto sanitario total de nuestro país. Entre 57.000 y 100.000 personas son atendidas diariamente en España por padecer una LPP. La mayoría de ellos tienen más de 65 años y el 71% supera los 75 años. En unidades de agudos, el promedio de estancia hospitalaria de los pacientes con LPP puede verse incrementado de 4 a 17 días. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. En: Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J (eds). Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006. Sant Joan Despi: GNEAUPP, 2007. Según criterios de expertos en este tema, las LPP son prevenibles en un 95% de los casos. Para la enfermería supone un reto importante la disminución de las tasas de prevalencia de este tipo de lesiones ya que éstas están relacionadas directamente con el nivel de calidad de los cuidados que ofrecen estos profesionales a sus pacientes. Los usuarios que se atienden habitualmente en las Unidades de Medicina Interna del HCU son pacientes de edad avanzada, pluripatológicos y muy a menudo dependientes para las actividades básicas de la vida diaria. En general, son enfermos con riesgo moderado o alto de sufrir LPP, que en muchas ocasiones acuden a nuestro centro con deterioro de la integridad cutánea o tisular. Para disminuir las tasas de prevalencia de nuestras Unidades de Medicina Interna, es fundamental tener profesionales preparados e instruidos, capaces de solucionar los problemas que puedan surgir en relación a este tipo de lesiones. Para ello, y como objetivo de la Comisión de Calidad del Servicio de Medicina Interna, se plantea organizar la formación de varias enfermeras adscritas a cada una de nuestras Unidades cuya misión será, una vez formadas en LPP, ser la referencia para el resto de profesionales, que tendrán en ellas el apoyo suficiente para poder solucionar los problemas que surjan relacionados con estas lesiones. La formación será eminentemente práctica y estará impartida por miembros de la Subcomisión de Lesiones por Presión del centro, teniendo como base de los talleres la GPC de lesiones por presión aceptada en el Hospital, en GuiaSalud y en GNEAUPP.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Disponer de 2 enfermeras formadas en LPP en cada una de las Unidades de Medicina Interna que sirvan como referencia para el resto de profesionales del Servicio.
- 2.- Disminuir las tasas de prevalencia de LPP en las Unidades de Medicina Interna.
- 3.- Mantener continuidad de cuidados mediante comunicación con Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Detectar y nombrar a las enfermeras referentes en LPP por parte de la Supervisora de la Unidad.

- 2.- Realizar talleres formativos de prevención, tratamiento y recursos materiales en LPP. Subcomisión de LPP del HCU.
- 3.- Diseñar programa de actuación en cada una de las Unidades de Medicina Interna según sus propias necesidades. Supervisora de Unidad y Enfermera referentes.
- 4.- Cooperación de la Enfermera referente con el resto de personal de las Unidades de Medicina Interna en relación a las LPP y registro de las colaboraciones

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 247

FORMACION DE ENFERMERAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA (HCU) COMO ENFERMERAS REFERENTES EN LESIONES POR PRESION (LPP).

solicitadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Elaboración de un programa de docencia para enfermeras referentes.
2.- Nº de colaboraciones solicitadas a las enfermeras referentes durante el 2º semestre de 2011/Nº de pacientes con LPP en 2º semestre 2011 en las Unidades de Med. Interna.
3.- Nº de pacientes que durante el ingreso no desarrollan LPP con Norton <=14 al ingreso/ total de pacientes con Norton <= 14 al ingreso
4.- Nº de ICCE de pacientes con LPP enviados a Atención Primaria en el 2º semestre de 2011/Nº de pacientes con LPP en 2º semestre de 2011 en las Unidades de Med. Interna

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- ABRIL: Captación y nombramiento de las enfermeras de las Unidades de Med. Interna seleccionadas para ser referentes. Organización del temario de los talleres por parte de los miembros de la Subcomisión de LPP.

2.- MAYO: 1ª Quincena.: Realización de talleres.

1ª Semana: Taller de prevención de LPP y materiales disponibles en el centro (cuáles y cuál es su utilidad).

2ª Semana: Taller de tratamiento de LPP. Concepto TIME. Preparación del lecho de la herida. Cura en ambiente húmedo. Casos clínicos

2ª Quincena: Inicio en las Unidades de Med. Interna de la colaboración de las Enfermeras referentes formadas en LPP e inicio de la recogida de datos de las colaboraciones solicitadas.

3.- NOVIEMBRE: Recogida de datos del indicador nº 3, coincidiendo con el corte que realiza la Unidad de Calidad del centro en relación a la prevalencia de LPP.

4.- RESTO DE MESES: Continuidad del proyecto.

5.- ENERO 2012: Recogida de datos para implementar los indicadores nº 2, nº 3 y nº 4

6.- FEBRERO Y MARZO 2012 : Elaboración de resultados del proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Proyector	400 €
· Presentador USB puntero láser	70 €
Total	470 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 119

1. TÍTULO

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FORMACION EN COMPETENCIAS COMUNES PARA MEDICOS INTERNOS RESIDENTES EN FORMACION DEL SECTOR III

2. RESPONSABLE JOAQUIN GOMEZ BITRIAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
• Servicio/Unidad .. SERVICIO URGENCIAS. FCC HCU
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• VILLAVERDE ROYO MARIA VICTORIA. MEDICO. UNIDAD DOCENTE MFYC. UNIDAD DOCENTE MFYC SECTOR III CALATAYUD
• VELA CONDON PABLO. MEDICO. UNIDAD DOCENTE MFYC. UNIDAD DOCENTE MFYC SECTOR III CALATAYUD
• ALBAREDA ALBAREDA JORGE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. JEFE SERVICIO TRAUMATOLOGIA HCU
• PEREZ MARTINEZ JESUS. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. DIRECCION MEDICA HCU
• MILLAN LOPEZ ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE URGENCIAS
• MORANDEIRA RIVAS CLARA. MIR. UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 3. CS MIRALBUENO GARRAPINILLOS
• LOPEZ CANALES CRISTINA. MIR. UNIDAD DOCENTE MFYC CALATAYUD. CS BOMBARDA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. promover, planificar y gestionar actuaciones formativas transversales, comunes a la formación de todas las especialidades en ciencias de la salud, publicó la Orden de 11 de mayo de 2007 por la que se regula y desarrolla el Programa de Formación en Competencias Comunes para Médicos Internos Residentes.
Este programa está destinado a todos los Médicos Internos Residentes (MIR) de la Comunidad Autónoma de Aragón, tiene carácter obligatorio, es remunerado para los docentes y debe de cumplir una serie de requisitos de calidad en aspectos de metodología docente y evaluativa.
Bajo el cumplimiento de esta orden, nuestro Sector debe garantizar el cumplimiento y realización de un total de 227 horas de actividades formativas para las 83 plazas acreditadas de médicos especialistas en formación publicadas en la oferta 2011(24 dependientes de la Unidad Docente de MFyC, y 59 adscritas al HCU Lozano Blesa).
Tras cuatro años de desarrollo del programa, en nuestro sector, la asimilación de esta formación como obligatoria ha sido muy variable en los distintas Unidades y Servicios acreditados para la docencia conllevando que en el año 2010, de los 72 médicos especialistas formados en nuestro ámbito sujetos a esta ordenación, sólo un 11% concluyeron su formación con la acreditación de haber superado este programa en su totalidad.
El gasto ocasionado para este mismo año, bajo este concepto ha sido de GASTO 2009-2010: 64311,67euros.
Sin duda alguna, las razones para estos tímidos resultados son muchas: (-lluvia ideas implicados en el proyecto-)
• pobre concienciación de la obligatoriedad del programa entre los protagonistas del mismo (residentes y tutores)
• bajo apoyo en muchas de las Unidades y Servicios a la asistencia a las distintas actividades formativas excusando problemas de agenda,
• falta de conocimiento del programa por parte de tutores y responsables docentes de los servicios que lo han vivido como una imposición ajena a ellos y fuera de los objetivos docentes específicos de su especialidad,
• desvinculación de las distintas Comisiones de Docencia y Asesoras al seguimiento continuado y evaluación del cumplimiento del programa dentro del sector.(0 referencias al programa en las actas del último año)
• dificultades en la planificación y ejecución de las propias actividades formativas (coordinación de actividades, aulas, materiales didácticos, docentes...)
• Creación de un conjunto de actividades de novo con diseño de 17 actividades formativas con sus correspondientes programas adaptados a las propios recursos docentes ya existentes.
• Dificultades en la integración de estas actividades en el propio itinerario formativo ya existente en los residentes (cursos propios de su especialidad, rotaciones, atención continuada, actividad investigadora, sesiones clínicas, cursos de doctorado,...)
Por tanto, y más allá de plantearnos el cumplimiento o no de una orden del Departamento de Salud y Consumo, en nuestro ámbito, la capacidad de mejora para un uso más eficiente de los recursos destinados al cumplimiento de la misma es sin duda en estos momentos muy amplia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

119

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FORMACION EN COMPETENCIAS COMUNES PARA MEDICOS INTERNOS RESIDENTES EN FORMACION DEL SECTOR III

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Creación de un grupo de trabajo en el Sector cuya función sea liderar el programa de FCC
2. Difundir la misión del programa, su obligatoriedad y las repercusiones posibles futuras de su incumplimiento, así como su estructura y normas de funcionamiento.
3. Planificar las 17 actividades formativas en tiempo y forma de manera que faciliten su inclusión en el itinerario formativo de las distintos Servicios acreditados para la docencia en el Sector.
4. Diseño de un proceso de gestión de la información que permita acceder a todos los implicados en el proceso (residentes, responsables docentes y tutores acreditados) a las informaciones relevantes sobre la planificación y resultados del programa .
5. Mejorar el rendimiento de las actividades formativas organizadas ajustar al máximo las ediciones de actividades respecto a la asistencia prevista, mediante la formulación de un procedimiento de convalidación basado en un histórico de resultados ajustado convalidaciones y justificaciones,(Actualmente las acreditaciones y convalidaciones se hacen a posteriori por lo que no se tienen en cuenta en la planificación de actividades).
6. Rediseñar todos aquellos programas de cursos con evaluación deficiente por parte de los residentes.
7. Mejorar significativamente el número de residentes por año se acreditan al terminar su residencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un grupo de trabajo que aúne a todos los agentes actualmente involucrados en la formación especializada del sector tanto de la atención primaria como de la atención especializada.
2. Difusión del programa en todos los Servicios acreditados para la docencia.
3. Planificación y diseño del catálogo de acciones formativas a desarrollar durante el curso lectivo 2011-12 en el primer trimestre tras la incorporación prevista de residentes (mayo 2011).
4. Diseño e implementación una estrategia de difusión de actividades formativas que implique a las Comisiones de Docencia, responsables docentes , tutores y residentes de los distintos servicios acreditados.
5. Evaluación continuada de la ejecución del programa (mínima semestral) con difusión de sus resultados tanto los referentes a la calidad docente del curso como al rendimiento en asistencia de los mismos.
6. Difusión de un procedimiento de acreditación y justificación que permita mejorar el rendimiento de las actividades formativas y su planificación.
7. Elaboración de una memoria anual del programa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de resultados finales:

- 1.Nº de residentes acreditados /año
2. residentes acreditados año/ residentes en último año de formación de ese año

Indicadores de seguimiento:

- 3.Indicador de satisfacción (de residentes asistentes) actividad formativa: n residentes* media ponderada de los ítems 8 y 11 de encuesta estandarizada I+CS
4. Indicador de rendimiento del curso: n asistentes/ asistentes posibles (plazas acreditadas- residentes convalidados -residentes justificados).
5. Indicador global del curso: indicador de satisfacción * indicador de rendimiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2011:

- 1.Creación Y primera reunión de un grupo de trabajo en el Sector cuya función sea liderar el programa de FCC, Cerrar el diseño de actividades y dividir las tareas con sus responsables.

MAYO:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

119

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FORMACION EN COMPETENCIAS COMUNES PARA MEDICOS INTERNOS RESIDENTES EN FORMACION DEL SECTOR III

1. Difundir a las Comisiones de Docencia la misión del programa, su obligatoriedad y las repercusiones posibles futuras de su incumplimiento para sus residentes, su contenido, así como su estructura y procedimientos de funcionamiento. Resultados de los que partimos y objetivos que esperamos conseguir.
2. Diseño de un catálogo de actividades formativas que conforman el programa.

JUNIO:

1. Diseño e implementación de la estrategia de difusión de las actividades formativas que conformen el programa a los distintos agentes: Comisiones de Docencia, responsables docentes, tutores y docentes y residentes

JULIO-AGOSTO:

1. Concreción de los programas y docentes responsables para desarrollar las actividades formativas, diseño de calendario de actividades. Teniendo en cuenta los resultados de valoración de los años previos.

AGOSTO-SEPTIEMBRE:

1. Difusión del catálogo de actividades formativas, así como apertura del proceso de convalidación de actividades o justificaciones.
2. Inicio de actividades formativas, implementación de los procedimientos de difusión diseñados con anterioridad previa a cada actividad formativa a modo de recordatorios
3. Envío de recordatorio de planificación trimestral.

NOVIEMBRE:

1. Corte de evaluación continuada.
2. Envío de recordatorio de la planificación de actividades trimestrales.

DICIEMBRE:

1. Difusión de resultados evaluación
2. Envío de recordatorio de la planificación de actividades trimestrales.

ENERO:

1. Corte de evaluación continuada.
2. Recordatorio de planificación trimestral (febrero-marzo-abril).

FEBRERO:

1. Difusión de resultados evaluación

2. Envío de recordatorio de la planificación de actividades trimestrales

ABRIL:

1. Corte de evaluación continuada.
2. Realiación de memoria anual de actividades y de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRIAJE PEDIATRICO EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE GONZALO GONZALEZ GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OLIVARES LOPEZ JOSE LUIS. PEDIATRA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRIA
- MIRALLES PUIGBERT ANNA. MIR 1 DE PEDIATRIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE PEDIATRIA
- RUIZ LANGARITA ISABEL. MIR 1 DE PEDIATRIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE PEDIATRIA
- RIBES GONZALEZ MARIA. MIR 1 DE PEDIATRIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE PEDIATRIA
- LACAMBRA ORGILLES ELENA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE URGENCIAS
- SARREGUI MARTINEZ BEGOÑA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE URGENCIAS
- PERALES GARCIA PATRICIA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los niños presentan problemas de riesgo vital con menos frecuencia que los adultos pero tienen más riesgo de presentar signos o síntomas de enfermedad grave de forma sutil o deterioro rápido. La valoración de los síntomas en el niño, especialmente en los menores de 1 año, es difícil y habitualmente está interferida por la angustia familiar.

El triaje es la primera valoración por parte de personal sanitario, es decir, la valoración clínica preliminar antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa y nos permite conocer el grado de Urgencia que presenta un paciente.

Los objetivos del triaje son:

- Priorizar la atención de los niños según la gravedad. (Filtro que asegura que las enfermedades no urgentes no interfieran con las de verdadera urgencia).
- Aplicar o realizar técnicas de enfermería para garantizar el confort del paciente.
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente.
- La familia debe esperar informada, atendida y segura.

El triaje es necesario debido a la masificación de las Urgencias. En el Hospital Clínico Lozano Blesa hemos pasado de ver en el año 2003 14.000 urgencias pediátricas a 20.000 niños en el año 2010. Por este motivo es importante discriminar entre patología banal y patología urgente

Existen dos formas de triaje: Una subjetiva basada únicamente en la experiencia del clasificador y otra objetiva mediante cuestionarios. La realidad existente en las urgencias del Hospital Clínico es la siguiente: En el año 2009 se instauró un programa de triaje objetivo basado en cuestionarios como una medida de mejora del sistema previo y se dieron cursos de formación generales. Anteriormente a esa fecha, los residentes de primer año de varias especialidades (no incluido pediatría) eran los que clasificaban a los pacientes. Desde que instauró el programa, las enfermeras pasaron a clasificar en horario de 8:00 a 22:00 con el triaje objetivo y los residentes de primer año de 22:00 a 8:00 de forma subjetiva.

Los pacientes según el grado de urgencia se clasifican en 5 niveles: nivel 1 (riesgo vital inmediato), nivel 2 (alto riesgo, inestabilidad fisiológica, dolor intenso), nivel 3 (situación urgente, de riesgo potencial con estabilidad fisiológica), nivel 4 (situación menos urgente, potencialmente seria) y nivel 5 (situación no urgente).

Desde urgencias de pediatría "se tenía la sensación" de que el nivel de prioridad asignado a los niños clasificados no era el correcto, considerándolo un verdadero problema porque interfería en la atención inmediata de nuestros pacientes. Así que decidimos realizar un estudio a este respecto: 1) elaborando una encuesta de satisfacción y de cumplimiento de objetivos a rellenar por enfermeras y MIR de primer año que clasifican pacientes; 2) analizando de forma pormenorizada los pacientes clasificados con nivel 1, nivel 2 y comprobando si su estado se correspondía de forma objetiva con el nivel de urgencia clasificado 3) Analizando todos los pacientes vistos en urgencias de pediatría en el año 2010 que fueron clasificados con un nivel de gravedad 2,3,4 o 5 y que en realidad correspondía a un nivel de gravedad 1 (resucitación).

En las encuestas se hicieron 9 preguntas

Se han realizado encuestas a los 2 colectivos que realizan triaje pediátrico: Enfermería (16); Residentes de primer año (11).

1) Cuando clasificáis un nivel de gravedad: ¿El nivel obtenido os parece coherente con la situación clínica del paciente?

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

244

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRIAJE PEDIATRICO EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Enfermeras: Si- 37%; No-44%; A veces-13%; No contesta 6%/Residentes: Si-55%; No-45%

2) ¿Pones el pulsioxímetro si se refiere patología respiratoria en los niños?

Enfermeras: Si- 50%; No-25%; A veces-25%/Residentes: Si-36%; No-46%;A veces-9%;No contesta-9%

3) ¿Tomas la frecuencia cardiaca/respiratoria en pacientes pediátricos?

Enfermeras: Si- 6%; No-75%; A veces-19%/ Residentes: Si-27%; No-64%;A veces-9%

4) ¿Utilizas el termómetro en pacientes pediátricos?

Enfermeras: Si- 31%; No-56%; A veces-13%/Residentes: Si-18%; No-82%.

5) ¿Apuntas las contantes en el PCH cuando las tomas?

Enfermeras: Si- 75%; No-25%/Residentes: Si-9%; No-91%.

6) ¿Crees que desde que un niño es clasificado hasta que es visto por un pediatra está bien supervisado?

Enfermeras: Si- 25%; No-69%; A veces-6%/Residentes: Si-18%; No-64%;A veces-9%; No contesta-9%.

7) ¿Estás contento/a con el sistema de triaje?

Enfermeras: Si- 38%; No-62%/Residentes: Si-18%; No-82%.

8) ¿Crees que el sistema de triaje es mejorable?

El 100% de los encuestados pensaba que sí.

9) ¿Te gustaría que se tuviera en cuenta tu impresión clínica de la gravedad?

El 100% de los encuestados pensaba que sí.

Análisis de los pacientes clasificados con prioridad 1 en Urgencias del Hospital Clínico:

Resultados: Acudieron 19 pacientes triados con prioridad 1 (0,1% de las Urgencias anuales). La edad media de presentación fue 3,02 ±2,9 años, con un 78,9% de menores de 4 años. El 52,6% fueron niños y el 47,4% niñas. Según la distribución de pacientes con prioridad 1 vs proporción de pacientes totales en cada turno, la relación fue: turno1: 15,8% vs 31,3%; turno2: 42,1% vs 48,47% y turno3: 42,1% vs 20,05%. Solo uno de los pacientes precisó atención en sala de reanimación y sólo un paciente se trasladó a otro hospital. Se realizaron pruebas complementarias en el 37% de los pacientes. Precisarón hospitalización 5 pacientes (26,3%), se quedaron en observación (>4 horas) 3 pacientes (15,8%) y 11 pacientes obtuvieron el alta domiciliaria (57,9%). Los diagnósticos fueron: accidentes (36,8%) (especialmente TCE); procesos neurológicos (21,05%) (principalmente convulsiones febriles); procesos infecciosos (15,8%), una intoxicación por fármacos (5,2%) y otros (21,05%). Comparando la prioridad con la que los pacientes fueron triados con el nivel de prioridad objetivo que presentaban en Urgencias fue: Nivel 1: 5%; Nivel 2: 16%; Nivel 3: 48%; Nivel 4: 26 %; Nivel 5: 5%.

Conclusiones. Entre los pacientes triados con máxima prioridad se encuentran sobretodo menores de 4 años. Se tría más prioridad 1 por la noche, cuando el triaje es realizado por residentes de primer año. Los diagnósticos más repetidos son convulsiones febriles y traumatismos craneoencefálicos. Según protocolos de nuestro servicio, la urgencia de prioridad 1 requiere atención médica inmediata, que solamente uno de estos pacientes precisó, y traslado a la Sala de Reanimación, que se realizó en un solo caso. El 94,7% de los pacientes clasificados con un nivel 1 no se corresponde con su nivel de prioridad

Análisis de los pacientes clasificados con prioridad 2 en Urgencias del Hospital Clínico:

Resultados. Durante el año 2010 acudieron 19565 pacientes triados, 718 con prioridad 2, eso representa el 4 % de las Urgencias Pediátricas. La edad media de presentación fue de 3,63 ± 2,79 años, mediana de 2,5 años, siendo el grupo más frecuente el de menos de 1 año. La distribución por sexos fue: varones (54%) y mujeres (46%). La distribución de los pacientes fue: el 33% en turno de mañana, el 50% durante la tarde y por la noche el 17%. Por la mañana el 1,3% de los pacientes totales, por la tarde el 1,63% y por la noche el 0,57%. Sólo el 16% se ajustan a patologías clasificables como prioridad 2. Precisarón ser trasladados en ambulancia a otro hospital 11 pacientes (1,53%). Necesitarón hospitalización en planta 87 pacientes (2,37%). El resto, 80 pacientes, fue dado de alta domiciliaria sin observación (62%). Los diagnósticos fueron: las infecciones respiratorias (27,3%); seguido de patología digestiva (19,08%), sobretodo gastroenteritis; fiebre y afecciones traumatológicas (10,03% respectivamente) y otros diagnósticos (38,3%).

Conclusiones. Entre los pacientes triados con prioridad 2 se encuentran sobretodo pacientes menores a un año. Los diagnósticos más repetidos son patología respiratoria y digestiva. Sólo el 16% se ajustan a patologías clasificables como prioridad 2. Sólo 11 pacientes requirieron traslado a otro centro hospitalario debido a que precisaban atención quirúrgica o UCI.

Análisis de los pacientes clasificados con prioridad 2, 3, 4 y 5 en Urgencias del Hospital Clínico y que debieron ser triados con prioridad 1:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

244

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRIAJE PEDIATRICO EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Resultados: Acudieron 19546 pacientes triados con prioridades 2, 3, 4 y 5 (99,9% de las Urgencias anuales). De ellos, 13 deberían haber sido triados con prioridad 1 (0,07%). La edad media de presentación fue 3,02 ±2,96 años, mediana 3,13 años, con un 21% de menores de 1 año. El 54% fueron niños y el 46% niñas. Los principales diagnósticos fueron: politraumatismos y pérdida de consciencia (21,43% respectivamente) y 2 bronquiolitis agudas (15,4%). Se trasladaron 4 pacientes (30,8%), 3 por requerir UCI y 1 por necesitar cirugía maxilo-facial. 9 niños (69,2%) fueron ingresados en planta de Pediatría. Ninguno fue dado de alta a domicilio.
Conclusiones: 13 pacientes que deberían haber sido atendidos de forma inmediata por enfermería y pediatría, se demoró su asistencia poniendo en riesgo su integridad física.

Como comentarios finales:

- El 44% de las enfermeras y el 45% de los residentes encuestados piensan que el nivel de gravedad con el que clasifican a los pacientes pediátricos no se corresponde con la realidad
- En general ni enfermeras ni residentes de primer año toman las constantes en los niños en el momento del triaje.
- El 69% de las enfermeras y el 64% de los residentes piensan que los niños no están bien supervisados desde que se clasifican hasta que son vistos por un pediatra.
- En general, el triaje se realiza de forma más objetiva en turno de mañana y tarde
- De los 19 pacientes triados con prioridad 1 solo uno de ellos se paso a sala de vitales y el 94.7% de ellos no se correspondía con su nivel de gravedad.
- Hubo 13 pacientes que deberían haber sido atendidos de forma inmediata por enfermería y pediatría y en los que se demoró la asistencia, poniendo en riesgo su integridad física.

Fuentes:

- Encuesta realizada en Urgencias del Hospital Clínico Universitario a enfermería y Residentes de primer año que realizan triaje. Presentadas en sesión clínica en el servicio de Pediatría del Hospital Clínico y en sesión clínica de Enfermería en Urgencias del Hospital Clínico.
- Revisiones de pacientes pediátricos triados con prioridad 1, prioridad 2 y de los pacientes graves en los que se demoró su asistencia presentadas como póster expuesto en el XVI Reunión de la SEUP. Gijón 7, 8 y 9 de Abril de 2011 (Sociedad Española de Urgencias Pediátricas)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Urgencias Hospitalarias: Estándares y recomendaciones. (página WEB de la SEUP)
- Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria de la SEUP
- Mintegui Raso S. Organización de un servicio de Urgencias Pediátrico. En Benito J, Luaces C, Mintegui S, Pou J. Tratado de Urgencias en Pediatría. 2ª ed. 2011 Ergon. (2):3-40.
- Durani Y, Brecher D, Walmsley D, Attia MW, Loiselle JM. The Emergency Severity Index Version 4: reliability in pediatric patients. *Pediatr Emerg Care.* 2009; 25(8):504-507.
- Gomet J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de La nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias.* 2006; 18: 207-214.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos:

- 1) Mejorar la calidad de la asistencia, dando prioridad a los pacientes más graves.
- 2) Mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos clasificados en Urgencias del Hospital Clínico Universitario.
- 3) Mejorar el Triage pediátrico

Resultados:

- 4) Mejor formación en el triaje pediátrico en los profesionales que desempeñan esta función.
- 5) Toma de constantes en triaje a los pacientes pediátricos que lo precisen

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 244

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRIAJE PEDIATRICO EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

6) Adecuar el nivel de gravedad asignado a los pacientes pediátricos a la hora de clasificarlos con la realidad del paciente
7) Mayor colaboración y entendimiento entre enfermería de urgencias, residentes de primer año que trían y personal de Pediatría de Urgencias del Hospital Clínico Universitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ampliación de la encuesta realizada a enfermería y residentes de primer año para conocer punto de partida inicial. (Dra. Isabel Ruiz, Dra. Anna Miralles, Dra Ribes)
Sesiones clínicas dirigidas a Enfermería y residentes de primer año sobre la patología pediátrica más frecuente, haciendo hincapié en los signos de alarma y aspectos clínicos que hagan sospechar patología urgente: Utilización del Triangulo de Evaluación Pediátrico. (Dr. Gonzalo González)
Dotar a uno de los cuartos de clasificación con aparataje pediátrico: torre de constantes, termómetro...
Implantación de la utilización de las escalas del dolor en pediatría: (FLACC, visual, Wong-Baker), así como de tablas con parámetros de normalidad de constantes vitales en pediatría divididas por edades (Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, Tensión arterial...)
Presentación y justificación del Protocolo de enfermería "actuación ante el niño critico en urgencias: protocolo a seguir". (Begoña Sarregui, Elena Lacambra)
Realización de protocolo : "Actuación ante niño con nivel de gravedad 1 y 2" (Dr Gonzalo González, Dra Isabel Ruiz, Dra. Anna Miralles, Dra Ribes)
Repetir encuesta de objetivos realizados y de satisfacción al personal sanitario que realiza el triaje al finalizar el proyecto. (Dra Isabel Ruiz, Anna Miralles, Dra Ribes)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Realización de encuesta de satisfacción al principio y final del proyecto.
2. Asistencia a sesiones (>50-80%)
3. Proporción de ingresos en pacientes nivel 1 (70-90%)
4. Proporción de ingresos en pacientes nivel 2 (40-70%)
5. Toma de constantes en pacientes de prioridad 1 (100%)
6. Toma de constantes en pacientes con prioridad 2 (50-70%)
7. Apuntar constantes tomadas en PCH (40-80%)
8. Supervisión por parte de enfermería y pediatría en todo momento a paciente con prioridad 1 (100%)
9. Llamada telefónica o aviso al busca del pediatra responsable en aquellos pacientes con prioridad 2 (90%)
10. Aplicación de escalas de dolor globalmente: (40-70).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se llevará a cabo de Mayo de 2011 a Mayo de 2012.
Ampliación de encuestas (Mayo 2011)
Sesiones clínicas sobre aspectos pediátricos en el triaje (Junio, Julio, Agosto 2011)
Presentación de protocolos realizados (Octubre-Noviembre 2011)
Revisión de pacientes con nivel de prioridad 1 y 2 en el 2011: valoración de cumplimientos de objetivos. Revisión de indicadores de calidad (Enero-Febrero 2012)
Repetición de encuestas al final del proyecto (Abril-Mayo 2012)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· *Portátil y material informático diverso (realización de sesiones 900 €
· Material de papelería para realización de encuestas y protocolos 100 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. *Portátil y material informático diverso (realización de sesiones clínicas y protocolos

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

112

PROTOCOLO DE REMISION A CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA (CME INOCENCIO JIMENEZ) DE PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS HOSPITALARIAS CON SINTOMATOLOGIA GINECOLOGICA "PREFERENTE", NO URGENTE

2. RESPONSABLE JOSE VICENTE GONZALEZ NAVARRO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REPOLLES LASHERAS SIRIA. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. GINECOLOGIA
- LEAL CARIÑENA CONCEPCION. MEDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. GINECOLOGIA
- ROLDAN RIVAS FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. GINECOLOGIA
- CAVERO PEREZ ELENA. ENFERMERIA. CME INOCENCIO JIMENEZ. GINECOLOGIA
- MORENO MAMPEL CRISTINA. ENFERMERIA. CME INOCENCIO JIMENEZ. GINECOLOGIA
- MUÑOZ GONZALEZ YOLANDA. ENFERMERIA. CME INOCENCIO JIMENEZ. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual la saturación de las consultas externas y la consecuente lista de espera, lleva a muchas mujeres a acudir a urgencias hospitalarias cuando presentan sintomatología que sin ser muchas veces urgente preocupa a la paciente. Parte de estas pacientes presentan patología ginecológica "urgente" que requiere atención inmediata, pero en no pocas ocasiones se trata de patología banal que no precisa ningún tipo de estudio posterior. Entre ambas situaciones nos encontramos con mujeres que presentan síntomas o signos que sin requerir una actuación "urgente" pueden ser la manifestación de patología ginecológica severa, y por lo tanto han de ser sometidas a estudio con carácter "preferente". Estas mujeres no pueden recibir respuesta a su demanda en el servicio de urgencias, pero tampoco deben estar sujetas a unas listas de espera de meses. Todo esto supone que además de no poder solucionar el problema, se sobrecarga la actividad de las urgencias, generan pruebas complementarias a veces inadecuadas y no efectivas. De ahí la necesidad de establecer una ruta de acceso de estas pacientes con sintomatología "sospechosa de severidad", que requieren su estudio, no una actuación urgente, a las consultas de Ginecología sin la demora que acompaña actualmente a las listas de espera.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Mejorar la atención ginecológica "preferente" de las mujeres del sector III asignadas a las consultas jerarquizadas del CEM "Inocencio Jiménez" y que presenten sintomatología sospechosa de patología severa.
2.- Evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias e ineficaces, que no ayudan en nada a resolver el problema existente (coste-beneficio).
3.- Evitar la saturación actual de las urgencias hospitalarias del servicio de ginecología del Hospital Lozano Blesa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Modificación de la agenda de Ginecología Jerarquizada de las consultas externas del CEM "Inocencio Jiménez".
2.- Definir los "motivos de consulta" por los que las pacientes han de ser remitidas de forma "preferente" desde las urgencias hospitalarias hasta la consulta de Ginecología Jerarquizada del CEM "Inocencio Jiménez".
3.- Establecer las medidas diagnósticas susceptibles de ser solicitadas desde la urgencia hospitalaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Tiempo de espera para la atención de las pacientes que presenten sintomatología "preferente"
2.- Establecer registro de consultas "preferentes"

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Modificación de las agendas: antes del 30 de abril de 2011.
2.- Establecimiento de los criterios de remisión: antes del 30 de abril de 2011.
3.- Puesta en marcha del circuito: 1 de mayo de 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

112

PROTOCOLO DE REMISION A CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA (CME INOCENCIO JIMENEZ) DE PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS HOSPITALARIAS CON SINTOMATOLOGIA GINECOLOGICA "PREFERENTE", NO URGENTE

4.- Primera evaluación de resultados: 1 de noviembre de 2011 (seis meses).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION: REEVALUACION DEL RIESGO INTERMEDIO PARA CROMOSOMOPATIAS Y CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS

2. RESPONSABLE RAFAEL GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - JIMENEZ MARTINEZ DOLORES. MEDICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - SANZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - TAJADA DUASO MAURICIO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - BLASCO COMENGE CARMEN. MEDICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. BIOQUIMICA
 - PEREZ PASCUAL PILAR. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - ALONSO TUDANCA PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aplicación del cribado combinado de primer trimestre en el cribado de cromosomopatías en las embarazadas del área sanitaria III de Zaragoza ha conseguido disminuir la tasa de amniocentesis desde el 25-30% en el año 2006-7 hasta cifras inferiores al 10% en el momento actual. Progresivamente se ha elevado la edad materna en el parto para ofrecimiento de técnica invasiva desde los 35 años (25% de la población) a los 38 (10-12% de la población) y a los 40 años (4% de la población) en la actualidad.

El cribado combinado de primer trimestre es un procedimiento con una tasa de detección de cromosomopatías (trisomía 21) del 85% con una tasa de falsos positivos del 3,5% cuando se utiliza un punto de corte de un riesgo de 1/300 o superior. Esta tasa es claramente superior a la del cribado de 2º trimestre, que se aplicaba hasta ese momento y que se aplica en la actualidad cuando la primera consulta se produce más allá de la semana 13+6.

El riesgo se calcula en función de la traslucencia nucal medida en un feto con una determinada longitud cráneo caudal y las concentraciones en sangre materna de la Proteína Plasmática A Asociada al Embarazo y la gonadotropina coriónica.

Las últimas publicaciones a nivel internacional han constatado que el riesgo de cromosomopatía puede clasificarse de 3 grandes grupos:

- a) ALTO RIESGO: riesgos = 1/100
- b) RIESGO INTERMEDIO: riesgos comprendidos entre 1/100 y 1/1000
- c) BAJO RIESGO. Riesgo < de 1/1000

Nuestros datos confirman que aproximadamente el 2% de la población presenta un riesgo alto, un 8% de la población tienen riesgo intermedio y el 90% tiene bajo riesgo.

La mayor parte de los casos de falsos negativos se producen en el grupo de riesgo intermedio. Falsos negativos son los casos de síndrome de Down que presentan riesgos inferiores a 1/300 y superiores a 1/1000.

A los casos de ALTO RIESGO (= 1/300) se les ofrece directamente técnica invasiva para cariotipo (biopsia corial o amniocentesis).

A los casos de BAJO RIESGO (< 1/300) no se les oferta otro procedimiento de cribado de cromosomopatías hasta la ecografía de la semana 20.

Actualmente no se trabaja con el grupo de riesgo intermedio. La conducta es ofrecer la técnica invasiva a los casos con riesgo igual o superior a 1/300 y no ofrecerla a los casos con riesgos inferiores a 1/300.

Nuestra propuesta es un sistema de REEVALUACION DEL RIESGO INTERMEDIO.

Las embarazadas serían informadas "a priori" de las características del programa.

Serían llamadas a "Consulta de Diagnóstico Prenatal" o incluidas en la evaluación todas las embarazadas con riesgos igual o superior a 1/1000.

A los casos de riesgos igual o superior a 1/100 se les ofertaría directamente la técnica invasiva.

Al resto de casos se completaría la exploración ecográfica con los marcadores de segundo nivel, en el caso de que no hubieran sido obtenidos en la exploración de la semana 12. Estos marcadores serán el hueso nasal, la onda de velocidad de flujo en el conducto venoso de Aranzio y la existencia de regurgitación en la válvula tricúspide.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

155

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION: REEVALUACION DEL RIESGO INTERMEDIO PARA CROMOSOMOPATIAS Y CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS

A todos los casos con riesgo intermedio se les realizará en la semana 14-15 un cribado completo de segundo trimestre (alfafetoproteína, estriol y gonadotropina coriónica).

Se ofertará técnica invasiva a los casos con riesgo intermedio cuando exista positividad en alguno de los marcadores de segundo nivel en la ecografía del primer trimestre y/o cuando exista en el test integrado un riesgo igual o superior a 1/300.

El test integrado es el procedimiento más potente para la detección de cromosomopatías, con tasas de detección próximas al 95% y con tasa de falsos positivos inferiores al 5%.

Aproximadamente el 4-5% de la población presenta uno o más de los siguientes marcadores: Traslucencia nucal por encima del percentil 99 para la edad gestacional, onda de velocidad de flujo en el conducto venoso de Aranzio alterada (flujo ausente o reverso al final del diástole) o regurgitación en la válvula tricúspide. Este pequeño grupo de embarazadas tienen el 60% del total de cardiopatías congénitas. 1 de cada 20-25 embarazadas tienen 6 de cada 10 cardiopatías congénitas, con un riesgo relativo de aproximadamente 15 veces.

Los fetos que presenten uno o más de estos marcadores positivos, independientemente del ofrecimiento de una técnica invasiva para conocer cariotipo cuando presenten alto riesgo o riesgo intermedio, serán dirigidas para la realización de una ecocardiografía precoz, sobre la semana 16 y posteriormente una exploración detallada ecocardiográfica en la semana 20 de gestación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto enlaza con previos de nuestro grupo de trabajo

2008 Difusión de la estrategia de cribado de los defectos congénitos entre el personal sanitario del Área Sanitaria III de Zaragoza.

2009 Acciones promotoras de información sobre la población general acerca de las posibilidades del diagnóstico prenatal. Publicación de un folleto informativo, divulgativo que incluya la estrategia de cribado prenatal de los defectos congénitos en nuestra área sanitaria (Área Sanitaria III de Zaragoza).

2010 Puesta en marcha de una base de datos sobre prevalencia de defectos congénitos atendiendo al diagnóstico prenatal e interrupciones de embarazo en el Área Sanitaria III de Zaragoza.

Desde el año 2007 en que se implantó el cribado combinado de primer trimestre, en las embarazadas en las que se ha aplicado el programa, se han detectado todos los casos de trisomía 21, con cifras de riesgo de 1/300 o superior salvo en 2 casos.

Los 2 casos habían presentado riesgos de 1/510 y 1/360. En ambos casos el riesgo bioquímico era elevado pero la normalidad de la translucencia nucal determinó una cifra de riesgo inferior a 1/300. El 2º de los casos era una embarazada de 39 años, a la que, en ese momento se le ofreció la técnica invasiva por edad igual o superior a 38 años, pero denegó el procedimiento.

Las cardiopatías congénitas corresponde a un grupo de defectos congénitos frecuentes (1 de cada 150 nacidos) con más baja tasa de identificación prenatal. En la práctica clínica es la ecografía de la semana 20 la clave para el diagnóstico de este grupo de patología. La mayor parte de las cardiopatías las diagnosticamos en gestantes de bajo riesgo. La selección que supone la presencia de marcadores de la semana 12 de un grupo con un riesgo mucho más alto que el conjunto de la población permitirá intensificar las medidas diagnósticas, para lograr más casos de identificación prenatal. Algunas cardiopatías son susceptibles de interrupción de embarazo, cuando son muy graves y así lo deciden los padres, pero muchas de ellas son subsidiarias de un parto programado en centros especializados y de un tratamiento eficaz en un importante porcentaje de los casos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El resultado que esperamos es mejorar nuestro procedimiento de cribado de cromosomopatías, disminuyendo la tasa de falsos positivos y aumentando la tasa de detección, especialmente de la trisomía 21.

El nuevo procedimiento debería detectar más de un 90% de casos de trisomía 21 con una tasa de técnicas invasivas total inferior al 10%.

La ecocardiografía dirigida al grupo con mayor riesgo de cardiopatías congénitas nos debe proporcionar un incremento de nuestra tasa de detección prenatal de este grupo de defectos congénitos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento se iniciará en el médico que realiza la primera consulta del embarazo y en el médico que la realizará la ecografía de la semana 12 de gestación, la que se incluye en el cribado combinado de primer trimestre.

El personal auxiliar de enfermería presente en todas las unidades de ecografía en que se realizan estas ecografías colaborará también en el procedimiento, explicando junto con el médico las circunstancias en las que podrán ser llamadas a la unidad para ser informadas del riesgo específico y del procedimiento a

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

155

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION: REEVALUACION DEL RIESGO INTERMEDIO PARA CROMOSOMOPATIAS Y CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS

seguir. Se les pedirá un teléfono de contacto mediante el que se les citará para información y completar los datos que sean necesarios para el cálculo del riesgo final.

La sección de Hormonología del Laboratorio de Bioquímica procederá en todos los casos de riesgo intermedio (riesgo de 1/1000 o superior) a una determinación de cribado bioquímico de segundo trimestre completo, a diferencia de los casos de bajo riesgo, en los que sólo se determinará alfafetoproteína. El laboratorio presentará una cifra final de riesgo con el test integrado.

El punto final de estudio del grupo de riesgo intermedio, como todos los demás casos, será la ecografía morfológica de la semana 20. En este caso, la existencia de malformaciones estructurales indicará el ofrecimiento de técnica invasiva. La existencia de marcadores de cromosomopatías, modificará la cifra de riesgo, ofreciendo técnica invasiva en los casos en los que el riesgo final sea igual o superior a 1/300.

Los casos con positividad en alguno de los marcadores del primer trimestre (traslucencia, ductus venosos y/o tricúspide) independientemente del ofrecimiento de técnica invasiva, serán programados para ecocardiografía precoz (semana 16) y ecocardiografía en la ecografía de la semana 20.

Para la realización del proyecto es imprescindible la colaboración de todos los médicos que desarrollan su labor asistencial preferentemente en la Sección de Ecografía, Diagnóstico y Tratamiento Fetal, todo el personal de enfermería presente en las diferentes unidades de la Sección, la responsable de la Sección de Hormonología del laboratorio de Bioquímica del Hospital Clínico Universitario, así como las enfermeras que colaboran en este proceso.

Por impedimento derivado del número de personas incluidas en el proyecto, no pueden figurar:

Lidia Borraz laguna,
Ana Capelo Francés,
Eliana Solari Mendoza,
Ana Ballesteros y
Paloma Martin de Cáceres

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de cribados combinados de primer trimestre realizados cada mes
2. Número de casos de cribados combinados de primer trimestre con resultado de alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo cada mes. Esta información será proporcionada directamente por Laboratorio de Hormonología.
3. Número de técnicas invasivas (porcentaje) realizadas en las gestantes con riesgo alto, intermedio y bajo. Este dato será obtenido por la sección de Ecografía y Diagnóstico Prenatal.
4. Tasa final de falsos positivos del cribado combinado de primer trimestre. Se obtendrá para periodos de 3 meses.
5. Tasa de falsos negativos. Se obtendrá para periodos de 1 año.
6. Número y porcentaje de casos con marcadores de primer trimestre positivo (traslucencia por encima del percentil 99, ductus venosos alterado y/o regurgitación tricuspídea)
7. Porcentaje de estos casos con cariotipo normal (si indicada técnica invasiva) a los que les es realizada ecocardiografía precoz (semana 16) y ecocardiografía en la ecografía de la semana 20.
8. Número de casos y porcentaje de cardiopatía congénita en gestantes con marcadores de cardiopatía en la ecografía de la semana 20.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio está previsto para el día 1 de mayo de 2.011 y pretende aplicarse ininterrumpidamente durante 1 año, analizando la aceptación y los resultados obtenidos. Si el resultado es positivo, se seguirá aplicando hasta que existan evidencias de algún procedimiento mejor.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. No se incluyen como participantes directos en el programa a varias auxiliares de enfermería que están destinadas en las consultas de ecografía (Lidia Borraz laguna, Ana Capelo Francés, Eliana Solari Mendoza.) , cuya participación es imprescindible para una correcta aplicación del programa, dada la limitación a 7 de los miembros del equipo.

Así mismo sería necesario certificar la participación en el proyecto de las 2 enfermeras que trabajan en el cribado bioquímico (Ana Ballesteros y Paloma Martin de Cáceres).

Sería necesario que se les extendiese un certificado oficial con respecto a su participación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

155

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION: REEVALUACION DEL RIESGO INTERMEDIO PARA CROMOSOMOPATIAS Y CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS

No hemos incluido presupuesto alguno, dado que pensamos podemos desarrollar esta actividad con los medios estándar. Pensamos que a lo largo de estos próximos meses, cada unidad de ecografía será dotado con un ordenador que funcione y una impresora que funcione.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

502

APLICACION DE LAS TIC: INFORMATIZACION DE LAS SOLICITUDES DE FORMACION CONTINUADA DEL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE CARMEN HERNANDEZ SALUEÑA

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. DIRECCIÓN DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVE
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTAN RUIZ SILVIA. TECNICO DE SALUD. DIRECCION ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II. DIRECCION ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
- CASTELLANO MILIAN MARIA ANGELES. GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA
- GARCIA RUIZ PILAR. GRUPO AUXILIAR DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. GESTION ECONOMICA (PROVISIONAL)
- HERNANDEZ GONZALEZ ISABEL. GRUPO AUXILIAR DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. APOYO UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA /

SECRETARIA

- IBAÑEZ VICENTE ANGELA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. INFORMACION Y COMUNICACION / APOYO COMUNICACION SE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Desde su creación, en la Unidad de Formación Continuada del Sector Zaragoza III se viene realizando un gran esfuerzo para hacer realidad el derecho/obligación de todas las personas que día a día prestan sus servicios en el Servicio Aragonés de Salud y más en concreto en nuestro Sector.

Su misión es la de contribuir a mantener actualizados aquellos conocimientos y habilidades específicos necesarios para el adecuado desarrollo de las funciones de cada uno de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en el Sector III, así como aquellos otros de carácter general o estratégicos que desde el punto de vista institucional pudieran servir para lograr un mejor funcionamiento global del Sector (más eficiente, más efectivo y de mayor calidad).

Con esta formación se pretende que todos los profesionales se puedan adaptar a las necesidades cambiantes de su profesión y a los nuevos avances tecnológicos, con una incidencia directa en la organización y funcionamiento de la asistencia que se presta a los usuarios del Servicio Aragonés de Salud, siendo esta cada vez más compleja y eficaz.

Desde esta Unidad consideramos que la Formación Continuada es un VALOR de enriquecimiento personal y laboral; tanto para los destinatarios de las acciones formativas, como para la propia entidad que la planifica, ejecuta y gestiona.

A lo largo de este tiempo se han conseguido avances importantes pero ahora es necesario reflexionar sobre la situación actual de esta Unidad y analizar las debilidades y fortalezas del sistema gestión utilizado hasta el momento, para conseguir mejorarlo.

PROBLEMA: En el momento en el que se convoca un curso de formación en el Sector III, únicamente existe la posibilidad de solicitar el curso en soporte papel. Esto hace incrementar el volumen de trabajo en unidades como el Registro del Centro, Servicio de Personal y como no en la Unidad de Formación Continuada.

Otro problema añadido es el coste, tanto económico como medioambiental, del gasto en papel.

Las solicitudes, hasta la fecha, se guardan en el expediente del curso tras el proceso de selección de las personas admitidas, todo ello de forma manual. En estos momentos no es posible digitalizar todas las solicitudes por falta de medios técnicos, personales y de tiempo de trabajo dado el gran volumen de cursos programados, (se realizan alrededor de 125 cursos con una media de 150 solicitudes por curso) con un claro incremento de la demanda producido tras la implantación de la Carrera Profesional, OPES, Nuevas incorporaciones personal fijo, Promociones Internas, Oposiciones, etc.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Queremos desarrollar un modelo de solicitud electrónica en la cual el propio solicitante introduce todos los datos (al igual que se hace con los cursos del SALUD y del IAAP) y nos envía de forma telemática esa solicitud.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 502

APLICACION DE LAS TIC: INFORMATIZACION DE LAS SOLICITUDES DE FORMACION CONTINUADA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Disminuir el índice de error por transcripción (a veces la ilegibilidad de la letra es un elemento distorsionador importante en el mensaje, en este caso los propios datos). El solicitante rellena la información que se codifica y usa directamente.

En la Unidad de Formación se recibirían los datos ya en formato electrónico, de tal forma que se podrían tratar, nos facilitaría el proceso de selección y podrían ser utilizarlos en un futuro para detectar las necesidades de formación, para estudios estadísticos, etc. Siempre teniendo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y resto de normativa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la eficiencia en el proceso de gestión y tramitación de los expedientes de formación.

- Implementar la difusión y utilización de esta solicitud en soporte electrónico.
- Facilitar la cuantificación del volumen de solicitudes recibidas en cada curso, nos ayudará a mejorar la planificación de las acciones formativas en ejercicios futuros.
- Al digitalizar esos datos de manera más rápida nos permitirá agilizar el resto de tareas que se realizan en la Unidad de Formación continuada, ya que los recursos humanos son escasos y el factor tiempo es muy valorado.
- Disminuir el índice de error por transcripción
- Informatizar las solicitudes nos permitiría dar un paso más con respecto a la eficiencia medioambiental por la disminución progresiva en el uso del papel.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

Fase 1: Información del proyecto de mejora a las distintas Direcciones del Sector.

Fase 2: Investigación y análisis de los recursos utilizados por otras instituciones en este ámbito.

Fase 3: Diseño del modelo de solicitud.

Fase 4: Test y evaluación de la solicitud. Periodo de prueba y validación.

Fase 5: Difusión de este proyecto de mejora, con todas las herramientas que tenemos a nuestro alcance en la actualidad.

Fase 6: Implantación del proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. Diseño del modelo de solicitud (si/no).
2. Solicitudes informatizadas en la fase de prueba y validación (Fase piloto) = $(N^{\circ} \text{ solicitudes informatizadas} / N^{\circ} \text{ total solicitudes}) \times 100$.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Mayo de 2011.

Fecha de finalización: Marzo de 2012.

Caleendario previsto:

La fase 1. Tras la aprobación del proyecto. Mes de Mayo de 2011 (1 mes).

Las fases 2, 3 y 4. Se realizarán durante los meses de Junio, Julio, Agosto, Septiembre y Octubre de 2011 (5 meses).

La fase 5. La difusión se llevará a cabo a lo largo de los meses de Noviembre y Diciembre de 2011. (2 meses).

La fase 6. La implantación, durante el primer trimestre del año 2012. De Enero a Marzo de 2012. (3 meses).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Ordenador portátil 700 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 502

APLICACION DE LAS TIC: INFORMATIZACION DE LAS SOLICITUDES DE FORMACION CONTINUADA DEL SECTOR ZARAGOZA III

· Cañón de proyección portátil	700 €
· Disco Duro Externo	100 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 211

MEJORAR LA INFORMACION DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION DEL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

- 2. RESPONSABLE ANA ISABEL HERRERA SERRANO
 - Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. TRAUMA CIRUGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

- 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 - SANZ PLUMED ANA VICTORIA. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. CIRUGIA B
 - CUELLO ARAZO TERESA. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. TRAUMA CIRUGIA
 - MARTIN BURRIEL MARIA ANGELES. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. UNIDAD DE VALORACION ENFERMOS CRONICOS DEPENDIENTE
 - CELMA MORALEJO ROCIO. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. MEDICINA INTERNA C
 - ALBA CUADRADO ROCIO. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. MEDICINA INTERNA C
 - GARCIA BARRECHEGUREN ANA. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. MEDICINA INTERNA A

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según datos obtenidos en la Encuesta de Condiciones de Vida 2006 (IMSERO-CIS), puede cifrarse en alrededor de un millón setecientos mil personas mayores de 65 años las que tienen problemas de dependencia. De ellas, sólo alrededor de doscientas mil viven en residencias, por lo tanto, la inmensa mayoría viven en sus casas y son atendidas por sus familiares. Las personas dependientes a menudo requieren ayuda para caminar, bañarse o realizar otras actividades de la vida diaria. El levantar manualmente y colocar al familiar es la razón de la mayor parte de las enfermedades que presentan los cuidadores/as, siendo los problemas físicos más frecuentes dolor de espalda, dolor de articulaciones y dolor de cabeza. Con la finalidad de facilitar las tareas de cuidado y enseñar a los cuidadores/as el correcto manejo del enfermo y el autocuidado de ellos mismos, en el año 2008 y como continuación al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora "MEJORAR LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III" presentado en 2007 se procedió al desarrollo de dicho proyecto en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza. Se diseñaron e implantaron talleres para cuidadores no profesionales que dieron comienzo en Febrero de 2009. En el año 2010 se han realizado 39 talleres a los que ha acudido 165 personas, esto supone un aumento de 21% en la participación respecto al primer año de implantación. Así mismo, aunque los cuidadores que han participado siguen perteneciendo en su mayor parte a las plantas de Traumatología y Neurología, este año ha habido un importante aumento de las personas que procedían de otros servicios, destacan Neurocirugía y Medicina Interna. Uno de los aspectos que interesan a los cuidadores de personas mayores está relacionado con la dificultad en la deglución. En nuestro hospital no existe ningún documento de información para pacientes con problemas en la deglución. Esta es la razón por la que se considera necesario elaborar un documento que pueda añadirse a las recomendaciones a paciente para que estén disponibles en todo el hospital y en el taller de cuidadores.

- 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Aumentar la información proporcionada antes del alta a los cuidadores de pacientes crónicos y dependientes ingresados en el HCU Lozano Blesa.
 - ? Mejorar la Calidad de los cuidados ofertados a los cuidadores del Sector Zaragoza III
 - ? Mejorar el conocimiento sobre dificultades en la deglución de los cuidadores de pacientes del HCU Lozano Blesa.
- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ? Creación de un equipo de mejora.
 - ? Revisión bibliográfica.
 - ? Consensuar contenido del folleto por parte de todos los miembros componentes del equipo de mejora.
 - ? Elaboración de un documento de recomendaciones a pacientes con dificultades en la deglución.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 211

MEJORAR LA INFORMACION DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION DEL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Número de cuidadores que asisten a los talleres.
? Satisfacción con la información obtenida en los talleres.
? Elaboración de un documento de recomendaciones a pacientes con dificultades en la deglución.
? Elaboración de una presentación en power Point para utilizarla en el taller y colgarla en el apartado de Cuidadores de la página web del hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ? Creación del equipo de mejora. Abril 2011
? Revisión bibliográfica. Abril 2011.
? Consensuar contenido del folleto por parte de todos los miembros componentes del equipo de mejora. Mayo 2011.
? Elaboración de un documento de recomendaciones a pacientes con dificultades en la deglución. Junio 2011.
? Presentación a la Comisión de Cuidados y de Dirección del hospital.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· 7 PENDRIVES 200 €
Total 200 €

11. OBSERVACIONES. El dinero que se ha solicitado es orientativo porque no sabemos lo que cuestan los pendrives.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

624

APLICACION DE LAS TIC: ANALISIS DEL USO DE LA INTRANET COMO HERRAMIENTA, AUMENTAR ACCESIBILIDAD Y GESTION DE CONTENIDOS

2. RESPONSABLE ANGELA IBAÑEZ VICENTE
- Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. INFORMACION Y COMUNICACION / APOYO COMUNICACION SE
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- HERNANDEZ SALUEÑA CARMEN. ENFERMERA-RESPONSABLE DE FORMACION CONTINUADA DE. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. DIRECCION DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVE
 - LOPEZ SAENZ CARMEN. ENFERMERA COORDINADORA DE AREA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. DIRECCION DE ENFERMERIA. AREA DE CUIDADOS
 - TELLO EXTREMAD CRUZ. ENFERMERA COORDINADORA DE AREA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE
 - IZQUIERDO JUDEZ MIGUEL JESUS. INFORMATICO. INGENIERO SUPERIOR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE INFORMATICA
 - CASTELLANO MILIAN MARIA ANGELES. GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA
 - GARCIA RUIZ PILAR. GRUPO AUXILIAR DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. GESTION ECONOMICA (PROVISIONAL)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La información y la comunicación son un valor añadido en el servicio y atención al ciudadano así como en el funcionamiento y gestión de los recursos en cualquier empresa, máxime en un sector como el sanitario en el que el marco institucional hace que la calidad sea la norma. La comunicación y la información en su conjunto son un valor añadido a cualquier acción humana pero a nivel profesional la completa y dinamiza dándole el factor de eficacia... En unos años el avance de la tecnología ha posibilitado adaptar y utilizar herramientas informáticas de manera generalizada y una de las más potentes es la Intranet. El uso de tecnologías de Internet dentro de una Organización con el objetivo de alcanzar mejores resultados en cuanto el acceso a datos e información y su transferencia se denomina Intranet, en general, es una herramienta de comunicación de una red privada de ordenadores basada en los estándares de Internet que sólo los miembros de una Organización pueden ver. Desde 2004, fecha en la que se puso marcha la nueva intranet del Sector 3, la anterior era específica del Hospital Clínico Universitario se observa un uso creciente de la herramienta por los profesionales del sector hasta el 2010, momento en el que el crecimiento ascendente se estanca o no mantiene su progresivo incremento en la utilización. Dato paradójico pues durante los años precedentes ha ido aumentando la formación y los conocimientos tecnológicos llegando a todos los profesionales del sector y produciéndose su inmersión digital.

PROBLEMA:

. Infrautilización tanto por desconocimiento como por su poca accesibilidad o por su escasa difusión: Tanto en el acceso como usuario o en su vertiente de herramienta de la gestión de contenidos

De manera práctica presenta en algún momento dispersión de la información, cuando se necesita no se encuentra, pérdida de tiempo en su búsqueda, aumento de gasto por duplicidad de recursos impresos, descoordinación con la posible pérdida de eficacia que ello conlleva...

Algunas de las posibles causas podrían ser la falta de información y difusión de la propia herramienta de lo que resulta su infrautilización. Consideramos que para valorarlo adecuadamente y sea eficaz necesitamos realizar una encuesta para recabar información.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Los beneficios de la Intranet son altamente reconocidos. Melcrum Publishing Ltd. condujo una encuesta en las grandes compañías del Reino Unido, Norte América y Europa, en la cual se encontró que los 6 beneficios más visibles de la Intranet son:

Mejor comunicación interna

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

624

APLICACION DE LAS TIC: ANALISIS DEL USO DE LA INTRANET COMO HERRAMIENTA, AUMENTAR ACCESIBILIDAD Y GESTION DE CONTENIDOS

Mejora de procesos
Difusión de buenas prácticas de trabajo
Mejora en la Eficiencia
Reducción de uso de papel
Evita duplicidad de esfuerzos
Difusión de información en tiempo-real

Queremos aumentar la visibilidad y la participación con el diseño inicial de una encuesta para alcanzar resultados fiables y evaluables para el posterior diseño de acciones de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Rentabilizar los sistemas ya instaurados e infrutilizados como la intranet / darla a conocer

- Gestor de contenidos/actualizar: fomentar la participación en los contenidos específicos de cada servicio / grupo profesional
 - Sus posibilidades de información diaria
 - Herramienta de trabajo para facilitar su uso: agenda, directorio telefónico, protocolos, normativa, cursos, disminuir tiempos trámites, disminuir recorrido circuito trámite, disminuir costos
 - Disminuir uso papel
 - Impresoras, disminuir gasto mecánico-energético (electricidad)
 - Disminuir consumibles (tóner)
 - Aumentar eficacia y rendimiento (simplificando acciones y aumentando el tiempo de dedicación profesional), aprovechamiento del canal para aumentar el valor añadido de los servicios
- Para en una segunda fase incorporar, completar e implementar nuevos recursos digitales. Impresos y solicitudes online, etc

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Fase 1: Información del proyecto de mejora a las distintas Direcciones del Sector.

- Fase 2: Diseño del modelo de encuesta.
Fase 3: Distribución de la encuesta a los profesionales.
Fase 4: Evaluación de los resultados obtenidos y difusión de los resultados
Fase 5: Implementación áreas de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Diseño del modelo de encuesta (si/no)
2. Control del uso de la intranet a través de sus contadores internos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Mayo de 2011.
Fecha de finalización: Diciembre de 2011.

Caleendario previsto:

- Fase 1. Tras la aprobación del proyecto. Mes de Mayo de 2011 (1 mes).
Fase 2: Junio-Julio (2 meses).
Fase 3. Agosto-Septiembre (2 meses).
Fase 4: Octubre (1 mes).
Fase 6: Noviembre-Diciembre (2 meses).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

676

OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO DE PETICIONES ANALITICAS POR PARTE DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA U.C.L.

2. RESPONSABLE MARIA ANGEL JULIAN ANSON

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. MEDICO. HCU. BIOQUIMICA CLINICA
- CERVERA APARICIO PILAR. ENFERMERA. HCU. UCL
- PEÑA NEBRA ANA CARMEN. ADMINISTRATIVO. HCU. UCL
- ANDREU GIRAL MARIA ELENA. ADMINISTRATIVO. HCU. UCL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la implantación del nuevo programa informático de gestión de laboratorio (Modulab Gold) venimos constatando las dificultades del personal administrativo en la realización del registro de las peticiones analíticas, derivadas de la mala cumplimentación de las mismas (uso de volantes incorrectos, escritura a mano y poco clara, distintos nombres para una misma prueba, ambigüedad en lo que se pide...) y que generan muchos problemas que aumentan la carga de trabajo en muchos niveles. Facilitar esta tarea sería beneficioso para una mayor agilización del proceso y una mejora en los resultados.
Mejoras:

- Dotarles de una guía actualizada y lo más clara posible de todas las pruebas que se pueden solicitar, divididas por laboratorios y secciones, y ordenadas alfabéticamente por su nombre correcto, indicándoles aquellas que se pueden pedir individualmente así como las que sólo se incluyen en agrupaciones o perfiles.
- complementar esta documentación con charlas informativas, en las que aclarar dudas y conceptos y practicar con la nueva guía.
- la prevista puesta en funcionamiento del clasificador de muestras exigirá mayor rapidez en el registro de peticiones, por lo que esta acción de mejora influirá también en el correcto funcionamiento de dicho equipo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Solución de problemas según van surgiendo, no de forma estructurada ni organizada, lo que implica invertir mucho tiempo y con resultados poco visibles

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Agilizar el sistema de registro, tanto cuando se gestionan las extracciones de primera hora de la mañana, así como después cuando llegan las de atención primaria, hospitalización etc.

- Disminuir la carga de trabajo extra que se genera al tener que consultar tanto a enfermería, facultativos, responsables de informática etc
- Evitar errores de registro, que dificultan el trabajo en el laboratorio: pruebas para las cuales no ha llegado muestra, pruebas que se realizan por error y otras que no se hacen, pérdidas de tiempo por el personal de enfermería y médico al tener que realizar cambios en la petición.
- Mejorar el servicio al paciente: acortar el tiempo de espera en el momento de la extracción, evitar nuevas extracciones y acortando el tiempo de la entrega de resultados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaborar una guía con todas las pruebas que se pueden solicitar al laboratorio, ordenada y con la información suficiente para que sirva de ayuda en los casos de duda del personal administrativo.

- Organizar varias sesiones de formación en el manejo de las mismas e impartir algunos conocimientos de manejo del programa informático que les pueden ser útiles en el registro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tiempo dedicado por el administrativo al registro completo de una solicitud

- Número de errores diarios en registro de solicitudes
- Tiempo empleado en el registro del total de peticiones de pacientes ambulatorios y de atención primaria

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 676

OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO DE PETICIONES ANALITICAS POR PARTE DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA U.C.L.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -2º trim 2010: elaboración de la guía. Puesta en marcha de la parte correspondiente a las pruebas que pertenecen al Laboratorio de Bioquímica y formación referente a la misma.
-3º trim 2010: Puesta en marcha de la parte que corresponde a los laboratorios de Hematología, Farmacología, Inmunología y Microbiología y formación referente a las mismas.
-4º trim 2010: valoración de objetivos conseguidos y evaluación de problemas sin resolver para planificar nuevas acciones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 474

1. TÍTULO

REVISION Y DIFUSION DEL PLAN INTEGRAL DE GESTION DE RESIDUOS DE LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE AURORA LAGUIA MARTIN

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VAZQUEZ FALCON GLORIA. SUBDIRECTORA DE GESTION Y SS.GG.. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION DE GESTION Y SS.GG.
- HERRERO SEÑALADA NATIVIDAD. JEFE DE SERVICIO DE HOSTELERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. HOSTELERIA
- MARTINEZ ESTEBAN FRANCISCO JAVIER. JEFE DE SERVICIO DE INGENIERIA Y MANTENIMIENTO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. INGENIERIA Y MANTENIMIENTO
- GIL LABORDA MARIA ! PILAR. DIRECTORA DE GESTION Y SS.GG.. CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. DIRECCION DE CENTRO
- CORDOVILLA ESTEBAN ANA. SUBDIRECTORA DE ENFERMERIA. ATENCION PRIMARIA SECTOR III. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- SALA RODRIGO JAIME. TECNICO SUPERIOR DE PRL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES S
- PEREZ CIRES ALVARO. TECNICO INTERMEDIO PRL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES S

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - EL Servicio de Prevención de Riesgos Laborales tiene encomendada la misión de verificar la clasificación, envasado, transporte y almacenaje de los residuos dentro de su ámbito de competencia, asegurándose del cumplimiento de las normas establecidas y velando por la seguridad y salud de los trabajadores, procurándoles la formación e información necesaria, conforme a la legislación vigente.

- Realizar una incorrecta gestión de residuos puede generar riesgos para la salud, para el medio ambiente y además incrementar el gasto económico. Por este motivo es importante establecer normas y procedimientos para una correcta gestión de residuos, encaminada a conseguir la protección de la salud, de los colectivos laborales expuestos, de los usuarios de los servicios de salud, y del medio ambiente, amenazado por la gran cantidad de residuos producidos y por algunos procesos de tratamiento utilizados para su destrucción.

- A partir de la elaboración del Plan de Gestión Integral de Residuos del Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón, aprobado en Comisión Sectorial de PRL de Sanidad el 5 de octubre del 2010, y tal como en su punto 3.2 establece, se ha constituido la Comisión de seguimiento de este Plan, que ha encargado la formación de subcomisiones en los diferentes sectores sanitarios con la misión de redactar, revisar o adaptar los protocolos o planes existentes en cada Sector al nuevo Plan Integral.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Especificar los distintos tipos de residuos, los lugares en los que se generan, la forma de clasificarlos, recogerlos y tratarlos hasta su retirada por empresa autorizada.

- Unificar criterios para clasificar, segregar y envasar los residuos en el punto en el que se generan, y establecer las normas para su correcto transporte interno y almacenamiento; de forma que su gestión no resulte lesiva a usuarios, trabajadores y medio ambiente.

- Informar a los trabajadores y empresas concurrentes del contenido de esta normativa, así como informar a los usuarios de los aspectos en los que su colaboración sea necesaria.

- Establecer un plan de formación dirigido a todos los trabajadores del Sector sobre la gestión integral de residuos y la obligación de su cumplimiento.

- Verificar la correcta clasificación, envasado, transporte y almacenaje de los residuos en los distintos puntos de generación y almacenaje de residuo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES:

1.- Creación de un grupo de trabajo formado por representantes de la Gerencia del Sector III, responsables de la gestión de residuos de los Centros del Sector y representantes de la UBPR del Sector III. Responsable: Representante de la Gerencia del Sector.

2.- Valoración de la situación actual mediante visita a los distintos centros pertenecientes al Sector (HCU, CRP, Atención Primaria y Centro de especialidades Inocencio Jiménez). Responsable: Representantes de la UBPR del Sector.

3.- Elaboración del documento "Plan de Gestión Integral de Residuos del Sector Zaragoza III". Responsable: Todos los componentes del grupo de trabajo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 474

REVISION Y DIFUSION DEL PLAN INTEGRAL DE GESTION DE RESIDUOS DE LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA III

4.- Difusión del nuevo Plan mediante:

- Información a trabajadores, usuarios y empresas concurrentes. Responsable: Todos los componentes del grupo de trabajo.
- Formación a todos los trabajadores del Sector. Responsable: Representantes de la UBPR del Sector.
- Verificación del grado de implantación del Plan en los distintos centros. Responsable: Representantes de la UBPR del Sector.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Valoración de la situación actual con visita a los centros del Sector. ESTANDAR ESTABLECIDO=100%
Indicador 2: Elaboración del "Plan de Gestión Integral de Residuos del Sector Zaragoza III" . ESTANDAR ESTABLECIDO =SI/NO
Indicador 3: Nº de Unidades (en Atención Especializada) o Centros (en Atención Primaria) en los que se ha realizado difusión del Plan / Nº total de Unidades + Centros del Sector. ESTANDAR ESTABLECIDO=80 %
Indicador 4: Nº de trabajadores que han recibido formación del Plan / Nº total de trabajadores del Sector. ESTANDAR ESTABLECIDO=70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración del proyecto es de Abril de 2011 a Marzo de 2012.

- ACTIVIDAD 1 - Creación del grupo de trabajo - ABRIL 2011
- ACTIVIDAD 2 - Valoración de la situación actual en los Centros del Sector - MAYO 2011
- ACTIVIDAD 3 - Elaboración del documento "Plan Integral de Gestión de Residuos del Sector Zaragoza III" - MAYO-JUNIO 2011
- ACTIVIDAD 4 - Difusión del Plan y verificación del grado de implantación y cumplimiento. SEPTIEMBRE 2011 - MARZO DE 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESORA LASER COLOR EPSONMODELO C3800DN. REF. 3-5-51037-0	280 €
· EQUIPO DE VIDEOPROYECCIÓN EPSON MODELO EB-1723. REF. 6-1-50815-0	646 €
· MATERIAL REPROGRAFÍA (folletos y carteles informativos	600 €
Total	1.526 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

166

PROYECTO DE MEJORA DE PROTOCOLOS ESPECIFICOS ASOCIADOS A PRESCRIPCION DE QUIMIOTERAPIA EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DE ONCOLOGIA MEDICA Y HOSPITAL DE DIA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE JULIO JOSE LAMBEA SORROSAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TRES SANCHEZ ALEJANDRO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA
- LANGARITA FERRER CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA
- TEJERO LOPEZ TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA
- SAEZ CASTELLO LOURDES. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA
- LAX CACHO MERCEDES. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En más de un 50% de las prescripciones de quimioterapia se asocian protocolos de tratamiento específico o profilaxis de toxicidad específica que no figuran de manera explícita en la propia pauta de quimioterapia, como ejemplo el protocolo de hidratación para el cisplatino, el rescate con ácido folínico para el metotrexate... Este tipo de medicación asociada no esta protocolizada en la mayoría de los casos, cada facultativo la pauta de distinta forma y en ocasiones se da por hecho que la administración de estos fármacos es ya conocida por enfermería y no es necesario detallarla. Dada esta coyuntura, pueden producirse errores en la administración de estos protocolos fundamentalmente por omisión de los mismos que pueden tener repercusión en la toxicidad de la quimioterapia, estancias hospitalarias innecesarias, e incluso retrasos o anulaciones de tratamientos quimioterápicos con el consiguiente aumento del gasto sanitario.

Identificación, revisión y actualización de todos los protocolos específicos adscritos a las pautas de quimioterapia específicas.

Elaborar una guía de protocolos escrita y validarla.

En una segunda fase incorporar dichos protocolos al programa de prescripción de quimioterapia informatizada para que la orden de prescripción informática de la quimioterapia incluya dichas medidas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Guía de protocolos asociados al uso de quimioterapia.

Conocimiento del personal de enfermería de las pautas recogidas en los protocolos.

Implantación del protocolo en la planta de hospitalización de Oncología Médica.

Implantación del protocolo en Hospital de Día.

Incorporación de los protocolos al programa de prescripción informatizada de quimioterapia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reparto de patologías a revisar entre los miembros del equipo para identificar las pautas asociadas a la quimioterapia que deben protocolizarse. (Todo el equipo)

Elaboración o actualización (en el caso de que existan) de los protocolos correspondientes. (Julio Lambea, Raquel Andrés, Alejandro Tres, Laura Murillo).

Revisión y validación de los protocolos (Todo el equipo)

Formación del personal de enfermería en el conocimiento y actualización de estas pautas (Julio Lambea, Carmen Langarita, Teresa Tejero, Mercedes Lax, Lourdes Saéz)

Implantación y supervisión del uso del protocolo en planta de hospitalización: Carmen Langarita, Julio Lambea.

Implantación y supervisión del uso del protocolo en Hospital de Día: Teresa Tejero, Julio Lambea.

Coordinación con programa informático de prescripción de quimioterapia para incluir protocolos elaborados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 166

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PROTOCOLOS ESPECIFICOS ASOCIADOS A PRESCRIPCION DE QUIMIOTERAPIA EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DE ONCOLOGIA MEDICA Y HOSPITAL DE DIA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Todo el equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de protocolos identificados, actualizados y de nueva edición.
Julio Lambea. Carmen Langarita.
Porcentaje / número de pautas de quimioterapia que utilizan protocolo adscrito.
Julio Lambea. Carmen Langarita, Teresa Tejero.
Número de protocolos creados en programa informático de prescripción en la segunda fase del proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1º fase: 3 DE MAYO A 31 DE MAYO 2011.
IDENTIFICACION DE ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA QUE REQUIEREN PROTOCOLO ADSCRITO.

TODO EL EQUIPO

2º FASE: 1 DE JUNIO A 31 DE DICIEMBRE.

ACTUALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS EXISTENTES Y EDICIÓN DE NUEVOS PROTOCOLOS.
(Julio Lambea, Raquel Andrés, Alejandro Tres, Laura Murillo).

3º FASE: 1 DE ENERO A 31 DE ENERO 2012

REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS PROTOCOLOS. TODO EL EQUIPO.

4º FASE: 1 DE FEBRERO A 28 DE FEBRERO DE 2012.

FORMACION DE ENFERMERIA PLANTA DE HOSPITALIZACION.

Julio Lambea, Carmen Langarita, Mercedes Lax, Lourdes Saéz.

5º FASE . 1 DE MARZO - 31 DE DICIEMBRE DE 2012

IMPLANTACION DE LOS PROTOCOLOS A NIVEL ASISTENCIAL EN PLANTA

6º FASE: 1 DE MARZO- 31 DE MARZO DE 2012

FORMACION DE ENFERMERIA HOSPITAL DE DIA

Julio Lambea, Teresa Tejero.

7º FASE: 1 de ABRIL A 31 DE DICIEMBRE DE 2012.

IMPLANTACION DE LOS PROTOCOLOS A NIVEL ASISTENCIAL EN HOSPITAL DE DIA.

Julio Lambea, Teresa Tejero.

8º FASE: 1 DE OCTUBRE A 31 DE DICIEMBRE DE 2012.

COORDINACION CON EL PROGRAMA INFORMATICO DE PRESCRIPCION DE QUIMIOTERAPIA E INCLUSION DE LOS PROTOCOLOS.

Todo el equipo

9º FASE: 1 DE ENERO-2013 A 31 DE ENERO DE 2013.

REEVALUACION DE RESULTADOS FINAL Y MEDIDAS DE CORRECCION.

Todo el equipo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. NO SE SOLICITAN RECURSOS ECONOMICOS YA QUE LA ELABORACION SERA TOTALMENTE INFORMATICA Y SOLO SE IMPRIMIRAN LOS PROTOCOLOS EN SU VERSION DEFINITIVA.

COMO PUEDE COMPROBARSE EL PROYECTO SE LLEVARA A CABO EN 2 CONVOCATORIAS

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 221

IMPLANTACION DE PROGRAMA DE AUTOTRANSFUSION COMO MEDIDA DE AHORRO DE SANGRE HOMOLOGA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL LASIERRA SANROMAN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SERAL GARCIA BELEN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. TRAUMATOLOGIA
 - DOMINGO MORERA JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. HEMATOLOGIA
 - MORENO CHULLILLA JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. HEMATOLOGIA
 - BELLO NICOLAU MARIA LUISA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. TRAUMATOLOGIA
 - PALANCA MARTIN DANIEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. TRAUMATOLOGIA
 - LLORENS EIZAGUERRI MARIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento de la esperanza y sobre todo de la calidad de vida de nuestros pacientes ha supuesto un incremento del número de intervenciones quirúrgicas en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro hospital, especialmente en cirugía ortopédica de cadera y rodilla. Cirugías que generan un gran consumo de hemoderivados por lo que cada vez resulta más difícil atender esta demanda que se verá agravada si se sigue con la tendencia actual de aumento de necesidad de transfusión sanguíneas y disminución del número de donaciones altruistas. A su vez no debemos olvidar las posibles complicaciones de las transfusiones sanguíneas: infecciosas, inmunológicas, neoplásicas. Todo ello es motivo suficiente para buscar alternativas y medidas de ahorro a la transfusión sanguínea.

En España se producen anualmente unas 60.000 fracturas de cadera. Se calcula que un tercio de las mujeres mayores de 80 años va a sufrir una fractura de este tipo. Se estima que podría elevarse a 6,25 millones en el 2050. Entre el 30 y el 70% de las fracturas de cadera requieren transfusión sanguínea. La anemia preoperatoria es el factor predictor independiente más importante de ser transfundidos. Se plantea una alternativa a la transfusión sanguínea por dos puntos. Por un lado existe un rechazo por parte de los pacientes a ser transfundidos por los posibles riesgos de infección, inmunomodulación, neoplasia, incluso riesgo de error humano. Por otro lado existe una gran variabilidad entre los facultativos que se podría evitar mediante un consenso dentro del Servicio de COT y dentro del Hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con un PAS que combine estrategias que impliquen también a los cirujanos y anesestesiólogos, y considerando prioritaria la información a los pacientes, podremos aproximarnos al patrón de la hemoterapia, que consiste en eliminar las transfusiones innecesarias.

El nivel de hemoglobina previo a la cirugía ortopédica se ha demostrado como principal predictor de transfusión tras cirugía de cadera. El tratamiento de la ferropenia en pacientes con fractura de cadera, mejora los niveles de hemoglobina durante el periodo prequirúrgico pudiendo contribuir a la mejora funcional del paciente, reduciendo las necesidades de transfusión, minimizando el número de complicaciones postoperatorias (fundamentalmente infección) y reduciendo estancias hospitalarias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde la comisión de calidad del servicio, tanto la Dra. Burillo, como el Dr. Lasiera y Dra. Seral, plantean la problemática del gran consumo de hemoderivados y sus posibles complicaciones. Se plantean alternativas a la transfusión, y en colaboración con el Dr. Moreno Chulilla y Dr. Domingo del Banco de sangre del HCU, se inicia un estudio preliminar para completar el protocolo de autotransfusión sanguínea. A partir de ahí, se informa a todos los médicos del Servicio de Traumatología y se concientia de la necesidad de poner en marcha este procedimiento en beneficio del paciente. Así pues se elabora una hoja-plantilla que está en todas las consultas de Traumatología, y que el médico debe explicar al paciente que se incluye en lista de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 221

IMPLANTACION DE PROGRAMA DE AUTOTRANSFUSION COMO MEDIDA DE AHORRO DE SANGRE HOMOLOGA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA

espera quirúrgica, que en el momento que se le llame para programar su intervención, que suele ser en el plazo de 3 a 4 semanas previas, debe acudir al Banco de sangre del HCU para hacer una valoración clínica del paciente y realizar programación de las extracciones de unidades autólogas establecidas desde nuestra consulta y de acuerdo con los datos analíticos basales del paciente. Todo el procedimiento será explicado previamente al paciente recabando su consentimiento por escrito.

Hasta la actualidad, los pacientes ingresados por urgencias por fractura de cadera, únicamente recibían tratamiento sintomático previo a la cirugía, requiriéndose un nivel alto de transfusiones de sangre. Con la mejora de los pacientes antes de someterlos a tratamiento quirúrgico se podrá disminuir el uso inadecuado de transfusión y minimizar complicaciones periquirúrgicas de estos pacientes facilitando el alta precoz a su domicilio. Se plantea la realización de un protocolo de tratamiento de la anemia carencial periquirúrgica (administración de hierro y/o vit.B12, ac. Fólico) a los pacientes ancianos que ingresan de urgencia con una fractura de cadera y niveles de hemoglobina por debajo de 13 gr/dl. Estos pacientes son evaluados por la Dra. Burillo, internista que trabaja en la planta de Traumatología, y se les realiza una analítica completa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todos estos pacientes quedarán inscritos en el registro de donantes de sangre (Donantes de sangre Autóloga en programa informático NetBank Gold, del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón).

Los indicadores que se estudiarán serán:

Nº pacientes incluidos en programa de autodonación predeposito

Numero de transfusiones autólogas y homologas recibidas por los pacientes incluidos en programa

Complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria, mortalidad postquirurgica en dichos pacientes

Todos los pacientes incluidos en dicho protocolo serán evaluados inicialmente, estableciéndose el tratamiento de la anemia más adecuado (FeIV, Foli-doce) y se recogerán los siguientes indicadores en el momento del alta hospitalaria:

Hemoglobina al ingreso (pacientes con anemia al ingreso), Hemoglobina en el momento de IQ, Hemoglobina al alta, Nº de Concentrados de hematíes transfundidos, Nº de pacientes intervenidos complicaciones y Estancia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El calendario previsto es este año 2011, desde enero hasta marzo se han planteado los problemas y se han plasmado las propuestas de mejora. Desde abril hasta diciembre se pone en marcha el programa de autotransfusión y en enero del 2012 se evaluara el registro de pacientes, siempre comparándolo con nuestra cirugía realizada desde 2006 hasta 2010.

Se pretende valorar los pacientes incluidos en este protocolo a lo largo de 12 meses y plantear una comparación con los resultados de los pacientes atendidos en nuestro hospital durante un periodo similar de tiempo donde no se administraba dicha terapéutica (año 2008).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ELITEBOOK 2740P	1.159 €
Total	1.159 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

Se Fusiona con el Proyecto 221. Pendiente de enviar Composición del Nuevo equipo del Proyecto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

396

PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189:2007 DE LA TECNICA DE CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE JESUS LAZARO PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ ARACIL VIRGINIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANATOMIA PATOLOGICA
- SORIA NAVARRO JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANATOMIA PATOLOGICA
- GIMENO ALIAGA JOSE LUIS. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANATOMIA PATOLOGICA
- LASTRADA PIEDRAFITA MARIA ANTONIA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANATOMIA PATOLOGICA
- PEREZ CACHO MARIA JESUS. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANATOMIA PATOLOGICA
- FLORIA TRUC LIDIA. TECNICO AP. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANATOMIA PATOLOGICA
- LAFUENTE MAINAR BELEN. TECNICO AP. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Oportunidad de mejora:

a) Implantar una planificación de la calidad:
- Establecimiento de los objetivos de calidad.
- Especificación de los procesos operativos.

b) Implantar control de calidad:
- Acciones aplicadas durante la ejecución de cada prueba para verificar los resultados.

c) Mejora de calidad:
- Gestión de la calidad orientada a obtener la capacidad de cumplir con los requisitos de calidad, en consonancia con las directrices de ISO 9001.2000; ISO 15189:2007 e ISO 9001:2008.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estamos diseñando un sistema de calidad donde se establezcan políticas y objetivos de calidad:

- En desarrollo: la implementación de indicadores de calidad.
- En desarrollo: un plan de organización, políticas de personal y descripciones de los puestos de trabajo, con registros actualizados de la formación y competencia de todo el personal.
- Promover la participación en programas de evaluación externa de calidad.
- Desarrollar un programa para controlar y evaluar el correcto equilibrado y funcionamiento de instrumentos, reactivos y sistemas analíticos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir la acreditación según norma ISO 15189, para la técnica: Cribado Oncológico en Citología cérvico-vaginal.

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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A) Necesidad y modo de medir la calidad:

La mejora de la calidad no puede realizarse mediante una observación puntual, sino que debe ser fruto de un proceso evaluador continuo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

396

PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189:2007 DE LA TECNICA DE CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

La base de la mejora continua radica en la aplicación del ciclo DEMING o HPVA (planificar, ejecutarse e implantarse, comprobar y analizar los resultados, y actuar para la normalización de la mejora).

B) Implantación de un sistema de indicadores de calidad:

Facilita el control de procesos y la evaluación del éxito del éxito o fracaso de cada etapa, proporcionando información para retroalimentación y facilitando una actuación de la mejora.

- Diseñar el plan de implantación para cada etapa.
- Seleccionar el equipo de trabajo
- Formación necesaria del personal implicado
- Desarrollar la implantación
- Implantar el sistema
- Comunicar resultados
- Revisión y retroalimentación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.**A) Desarrollar:**

- Indicadores de calidad operativos
- Indicadores de calidad de la fase preanalítica
- Indicadores de calidad de la fase analítica
- Indicadores de calidad de fase postanalítica
- Indicadores de los procesos de gestión de existencia en almacenes
- Indicadores de recursos humanos
- Indicadores para control, gestión y mantenimiento de los equipos
- Indicadores de los procesos de auditorías
- Indicadores sobre medidas correctivas
- Indicadores para medidas de la satisfacción de nuestros clientes (médicos solicitantes)

B) Auditorías internas**C) Auditorías externas****9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Diseño del plan de implantación para cada etapa: antes de Julio 2011.**

- Selección y formación del equipo implicado: Antes de Julio 2011.
- Desarrollo de indicadores: antes de Julio 2011.
- Auditorías internas: antes de Diciembre de 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material de oficina	600 €
· Material bibliográfico sobre procedimientos afectados	1.000 €
· Asistencia a Cursos y Reuniones científicas	1.000 €
Total	2.600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

320

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN ANGINA ESTABLE MEDIANTE EVALUACION DE RESERVA DE FLUJO CORONARIO (FFR) CON GUIA DE PRESION INTRACORONARIA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO LINARES VICENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LUKIC ANTONELA. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. CARDIOLOGIA
- RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SITUACION DE PARTIDA

La coronariografía es el procedimiento diagnóstico de elección en pacientes con angina estable sintomática y alta probabilidad pre-test de enfermedad coronaria. Su uso se ha extendido ampliamente, y cada vez en pacientes de edad más avanzada, en donde encontramos con relativa frecuencia enfermedad coronaria difusa sin claras estenosis angiográficamente severas o susceptibles de ser responsables de los síntomas².

El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) mediante implante de stents intracoronarios es un tratamiento eficaz para mejorar la perfusión coronaria, aliviar los síntomas y mejorar el pronóstico de los pacientes en caso de estenosis coronarias focales angiográficamente severas^{3,4}. No obstante, en casos de enfermedad coronaria moderada o difusa, el beneficio de la revascularización no es tan claro y el tratamiento médico ha demostrado resultados de eficacia similares a largo plazo⁵.

En este contexto, el ICP en el tratamiento de la enfermedad coronaria difusa presenta aspectos clínico-terapéuticos a tener en cuenta, sobre todo en los pacientes de edad más avanzada:

- El implante de un stent intracoronario presenta un riesgo de alrededor del 7-10% anual de reestenosis, tasa que se reduce a un 3% en caso de implante de stent farmacológico⁶. Esta tasa de reestenosis aumenta de manera proporcional a la longitud del vaso tratado, que en el caso de enfermedad difusa es amplia, así como a la posibilidad de que en los bordes del stent la arteria presente ateromatosis (muy frecuente en el tratamiento de la enfermedad difusa)

- Este mismo hecho hace que en la enfermedad coronaria difusa se tienda a tratar con stents farmacológicos, que requieren doble antiagregación durante un tiempo más prolongado (al menos 12 meses)³, lo que en pacientes de edad avanzada puede aumentar considerablemente el riesgo hemorrágico.

- La prevalencia de fibrilación auricular en pacientes en edad avanzada (8% en mayores de 80 años) que precisan tratamiento crónico con anticoagulantes orales, hace que en ocasiones el uso de stents farmacológicos sea prohibitivo por el riesgo hemorrágico (score HAS-BLED)⁷, aumentando considerablemente el riesgo de reestenosis por la necesidad de uso de stents convencionales.

Las estenosis coronarias generan una caída de la presión de perfusión a través de la arteria coronaria, condicionando disminución del flujo e isquemia distal, desencadenante de los síntomas de angina⁸.

La guía de presión intracoronaria es un sistema de diagnóstico intracoronario que permite evaluar la severidad funcional de las estenosis coronarias midiendo la caída de la presión de flujo en vasodilatación e hiperemia máxima a través de dichas estenosis (medición de la reserva de flujo fraccional: FFR). Este método presenta una sensibilidad del 88% y especificidad del 100% para detectar isquemia inducible debido a una estenosis coronaria. La vasodilatación máxima se consigue mediante administración intracoronaria de nitroglicerina (0,2mg, rutinario en la evaluación angiográfica) y la hiperemia máxima se consigue mediante administración intravenosa de adenosina a dosis de 140 microgr/kg/min. Los diversos estudios en los que se ha evaluado esta técnica han demostrado la seguridad y los escasos, banales y transitorios (2 minutos) efectos secundarios de dicho protocolo.

Este sistema diagnóstico se ha mostrado sumamente útil y eficaz en la evaluación y en el tratamiento de las estenosis coronarias de manera que el beneficio en el tratamiento de estenosis coronarias con un FFR>0,8 no es claro ya que se expone al paciente a un riesgo de reestenosis de stent ante una lesión con baja probabilidad de inducir isquemia⁹. Otros estudios, incluyendo pacientes con enfermedad multivascular, han demostrado que guiar la ICP en función de FFR es un método seguro y ventajoso, consiguiendo similares resultados clínicos, a costa de disminuir la tasa de infartos y necesidad de repetir el procedimiento o revascularización debido al menor uso de stents coronarios en el grupo con FFR normal¹⁰. Debido a estos resultados, la guía de presión presenta una indicación clase IA en la evaluación fisiológica y detección de isquemia inducible a través de lesiones coronarias angiográficamente moderadas o de significación clínico incierta³, y es un material que se va a introducir en nuestro laboratorio de Hemodinámica próximamente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

320

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN ANGINA ESTABLE MEDIANTE EVALUACION DE RESERVA DE FLUJO CORONARIO (FFR) CON GUIA DE PRESION INTRACORONARIA

Las enfermedad coronaria difusa condiciona una caída progresiva de la presión de perfusión a través de la arteria coronaria, lo que puede condicionar isquemia y síntomas anginosos. En este contexto, se tiende a tratar lesiones que angiográficamente parecen más relevantes o severas, aunque con ello no tenemos certeza del beneficio fisiológico o del grado de disminución de inducción de isquemia que conseguimos. Esto disminuye las posibilidades de aliviar la isquemia y los síntomas, exponiendo al paciente al riesgo de ser portador de un stent (riesgo hemorrágico por la doble antiagregación, compromiso del flujo por reestenosis sobre una placa de ateroma que podría no haber progresado por sí misma, o incluso infarto de miocardio por trombosis del stent).

En los casos de enfermedad coronaria difusa la medición de FFR mediante el uso de guía de presión puede poner de manifiesto isquemia inducible a lo largo de dicha arteria, sin que necesariamente el paciente se fuera a beneficiar de un ICP si la caída del FFR es progresiva a lo largo de la arteria.

La guía de presión permite una localización anatómica de la caída de la presión de perfusión mediante su retirada desde el segmento distal al proximal de la arteria, de manera que cambios bruscos en el FFR (>10mmHg) pueden sugerir segmentos susceptibles de ICP, mientras que la ausencia de los mismos pueden indicar que sea más rentable el tratamiento médico que exponer al paciente al riesgo del implante de stents ante el dudoso beneficio fisiológico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Fox K, Alonso MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. Guía sobre el manejo de la angina estable. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cardiología sobre el manejo de la Angina Estable. Rev Esp Cardiol. 2006; 59: 919-970
2. Dzielinska Z, Górecka B, Dabrowski M, Ruzywo W. Coronarography in 1000 consecutive patients-clinical aspects. Kardiol Pol. 1990 Feb;33(2):92-9.
3. Wijns W. et al. ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. European Heart Journal. 2010. 31: 2501-2505.
4. Davies RF, Goldberg AD, Forman S, Pepine CJ, Knatterud GL, Geller N, Sopko G, Pratt C, Deanfield J, Conti CR. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) study two-year follow-up: outcomes of patients randomized to initial strategies of medical therapy versus revascularization. Circulation. 1997 Apr 15;95(8):2037-43
5. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, Knudtson M, Dada M, Casperson P, Harris CL, Chaitman BR, Shaw L, Gosselin G, Nawaz S, Title LM, Gau G, Blaustein AS, Booth DC, Bates ER, Spertus JA, Berman DS, Mancini GB, Weintraub WS; COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med. 2007 Apr 12;356(15):1503-16
6. Dangas GD, Claessen BE, Caixeta A, Sanidas EA, Mintz GS, Mehran R. In-stent restenosis in the drug-eluting stent era. J Am Coll Cardiol. 2010 Nov 30;56(23):1897-907.
7. Camm J. et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal. 2010. 31:2369-2429.
8. Braunwald E. Tratado de Cardiología. Vol 2. 44: 1103-1128
9. Pijls NH, Van Gelder B, Van der Voort P, Peels K, Bracke FA, Bonnier HJ, el Gamal MI. Fractional flow reserve. A useful index to evaluate the influence of an epicardial coronary stenosis on myocardial blood flow. Circulation. 1995 Dec 1;92(11):3183-93
10. Pijls NH, Fearon WF, Tonino PA, Siebert U, Ikeno F, Bornschein B, van't Veer M, Klauss V, Manoharan G, Engstrøm T, Oldroyd KG, Ver Lee PN, MacCarthy PA, De Bruyne B; FAME Study Investigators. Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention in patients with multivessel coronary artery disease: 2-year follow-up of the FAME (Fractional Flow Reserve Versus Angiography for Multivessel Evaluation) study. J Am Coll Cardiol. 2010 Jul 13;56(3):177-84
11. De Bruyne B, Hersbach F, Pijls NH, Bartunek J, Bech JW, Heyndrickx GR, Gould KL, Wijns W. Abnormal epicardial coronary resistance in patients with diffuse atherosclerosis but "normal" coronary angiography. Circulation. 2001 Nov 13;104(20):2401-6

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO: aplicación de una técnica diagnóstica segura y con evidencia clínica (FFR) para evitar el riesgo y disminuir el coste económico ante un dudoso beneficio fisiológico y clínico de la ICP en pacientes con angina estable y enfermedad coronaria difusa.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- La presencia de enfermedad coronaria difusa en la angina estable es un hallazgo relativamente frecuente, debido a la edad avanzada de nuestros pacientes.
- Debido a este perfil clínico el ICP en la enfermedad coronaria difusa presenta un riesgo más elevado de eventos adversos (reestenosis de stents, riesgo hemorrágico,...)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

320

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN ANGINA ESTABLE MEDIANTE EVALUACION DE RESERVA DE FLUJO CORONARIO (FFR) CON GUIA DE PRESION INTRACORONARIA

- El tratamiento médico en la enfermedad coronaria, basado en los datos de FFR aportados por la guía de presión intracoronaria, determina similares resultados clínicos a largo plazo sin exponer al paciente al riesgo de un stent ante un beneficio fisiológico dudoso.
- La caída progresiva del FFR a lo largo del vaso en la enfermedad coronaria difusa sugiere la ausencia de beneficio del ICP focal con implante de stents, dada la dudosa mejoría fisiológica y el aumento de riesgo que conlleva.
- Desde el punto de vista económico, la medición de FFR mediante el uso de la guía de presión puede ser muy eficiente para disminuir un gasto de material en ICP ante una posible ausencia de beneficio clínico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PROTOCOLO DE ACTUACION

El protocolo se basa en la evaluación de FFR mediante guía de presión intracoronaria en casos con enfermedad coronaria difusa en al menos 1 arteria coronaria principal, en pacientes remitidos para coronariografía programada debido a angina estable.

Se definirá enfermedad coronaria difusa como la presencia de reducción global del calibre del vaso sin estenosis proximales angiográficamente severas (>80%, en este caso se procede a ICP de forma rutinaria)

Se evaluará la FFR a lo largo del vaso, mediante una retirada de la guía de presión desde el segmento distal al segmento proximal según protocolo técnico universalizado (equalización de presiones en aorta y perfusión intravenosa de adenosina 140microgr/kg/min):

- En caso de FFR>0,80 en vaso distal: tratamiento médico
- En caso de FFR<0,80 y ausencia de saltos significativos en su medición durante su retirada (>10mmHg): tratamiento médico
- En caso de FFR<0,80 y salto significativo focal de FFR en alguna lesión o segmento: ICP sobre dicha lesión o segmento.

La decisión de evaluación diagnóstica mediante uso de guía de presión y posterior ICP en función de los resultados de FFR dependerán del facultativo responsable del procedimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores del proyecto de mejora se utilizarán:

- Evaluación de porcentaje de pacientes con angina estable remitidos para coronariografía con enfermedad coronaria difusa
- Evaluación de porcentaje de pacientes con enfermedad coronaria difusa a los que se realiza un estudio de FFR mediante guía de presión desde el inicio del programa de mejora
- Evaluación del impacto económico en la reducción de implante de stents coronarios en pacientes con enfermedad coronaria difusa no candidatos a ICP según FFR: se compararan los gastos y número de stents implantados en el tratamiento de la enfermedad coronaria difusa previo al inicio del programa (ya que no se dispone de la guía de presión en el momento actual) con respecto a los mismos indicadores tras el uso de la guía.
- En pacientes pertenecientes al área del Hospital Clínico Lozano Blesa, se comparará, mediante consulta en Intranet, el porcentaje de pacientes con enfermedad coronaria difusa y tratamiento guiado por FFR que precisan asistencia a Urgencias o ingreso hospitalario por nuevos episodios de angor, respecto al manejo de los mismos pacientes sin evaluación de FFR (cronológicamente tratados antes de la introducción de la guía de presión)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Abril 2011 a momento de introducción de herramienta en laboratorio de hemodinámica: recolección de pacientes con enfermedad coronaria difusa e ICP según práctica habitual

Desde la disponibilidad de la herramienta, un periodo similar al previo para ejecutar el programa de calidad: evaluación de FFR para optimizar la ICP

Fecha prevista-deseada para el fin del programa y análisis de resultados: Abril 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *Material informático y software necesario para extraer y editar	600 €
• **Gasto en papelería: impresión de plantillas de recogida de datos,	300 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. La guía de presión es una herramienta diagnóstica intracoronaria pendiente de introducir en el material disponible en nuestro laboratorio.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

320

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN ANGINA ESTABLE MEDIANTE EVALUACION DE RESERVA DE FLUJO CORONARIO (FFR) CON GUIA DE PRESION INTRACORONARIA

El hecho de que su uso sea una indicación clase IA en el intervencionismo coronario actual, y los favorables datos de coste-beneficio y eficiencia publicados son argumentos de peso para que sea introducida en la práctica clínica diaria a corto plazo.

*Material informático y software necesario para extraer y editar datos de la consola de registro del procedimiento

**Gasto en papelería: impresión de plantillas de recogida de datos, impresión de poster plastificado con el protocolo para colgar en laboratorio, folletos informativos para los facultativos solicitantes del procedimiento

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

137

SELECCION DE UNA ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR ADECUADA A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO SEVERO Y ELABORACION DE UN PROTOCOO DE ANALGESIA (CONTINUACION).

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES LOPEZ IBORT

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN BURRIEL MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ENFERMERA DE VALORACION
- VALLEJO LOPEZ AMPARO. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANESTESIA
- GUILLEN ANTON JULIA. FEA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANESTESIA
- SANTOS LASAOSA SONIA. FEA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUROLOGIA
- RODRIGUEZ RUBIO MARIA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUROLOGIA
- BURILLO FUERTES MARIA PILAR. FEA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. INTERNISTA
- SANCHEZ SANCHEZ ELENA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una vez realizada el protocolo de actuación para gestionar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo grave y/o dificultad para la comunicación, se hace necesario formar al personal facultativo y de enfermería de las unidades pilotos (traumatología y neurología), e implementarlo. También se hace necesario difundirlo a facultativos y personal de enfermería del todo el hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con el proyecto que se comenzó el año pasado se ha realizado la elección por consenso de la escala para medir el dolor en pacientes con deterioro cognitivo grave y/o imposibilidad de comunicación (PAINAD) y se ha realizado el protocolo de analgesia según puntuación de la escala

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la calidad en la dimensión de confort y satisfacción del usuario.

- Disminuir la variabilidad clínica.
- Gestionar el dolor en estos pacientes de manera eficiente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se seguirán realizando reuniones documentadas mediante actas (como hasta el momento) y se realizará el cronograma de las sesiones formativas e informativas para el adiestramiento en las herramientas (escala y protocolo) en las unidades piloto. Así mismo se realizará una sesión informativa en el salón de actos del hospital para difundir su existencia. Implementar el protocolo y realizar mediciones para valorar su efectividad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° de pacientes con deterioro cognitivo grave y/o dificultad en la comunicación a los que se les ha aplicado el protocolo de valoración del dolor a través de escala PAINAD/ N° de pacientes con deterioro cognitivo grave y/o dificultad en la comunicación

2. N° de pacientes con deterioro cognitivo grave y/o dificultad en la comunicación a los que ha sido necesario avisar a RMI por dolor

3. Media de puntuación de la escala de PAINAD en las 48 primeras horas postintervención

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del material y cronograma de formación Abril 2011

Formación a los profesionales implicados Mayo 2011

Implementación del protocolo en las unidades piloto Junio/ Septiembre

Medición Mayo y Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

560

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON" ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR III

2. RESPONSABLE ANTONELA LUKIC

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORENO ESTEBAN EVA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
- ABANCENS RUIZ MERCEDES. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD. ATENCION PRIMARIA
- MILLARUELO TRILLO JOSE MANUEL. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ MONZON ROSA. ENFERMERA. CENTRO DE ESPECIALIDADES RAON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
- SERRANO MARTINEZ ARACELI. ENFERMERA. HOSPITAL MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
- ESCUDERO BELTRAN TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL MIGUEL SERVEET. CONSULTAS EXTERNAS
- MARTIN MORENO FERNANDO. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en mujeres, pero hay una insuficiente percepción social del problema. Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones con mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, diabetes, síndrome metabólico y sedentarismo.

En las generaciones más jóvenes una tasa creciente de tabaquismo que no existía en la población de mujeres de edad avanzada (que son ahora las más afectadas por la ECV) apunta hacia un aumento de ECV entre las mujeres en el futuro. Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo.

El grado de desconocimiento es mayor entre las adolescentes y mujeres más jóvenes que en muchos casos desconocen o minimizan la importancia que los hábitos de vida poco saludables tendrán en su salud en la vida adulta.

Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón realizamos en 2008 la Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, de medicina y enfermería: PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón).

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular. Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, pero el 49% de las que fuman son menores de 35 años, de las que no hacen deporte o lo hacen de forma esporádica el 62% son menores de 50 años y 34% menores de 35 años. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso. El factor de riesgo más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres y que su presencia se asocia cada vez más al estilo de vida.

Tras los resultados de la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones dirigidas a mejorar la educación para la salud cardiovascular de la población, agrupadas bajo el nombre "Aragonesas con Corazón".

En el desarrollo del programa hemos observado que las carencias en la información y los hábitos de vida no cardiosaludables son ya muy importantes en la edad escolar como lo demuestran diferentes encuestas dirigidas a los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (3º y 4º de ESO, bachillerato y ciclos formativos de grado medio).

En la población escolar se identifican los siguientes problemas:

- Escasa información de la población escolar de la Enfermedad Cardiovascular (ECV) en general y de su importancia como problema de salud también en la mujer. La primera causa de muerte en esta población serán las ECV y su prevención debe iniciarse a edades tempranas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

560

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZÓN" ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR III

- En el curriculum escolar solo se tratan estos problemas desde el punto de vista descriptivo : "Morfología de... ", "Funcionamiento del aparato cardiovascular" y son compartimentos estancos con otros aspectos del problema como "los hábitos cardiosaludables" .
- En las situaciones en que se podía tratar el problema es tal la cantidad de información frente a la escasez de horas lectivas, que hacen difícilmente realizable el abordaje de temas tan específicos como la educación para la salud cardiovascular que estamos planteando de una forma eficaz.
- La información que dispone el profesorado no siempre es la más completa.
- La población escolar considera con frecuencia que las enfermedades cardiovasculares son problemas de gente mayor , menos de mujeres y muy alejados de su realidad. El tabaquismo, el alcohol, la obesidad, el sedentarismo ...no se ven como un riesgo real para su salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde la creación del grupo PAMYC se han realizado múltiples actividades dirigidas a concienciar las mujeres sobre la importancia de las ECV. Hasta la actualidad nos hemos dirigido principalmente a la población mayor de 18 años. Las actividades realizadas en el último año han sido:
1.- Charlas: "El infarto también es cosa de mujeres" realizadas en poblaciones rurales y asociaciones de barrio en Zaragoza. Durante el 2010 se han realizado 8 charlas con unos 320 asistentes.

2.- Reedición del tríptico Mujer y Corazón, simplificando el texto, y mejorando el diseño para hacerlo de más fácil lectura y comprensión. Se han distribuido en el año pasado unos 2500 folletos.

3.- Elaboración de la página web www.mujierycorazon.com que en este momento incluye apartados referidos al PAMYC como grupo (¿Quiénes somos?, Objetivos, Líneas de actuación) y un decálogo de consejos de vida cardiosaludable con recomendaciones específicas de género. Se incluye también en la pagina un correo de contacto. Se están incluyendo en este momento otros apartados dirigidos a pacientes y población general (programa de eventos de asistencia libre) y a profesionales (guías de práctica clínica, encuesta de salud cardiovascular de las mujeres de Aragón, material que incluye videos y presentaciones para charlas, etc).

4.- Jornadas Mujer y Corazón, 14 de Mayo de 2010 con:

4.1. Mesa redonda "El infarto también es cosa de mujeres, cuida tu corazón"

4.2: Entrega del premio Martina Bescós (primera cardióloga española)

4.3: Exposición: "Pioneras de la Educación". 4.4 Marcha ciclista: Mujer y Corazón.

El grupo sigue trabajando activamente. En el presente año hemos realizado un Taller sobre Salud cardiovascular de las mujeres dirigido a profesionales sanitarios (Taller "Enfermedad cardiovascular en la mujer: Aspectos diferenciales", días 8-9 marzo 2011), cuatro charlas "El infarto también es cosa de mujeres" realizadas en poblaciones rurales y asociaciones de barrio en Zaragoza y hemos actualizado la página web con nuevas aportaciones.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información de la población escolar sobre el conocimiento de la ECV y como puede afectar a su salud , factores de riesgo y medidas de prevención.

-Mejorar la información de como los hábitos adquiridos a edades tempranas influyen en la calidad y esperanza de vida.

- Sensibilizar de la importancia de las ECV y su prevención en las mujeres.

- Fomentar los hábitos cardiosaludables, alimentación sana y ejercicio físico habitual y prevención del tabaco, alcohol, obesidad y sedentarismo.

- Colaboración activa con los profesores y centros educativos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades en IES y centros educativos para alumnos de 2º ciclo de la ESO y Bachillerato (15-18 años) chicas y chicos, con posible ampliación al alumnado del 1º Ciclo de la ESO.

- Pequeños "Talleres del corazón" integradas en las actividades extraescolares preparadas en el centro.

- Charlas en coordinación con los profesores de Biología -Geología y Ciencias del mundo contemporáneo (Física y Química y Biología -Geología) para ser impartidas durante el horario lectivo escolar.

- Charlas en coordinación con las APAs.

Responsables: Todos y cada uno de los componentes del grupo, previa distribución de los centros educativos entre los mismos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 560

PROYECTO “ARAGONESAS CON CORAZON” ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL SECTOR III

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR: Charlas impartidas. Área asistencial Proceso. Dimensión Calidad científico- técnica, efectividad, participación de la comunidad en el cuidado de la salud y accesibilidad. Estándar: Abordar un 75% de los IES y centros educativos para alumnos de 2º ciclo de la ESO y Bachillerato. Fórmula: Número de charlas impartidas en el año 2011. Medición anual.
INDICADOR: Talleres realizados. Área asistencial Proceso. Dimensión Calidad científico- técnica, efectividad, participación de la comunidad en el cuidado de la salud y accesibilidad. Estándar: Abordar un 75% de los IES y centros educativos para alumnos de 2º ciclo de la ESO y Bachillerato. Fórmula: Número de talleres impartidos en el año 2011. Medición anual.
INDICADOR: Efectividad de la intervención a muy corto plazo. Área asistencial Resultado. Dimensión Efectividad. Definición: Realización de encuesta sobre salud cardiovascular y hábitos de vida antes y después de la charla/taller. Estándar: Conseguir un porcentaje de aciertos del 100% en la encuesta final o un incremento significativo de las respuestas acertadas en la encuesta final respecto a la encuesta inicial. Evaluación de resultados mediante porcentaje de preguntas acertadas antes y después de la actividad educativa. Medición trimestral.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las actividades se iniciarían con el primer trimestre del presente año con planificación y coordinación con los centros educativos y con la elaboración de calendario de actividades para el curso 2011-2012. Tras ello (aproximadamente al inicio del 3º trimestre de 2011) se procedería a la elaboración de material didáctico para cada una de las actividades a desarrollar, desarrollar las actividades programadas por centro para el Curso 2011-2012 al inicio del cuarto trimestre de este año.
Representado en el diagrama de Gantt

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Adquisición de un ordenador	600 €
· Adquisición de un cañón	400 €
· Gastos de cartelería, imprenta, etc	300 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 484

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS CONVERSIVOS ENTRE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (UPPE) Y EL S. DE REHABILITACION Y FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVESRITARIO

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS MARCO SANJUAN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARIN REDONDO MARIANO. MEDICO REHABILITADOR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- MARTINEZ CASTELLAR MARIA DOLORES. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION/FISIOTERAPIA
- GARCIA ALVAREZ ELENA. MEDICO REHABILITADORA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- MARIN GASPAR ELENA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- LOSADA ESTELLA NATIVIDAD. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- CARNEIRO LAZARO RAQUEL. FISIOTERAPEUTA / TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- CAMPAYO MARTINEZ ANTONIO. MEDICO PSIQUIATRA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes con trastornos conversivos presentan clínica motórica y sensitiva deficitaria que no siempre se corresponden con patrones neurológicos conocidos y donde la patología psiquiátrica y problemática psicosocial ejerce un papel importante en la aparición, mantenimiento o cronificación de sus procesos. Es por tanto necesario un tratamiento coordinado y armonizado de los psiquiatras, al mismo tiempo que los Rehabilitadores y los Fisioterapeutas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Ya han existido colaboraciones puntuales entre los dos servicios de Psiquiatría (Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace) y Rehabilitación con pacientes previos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Todos los nuevos pacientes que durante el año 2011 se incorporen al tratamiento mediante un programa de Rehabilitación y Fisioterapia, serán tratados y supervisados periódicamente por la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace de este hospital para tratar de mejorar su clínica motórica y su nivel de salud mental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizarán las técnicas fisioterápicas programadas por el Sº de Rehabilitación, al mismo tiempo que se realizará tratamiento psiquiátrico con psicoterapia de apoyo, psicoeducación, psicoterapia breve y tratamiento psicofarmacológico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Cuantificación de la mejoría motórica y sensitiva del paciente con escalas estandarizadas.
2.- Evolución de su estado psicológico y psiquiátrico mediante la historia clínica, el diagnóstico y los cuestionarios de ansiedad y depresión de Hamilton.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el año 2011 y 2012 se desarrollará este programa

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Ordenador personal	1.000 €
• Cañón de vídeo	700 €
• Libros	300 €
• Material fungible	500 €
• Impresora de ordenador	700 €
Total	3.200 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

484

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS CONVERSIVOS ENTRE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (UPPE) Y EL S. DE REHABILITACION Y FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVESRITARIO

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

041

MONITORIZACION PERMANENTE DEL PROCEDIMIENTO PARA BIOPSIA TRANSRECTAL ECODIRIGIDA MEDIANTE BASE DE DATOS

2. RESPONSABLE MANUEL MARTIN MONTAÑES

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE UROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. SERVICIO DE UROLOGIA
- CAPAPE POVES VICTORIA. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. SERVICIO DE UROLOGIA
- GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. SERVICIO DE UROLOGIA
- GARCIA CALERO DAVID. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. SERVICIO DE UROLOGIA
- MATA ORUS MARIA. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. SERVICIO DE UROLOGIA
- UCAR TERREN ALBERTO. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. SERVICIO DE UROLOGIA
- ELIZALDE BENITO FRANCISCO JAVIER. MIR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. SERVICIO DE UROLOGIA (MIR 4º AÑO)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El año pasado implantamos el procedimiento de biopsia prostática transrectal ecodirigida con anestesia local y ambulatoria. Anteriormente se realizaba con sedación general (previo estudio preoperatorio en el Servicio de Anestesia), lo que demoraba significativamente la espera quirúrgica, necesitando además de ingreso hospitalario de al menos 1 o 2 jornadas.

Gracias a la adquisición de una sonda transrectal biplanar de calibre mucho mas reducido que el transductor que anteriormente se utilizaba pudo llevarse a cabo esta modalidad de biopsia, lo que ha permitido reducir la lista de espera a prácticamente cero.

Para monitorizar este programa se confeccionó una base de datos en ACCESS radicada en uno de los ordenadores de los despachos de urología.

El éxito de este programa fue tal que en la actualidad la casi totalidad de las biopsias prostáticas se realizan con anestesia local, salvo patología del ano o negativa del paciente.

El hecho de recoger una ficha de cada paciente con una elevada cantidad de datos fue, además, muy util para poder tomar ulteriores decisiones con los pacientes biopsiados (relacionados con la presencia o no de cáncer de próstata, volumen prostático, grado de Gleason, relación con el PSA, etc.). Por ello en la actualidad a todo paciente que se realiza biopsia prostática, sea con anestesia local o general, se le recoge una ficha de datos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En el momento actual ha quedado palpablemente demostrado que esta base de datos de Access resulta poco operativa, ya que obliga a los facultativos a recurrir a un determinado ordenador para introducir los datos de las biopsias y, lo que es mas engorroso, consultarlas cuando esto es necesario, ya que no tiene un acceso remoto.

El objetivo de este proyecto es valorar la utilidad real que podría tener disponer de una base de datos accesible desde cualquier ordenador remoto del Servicio de Urología, sobre todo quirófono, consultas y despachos.

Pretendemos optimizar los datos recogidos de estos pacientes, fluidificando la información desde lugares como consultas o quirófono, evitando demoras en la toma de decisiones con estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Por propia experiencia de nuestro Servicio, con otras bases de datos, hemos llegado a la conclusión que lo más práctico sería transformar la actual de Access en el programa FILEMAKER, del cual ya disponemos en una versión poco "potente".

Necesitamos la colaboración institucional para acceder al programa FILEMAKER SERVER que permite accesos simultáneos ilimitados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

- Pacientes con ficha en la base de datos del total de biopsias de próstata (estandar= >90%)
- Pacientes con ficha de datos completada (estandar= >90%)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 041

MONITORIZACION PERMANENTE DEL PROCEDIMIENTO PARA BIOPSIA TRANSRECTAL ECODIRIGIDA MEDIANTE BASE DE DATOS

-Puntos de acceso remoto a la base de datos respecto del total de puestos de trabajo del Servicio (estandar= >90%)

Estos indicadores serán medidos cada 6 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto podría ponerse en marcha de forma inmediata dado que, según el "experto" en informática de nuestro grupo, no es complicado transformar la base de datos de Access en base de datos Filemaker, así como instalar en todos los ordenadores un acceso al programa Filemaker. El mayor obstáculo será el poder disponer de la versión FILEMAKER SERVER.

El programa debería continuarse durante al menos 2 años, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

031

ESTUDIO PARA LA OPTIMIZACION DE LA POTENCIA CONTRATADA EN LOS CENTROS SANITARIOS, CON SUMINISTRO EN ALTA TENSION, DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ESTEBAN

- Profesión INGENIERO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. INGENIERIA Y MANTENIMIENTO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVED BENEDI MANUEL JOSE. INGENIERO/A. GERENCIA DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. AREA DE OBRAS
- CEBRIAN GREGORIO JOSE MANUEL. INGENIERO/A. GERENCIA DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La contratación de Potencia en los centros sanitarios utilizados actualmente por el Servicio Aragonés de Salud, fue realizada en su día por el INSALUD con estimaciones muy superiores al consumo real actual, por lo que al ajustar dicha contratación, se puede conseguir un evidente ahorro económico en la mayoría de los centros implicados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Tras un primer análisis en varios centros sanitarios, se ha estimado que la oportunidad de reducción de potencia podría suponer un ahorro de más de 100.000 euros al año.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuar la potencia contratada en los centros sanitarios a la realmente consumida, optimizando económicamente el coste eléctrico de cada uno de ellos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Obtención de datos de potencia contratada y consumida en el último año en cada uno de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

- Realización de simulaciones in situ de contadores de Potencia, cálculos de energía, planes de emergencia eléctrica con su correspondiente formación, y simulación de concursos eléctricos, para lo que será imprescindible un ordenador portátil.
- Programación de un sistema de análisis que optimice la potencia contratada en función de las tarifas actuales, que permita comparar con la contratada actualmente.
- Envío de los resultados a cada uno de los sectores para que analicen la propuesta e informen de las características de la instalación para su cambio de potencia, yéndolos a visitar en caso necesario para descargar datos en el portátil.
- Con la respuesta de los sectores, reestudio de las propuestas de mejora de optimización de Potencia contratada.
- Contratación de la nueva Potencia, realizando la adecuación de la instalación en caso necesario, con el acuerdo de los responsables del sector.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Mediante la descarga de datos de consumos reales cuarto-horarios de Potencia directamente desde los contadores eléctricos de los centros sanitarios.

- Descargando los datos facilitados por la empresa distribuidora.
- Consultando y analizando el coste económico asociado a cada una de las facturas mensuales de los centros.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Toma de datos, simulaciones y programación: Junio - Julio de 2011

Análisis de datos y propuestas a los sectores: Agosto - Septiembre de 2011

Finalización del estudio: 30 de Septiembre 2011

Nuevas contrataciones: Octubre - Diciembre de 2011

Análisis y seguimiento mensual de los resultados: Durante todos los meses correspondientes al año 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 031

ESTUDIO PARA LA OPTIMIZACION DE LA POTENCIA CONTRATADA EN LOS CENTROS SANITARIOS, CON SUMINISTRO EN ALTA TENSION, DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

· Ordenador portátil	943 €
Total	943 €

11. OBSERVACIONES. El coste asociado al ordenador portátil, es el correspondiente al indicado en Bienes Homologados, con el IVA incluido
OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 009

PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS EN HPDOCTOR PARA INCLUIR DATOS OBTENIDOS EN PRIMERA CONSULTA GESTACIONAL REALIZADA EN CEM INOCENCIO JIMENEZ, SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE PURIFICACION MATEO ALCALA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - LAPRESTA MOROS MARIA. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - TEJERO SANCHO SUSANA. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras llevar unos años usando el informe de Alta Hospitalaria de Obstetricia que se vienen generando en el Programa informático Hpdctor instalado en el Hospital Clínico de Zaragoza, observamos la necesidad de completar esa información incluyendo los datos obtenidos en la primera visita del control gestacional, que en la actualidad se está llevando a cabo desde la Consulta de Obstetricia del CEM Inocencio Jiménez. De esta forma se facilitaría el acceso a dicha información desde el Servicio de Urgencias de Obstetricia que se desarrolla en el Hospital Clínico Lozano Blesa y sería accesible para todos los facultativos que atienden a las pacientes, tanto en la resolución de la urgencia clínica, como en el ingreso si lo hubiere. El conocimiento de dicha información supondría un claro beneficio para sus actos médicos y sus pacientes. Así mismo esta base de datos serviría de fuente de información para poder desarrollar trabajos de investigación y estudios estadísticos posteriores que analizaran puntos de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollar base de datos de consulta 1ª visita gestacional en HPDoctor
Inclusión de datos de las pacientes vistas en 1ª consulta prenatal en dicha base.
Facilitar el acceso a dicha información desde el Hospital Clinico Lozano Blesa en la atención a las urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realizar una base de datos e incluirla en HPDoctor adaptada a las necesidades de información de la primera consulta gestacional. (Dr. Romero Cardiel, FEA de Obstetricia y Ginecología; Dra. Mateo Alcalá, FEA Obstetrica y Ginecología).

2.- Puesta en marcha de la base de datos de primera consulta gestacional desde el CEM Inocencio Jiménez, donde se realiza esta primera consulta. Inclusión de los datos obtenidos en las consultas con pacientes.

Dra. Mateo Alcalá, FEA Obstetricia y Ginecología
Dra. Lou Mercadé, FEA Obstetricia y Ginecología
Dra. Lapresta Morós, FEA Obstetricia y Ginecología
Dra. Tejero Sancho, FEA Obstetricia y Ginecología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización base de datos de HPDoctor aplicada a la primera consulta de Obstetricia. Incluirla en HPDoctor para poderse utilizar desde Intranet
- Incluir datos de pacientes a las que se realiza la primera visita prenatal en el CEM Inocencio Jiménez. Número de pacientes incluidas desde su puesta en marcha.
- Acceso a esta base de datos, si es necesario, al realizar el informe de alta hospitalaria tras la finalización de la gestación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

009

PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS EN HPDOCTOR PARA INCLUIR DATOS OBTENIDOS EN PRIMERA CONSULTA GESTACIONAL REALIZADA EN CEM INOCENCIO JIMENEZ, SECTOR ZARAGOZA III

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización de la base de datos: mayo de 2011
Utilización e incorporación de datos: 1 de junio a 31 de diciembre de 2011
Evaluación de pacientes incluidos: a partir del 1 de enero de 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 021

ADECUACION DE LA TECNICA DE CROMATOGRAFIA DE GASES PARA EL ANALISIS DE ETANOL EN SANGRE A LOS CRITERIOS EXIGIDOS POR LA NORMA UNE-EN ISO15189 PARA LOGRAR LA ACREDITACION DE DICHA TECNICA

2. RESPONSABLE SEBASTIAN MENAO GUILLEN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE TOXICOLOGIA CLINICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRER DUFOL ANA. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UNIDAD DE TOXICOLOGIA CLINICA
- FERNANDEZ LALAGUNA ALICIA. TEL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UNIDAD DE TOXICOLOGIA CLINICA
- EGEE BARRAQUETA EVA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UNIDAD DE TOXICOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los laboratorios del SALUD se encuentran inmersos desde el año 2008 en el proceso de Acreditación, según la Norma UNE-EN ISO15189, de las técnicas y análisis que conforman sus respectivas carteras de servicios. La Acreditación supone un reconocimiento objetivo de la competencia y la calidad de un laboratorio. Los servicios del laboratorio clínico son esenciales para la asistencia al paciente y por tanto se tienen que disponer de forma que satisfagan las necesidades de todos los pacientes y del personal clínico responsable de la asistencia de dichos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El laboratorio de Toxicología obtuvo en el año 2009 la Acreditación de las técnicas de análisis inmunoenzimático para el análisis de opiáceos, cocaína, anfetaminas, metadona, benzodiacepinas y cannabis.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Acreditación del análisis de etanol en sangre mediante Cromatografía de Gases con detector FID (GC/FID), según la Norma UNE-EN ISO15189.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde el año 2004. las determinaciones de etanol en sangre se realizan mediante la técnica de cromatografía de gases, pero para poder obtener la Acreditación de dicha técnica es indispensable adecuar el procedimiento de preparación de la muestra a las especificaciones técnicas de la Norma UNE-EN ISO15189. En concreto, se debe disponer de un termómetro de inmersión para tener controlada la temperatura de la muestra, un agitador automático de tubos y un ordenador conectado al cromatógrafo exclusivo para el análisis de etanol.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicador 1: Auditoría interna del nuevo alcance de Acreditación de laboratorios según la Norma UNE-EN ISO15189.
- Indicador 2: Auditoría externa por parte de ENAC del nuevo alcance de Acreditación de laboratorios según la Norma UNE-EN ISO15189.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto ya está en marcha y se desarrollará durante todo el año 2011. Aproximadamente, en Junio de 2011 se evaluará el desarrollo del proyecto mediante una auditoría interna por parte del SALUD, y en Noviembre de 2011, ENAC realizará la auditoría externa que evaluará si dicho proyecto merece ser acreditado según la del nuevo alcance de Acreditación de laboratorios según la Norma UNE-EN ISO15189.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• ORDENADOR	500 €
• AGITADOR DE TUBOS BASCULANTE	200 €
• TERMOMETRO DE INMERSION DIGITAL	250 €
Total	950 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

649

EVITAR Y PREVENIR ERRORES RELACIONADOS CON LA MEDICACION, ESTABLECIENDO MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE C. VASCULAR DEL H.C.U. (CONTINUACION).

2. RESPONSABLE JOSEFINA MILIAN OMEDAS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. A Y C. VASCULAR
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONCHE PALACIN ANA. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. DIRECCION ENFERMERIA
- ANDREU VILLANUEVA MARIA PILAR. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. A Y C VASCULAR
- SANCHEZ VAZQUEZ MARIA ANGELES. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. A Y C VASCULAR
- COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO. ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. A Y C VASCULAR
- BARA ARANDA GRACIELA. AUX ENFERMERIA. HCU LOZANO BLESA. A Y C VASCULAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante el trabajo realizado el año pasado, queda pendiente la implementación de la guía y la realización de cortes de control y seguimiento para evaluar la efectividad de la misma y comprobar los resultados esperados.

Si los resultados obtenidos son satisfactorios se plantea presentar la Guía al resto del hospital en el curso de una Sesión de Enfermería.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se realizó la revisión bibliográfica del tema.

En las siguientes cinco reuniones realizadas (con registro de actas), se llegó por consenso al diseño de una plantilla para la recogida de errores relacionados con la medicación.

Se dieron talleres de información a la Unidad para comunicar el nuevo método de recogida de errores, presentado la nueva plantilla elaborada e informando de cómo cumplimentar el documento.

Se realizaron tres cortes para medir los errores cometidos en la unidad relacionados con la medicación, según las instrucciones dadas en los talleres realizados.

Se ha realizado un análisis en profundidad para conocer las causas de dichos errores.

Se diseñó y elaboró una estrategia de mejora: guía de recomendaciones para evitar los errores según las causas detectadas y medidas de control sobre las transcripción, preparación, administración y registro de los medicamentos en la Unidad de C. Vascular.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminuir la variabilidad en todas las actividades que la enfermera realiza relacionadas con la administración de medicamentos

2. Disminuir el número de errores en la transcripción, preparación, administración/dispensación y registro relacionados con la medicación
3. Difundir el método utilizado en esta Unidad al resto de Unidades de Enfermería
4. Aumentar la seguridad de los pacientes de la Unidad de C. Vascular
5. Identificar, reconocer y analizar las situaciones de riesgo y errores cometidos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se hará la presentación de la guía, en sesión de enfermería, al personal del HCU Lozano Blesa

Realización de talleres al personal de Enfermería que esté interesada en ellos

Realización de nuevas mediciones tras la implementación de la guía

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

649

EVITAR Y PREVENIR ERRORES RELACIONADOS CON LA MEDICACION, ESTABLECIENDO MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE C. VASCULAR DEL H.C.U. (CONTINUACION).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. n° de pacientes con errores en la transcripción analizados y registrados en la Unidad de C Vasculard/ n° de pacientes con transcripción de medicación en la Unidad de C vascular

n° de pacientes con errores de medicación en la preparación y registrada en la Unidad de C Vasculard /n° de pacientes con preparación de medicación en la Unidad de C Vasculard

n° de pacientes con errores de medicación administrada en la Unidad de C Vasculard /n° de pacientes con medicación administrada en la Unidad de C Vasculard

n° de pacientes con errores de registro en la medicación en la Unidad de C Vasculard /n° de pacientes con registro de medicación en la Unidad de C Vasculard

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril - Junio: editar guía e implementarla en la Unidad de Vasculard como prueba piloto

Septiembre: valoración de resultados en la Unidad piloto

Octubre: presentación de la guía la resto de las Unidades de Enfermería

Diciembre: medición de los resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 013

ESTABLECER PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE NUEVOS ALGORITMOS DEL SISTEMA DE PLANIFICACION DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA UTILIZADO EN EL Sº DE FISICA Y PR EN CONDICIONES PARTICULARES DE FUNCIONAMIENTO

2. RESPONSABLE ESTHER MILLAN CEBRIAN

- Profesión RADIOFISICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA ROMERO ALEJANDRO. RADIOFISICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- JIMENEZ ALBERICIO JAVIER. RESIDENTE DE RADIOFISICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- LALIENA BIELSA VICTOR. RESIDENTE DE RADIOFISICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- FERRER GONZALEZ MARIA LUISA. TECNICO DE RT. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El avance de la tecnología utilizada en Radioterapia así como de los sistemas informáticos permite el desarrollo de nuevos algoritmos de cálculo de dosis más potentes y cuyos resultados se ajustan mejor a los fenómenos físicos que suceden al incidir la radiación en el paciente. Sin embargo su desarrollo es tan complejo que requieren de la realización de pruebas y controles complementarios para verificar su aplicación práctica. El el Sº de Física y PR tenemos ya desarrollados procedimientos de control de calidad de rutina para los algoritmos existentes hasta ahora en nuestro planificador (PCRT), incluido uno nuevo que acaba de implementarse de acuerdo con las últimas tendencias en esta área, y con el equipamiento disponible hasta el momento. Sin embargo al disponer desde hace unas semanas de un maniquí que simula un tórax con insertos de diferentes composiciones similares a tejidos humanos, nos ha impulsado a planificar la realización del procedimiento de control establecido en el protocolo TecDoc 1563 de la IAEA para controlar la respuesta del nuevo algoritmo en condiciones muy específicas y extremas que requieren de dicho equipamiento. Este procedimiento implica también la realización de las medidas experimentales correspondientes a los diferentes casos tipo estudiados, al análisis comparativo posterior con las medidas experimentales, y a la determinación de las condiciones idóneas de utilización del sistema.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Determinar la fiabilidad del nuevo algoritmo del planificador en las condiciones particulares y extremas definidas por el protocolo de la IAEA.

- Analizar si a los test propuestos responde con valores dentro de las tolerancias establecidas.
- Fijar el nivel de confianza del planificador en tratamientos especiales
- Disponer de una tabla de resultados comparando los valores calculados y medidos en casos test.
- Preparar un procedimiento de control de calidad periódico para el nuevo algoritmo a partir de los resultados obtenidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Analizar el protocolo mencionado y los casos test que propone.

2.- Preparar una tabla de condiciones para las que hay que realizar medidas experimentales y equipamiento necesario para ello.

Responsables: Jiménez, Javier; Millán, Esther

3.-Planificar el tiempo de utilización de máquinas de tratamiento para la realización de esas medidas, y coordinarlo con el tratamiento de pacientes. Se ha seleccionado el acelerador ONCOR ya que es el equipo donde se realizan tratamientos más específicos como por ej. de IMRT.

Responsable: Millán, Esther

4.- Realizar las medidas experimentales necesarias.

Responsables: Ortega, Pablo; Laliena, Víctor; Millán, Esther; Ferrer, M.Luisa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 013

ESTABLECER PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE NUEVOS ALGORITMOS DEL SISTEMA DE PLANIFICACION DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA UTILIZADO EN EL Sº DE FISICA Y PR EN CONDICIONES PARTICULARES DE FUNCIONAMIENTO

5.-Realizar un estudio de TC del maniquí e incorporar las imágenes al planificador.

Responsable: Jiménez, Javier

6.-Planificar con el Sistema de Planificación los casos test y obtener los valores calculados.

Responsables: García, Alejandro; Millán, Esther; Laliena, Victor

7.-Realizar el estudio comparativo de resultados calculados y medidos para cada uno de los casos.

Responsables: García, Alejandro; Millán, Esther; Ortega, Pablo

8.-Preparar una tabla con estimaciones de diferencias y valorar si se encuentran dentro de tolerancias definidas para cada caso.

9.-Realizar el informe correspondiente y preparar un procedimiento de control periódico si se estima conveniente.

Responsables: García, Alejandro; Millán, Esther; Ortega, Pablo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - El porcentaje de pruebas realizadas de las propuestas por el Protocolo de referencia supera el 90%.

Este dato podrá obtenerse una vez finalizado el trabajo a partir de los datos analizados.

- El porcentaje de parámetros analizados que se encuentra dentro de tolerancias supera el 90%

Se obtendrá de la tabla final de resultados y del informe correspondiente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Aunque se ha iniciado ya la revisión del protocolo de la IAEA, se prevé comenzar la realización del proyecto a primeros de mayo/11, en que se supone se habrán normalizado los calendarios de tratamientos de pacientes de Radioterapia tras la larga avería del acelerador KD2.

Al tener que compaginar esta actividad con la de trabajo normal con el planificador se prevé que pueda estar finalizado a finales del mes de Septiembre.

Cronograma:

2- 20 de Mayo: Actividades 1, 2 y 3

23 de Mayo- 10 de Junio: Actividades 4 y 5

13 de Junio - 29 de Julio: Actividad 6

1 de Agosto- 30 de Septiembre: Actividades 7, 8 y 9

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

*Impresora multifunción que permita realización de escaneos y	250 €
Total	250 €

11. OBSERVACIONES. *Impresora multifunción que permita escaneos, fax y copias en color de las distribuciones de dosis analizadas, con rapidez de impresión. No se especifica marca ni modelo.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE ANEMIA PERIOPERATORIA COMO BASE FUNDAMENTAL PARA ADECUADA UTILIZACION DE TERAPEUTICA HEMOSUSTITUTIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ONCO-UROLOGICA DENTRO DE PROTOCOLO DE AUTODONACION PREDEPOSITO

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MORENO CHULILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGO MORERA JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· VALLE GERHOLDT JORGE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UROLOGIA
· VILELA MERA CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPEZ MATEO MERCEDES. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GAVIN SEBASTIAN OLGA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GAVEZ CASTRILLO MARIA DE LAS MERCEDES. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. BIOQUIMICA CLINICA
· DOURDILL SAHUN MARIA VICTORIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aparición de anemia constituye un problema de primer orden en pacientes quirúrgicos, tanto por su elevada prevalencia como por su importancia en el desarrollo del proceso quirúrgico. La anemia perioperatoria influye negativamente en la mortalidad y morbilidad del paciente, condicionando una mayor tasa de transfusión y de infección nosocomial. La causa de dicha anemia es diversa y entre las más frecuentes se encuentran la ferropenia y la anemia de proceso crónico. Para el tratamiento de ambos tipos de anemia se han venido desarrollando en los últimos años terapias basadas en la administración de agentes eritropoyéticos, solos o combinados con hierro oral o intravenoso. Un subgrupo concreto de pacientes lo constituyen los que son sometidos a cistectomía radical por neoplasias de vejiga; es un tipo de cirugía muy agresiva, con un elevado nivel de transfusión y en muchos casos no es posible completar un adecuado programa de autodonación predepositado la alta prevalencia de anemia preoperatoria posthemorrágica que presentan. Por todo lo anterior consideramos oportuno establecer un programa de tratamiento de la anemia perioperatoria en estos pacientes empleando agentes eritropoyéticos y hierro intravenoso asociados a el programa de autodonación, como parte del proceso de mejora en la práctica transfusional de este Centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la hemoglobina preoperatoria en estos pacientes como paso inicial y prioritario para disminuir la tasa de transfusión homóloga; asimismo y como consecuencia de lo anterior, valorar la posible disminución de la estancia media y de las complicaciones perioperatorias asociadas al uso de sangre homóloga, tales como infecciones o fenómenos trombóticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para valorar los resultados obtenidos se recogerán todos los datos relativos al proceso quirúrgico, a la terapia específica administrada, los datos clínicos y de laboratorio así como la terapia transfusional de cada paciente. En concreto el procedimiento será: desde la consulta de Urología se remitirá a los pacientes candidatos a cistectomía radical para su valoración previa e inclusión en programa de autodonación predeposición; se realizará hemograma completo, reticulocitos, metabolismo del hierro, RsTrf, EPO sérica, vit B12 y folato. Se programarán las extracciones establecidas por Servicio de Urología (2-3 unidades) y se pautará tratamiento con agentes eritropoyéticos y hierro intravenoso en dependencia del nivel de Hb y se valorará al paciente con periodicidad semanal hasta la cirugía y en el momento del alta hospitalaria, analizando asimismo los episodios transfusionales realizados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nivel de Hb en el día 28 previo a la cirugía Nivel de Hb en el día de la cirugía Unidades de CH administradas (autólogas y homólogas) Complicaciones infecciosas durante ingreso Días de ingreso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1 de Mayo 2011
Final: 1 de Mayo 2012 Se realizará valoración trimestral de pacientes incluidos en protocolo

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 252

TRATAMIENTO DE ANEMIA PERIOPERATORIA COMO BASE FUNDAMENTAL PARA ADECUADA UTILIZACION DE TERAPEUTICA HEMOSUSTITUTIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ONCO-UROLOGICA DENTRO DE PROTOCOLO DE AUTODONACION PREDEPOSITO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· ORDENADOR PUESTO DE TRABAJO ref: 3-1-50988-0	662 €
· impresora lasser monocromo ref.: 3-2-51000-0	327 €
Total	989 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

189

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS, IMPLANTACION DE ESTRATEGIAS PARA EVITARLAS

2. RESPONSABLE JULIAN MOZOTA DUARTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
- GONZALVO LIARTE CARMEN. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
- MARIN IZAGUERRI MARIA PILAR. MIR. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
- OUVAROVSKAIA VALENTINA. MIR. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
- MUÑOZ ALBALADEJO PILAR. MIR. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
- PORTILLO BERNAD BELEN. MIR. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
- CARBON ANCHELERGUES AMELIA. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hace 3 meses ha sido publicado el estudio EVADUR, de eventos adversos en los servicios de urgencias españoles, en él se ha detectado que los eventos adversos afectan a un 12% de los pacientes atendidos en Urgencias, ocasionando daño al 7% de los pacientes que acuden a Urgencias. El 70% de los eventos adversos se consideraron en el estudio evitables. Los fármacos estuvieron involucrados en el 25% de los casos en que existió daño a los pacientes.

La asistencia en Urgencias es compleja, tanto por la escasez de información y la dificultad para obtenerla como por la exigencia de una resolución temprana del problema. Factores que pueden facilitar la posibilidad de errores y eventos adversos.

El gasto sanitario es un tema que preocupa a los agentes involucrados (políticos, gestores, médicos, ...), más en épocas de crisis como la actual, dado que los recursos son limitados y las necesidades son cada día mayores. El gasto farmacéutico se ha convertido en el más difícil de contener, siendo España el país occidental que destina un porcentaje más elevado de su gasto sanitario a la compra de fármacos. Además Aragón se ha convertido en una de las comunidades en las que más cuesta contener el gasto farmacéutico.

El uso racional de medicamentos es uno de los aspectos en los que siempre se incide en la política sanitaria, siendo las interacciones farmacológicas uno de los aspectos importantes en el uso racional de medicamentos, y sin embargo no siempre conocido por los médicos prescriptores.

La mayor parte de pacientes que acuden a urgencias toman algún fármaco, algunos consumen numerosos fármacos, siendo las interacciones más frecuentes en pacientes polimedicados.

La ausencia de valoración de interacciones, como origen del problema que lo trae a urgencias, y también a la hora de prescribir constituye un uso "irracional" de medicamentos.

Así que, entendemos que todas estas son razones que muestran claramente que esta puede ser una buena oportunidad de mejora, ya que beneficiará a numerosos pacientes (prácticamente el 100% de los pacientes llevan fármacos o se les prescriben), se disminuirá el riesgo en la atención, mejorando la seguridad clínica, y resulta un proyecto cuya realización es factible

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Creación de un grupo de trabajo en el Servicio de Urgencias que estudie el problema de las interacciones farmacológicas.

2. Conocer la magnitud del problema "interacciones farmacológicas" en los pacientes que acuden a Urgencias.

3. Difundir el análisis de las interacciones farmacológicas en Urgencias.

4. Tomar conciencia del problema.

5. Difundir las herramientas a las que pueden acceder los facultativos a la hora de la prescripción, para evaluar las posibles interacciones.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 189

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS, IMPLANTACION DE ESTRATEGIAS PARA EVITARLAS

6. Conseguir que los facultativos evalúen las interacciones siempre que prescriban.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un grupo de trabajo.
2. Realizar un muestreo de pacientes de Urgencias para estudiar las interacciones farmacológicas.
3. Difusión de los hallazgos del estudio entre los médicos de urgencias y MIR.
4. Difusión de las herramientas a las que se puede acceder para conocer las interacciones: intranet.
5. Realización de un nuevo muestreo para valorar la efectividad de la acción de mejora llevada a cabo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del proyecto debe basarse por un lado en el estudio de la magnitud del problema (para eso se diseña la revisión de una muestra de pacientes atendidos en Urgencias) y por otro en la difusión de los resultados hallados y de las herramientas a las que podemos acceder para conocer las interacciones (intranet). Así que el primer indicador lo obtendremos del análisis de la muestra de pacientes y el segundo será el resultado de la difusión de la información a los facultativos que trabajan en Urgencias (médicos adjuntos y MIR).

- Pacientes en los que se han detectado interacciones farmacológicas x 100 / N° total de pacientes revisados en la muestra.
- N° sesiones en que se han presentado los resultados / herramientas para conocer las interacciones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CRONOGRAMA

Creación de un grupo de trabajo	Marzo
Realizar un muestreo de pacientes de Urgencias para estudiar las interacciones farmacológicas	Abril - Junio
Difusión de los hallazgos del estudio entre los médicos de urgencias y MIR	Septiembre- Noviembre
Difusión de las herramientas a las que se puede acceder para conocer las interacciones: intranet	Septiembre- Noviembre
Realización de un nuevo muestreo para valorar la efectividad de la acción de mejora llevada a cabo	Diciembre 2011- febrero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Inscripciones en Congreso de Urgencias (4 MIR).	2.000 €
· Material Informático	1.200 €
Total	3.200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 043

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS CONSENTINIEMTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE LAURA MANUELA MURILLO JASO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDRES CONEJERO RAQUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS. SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los consentimientos informados del Servicio de Oncología Médica necesitan ser revisados y actualizados. La evolución constante que sufre nuestra especialidad ha supuesto en los últimos años la aparición en el mercado de nuevos tratamientos con perfiles de toxicidad diferentes a la que presenta la quimioterapia convencional. Es necesario recoger las nuevas toxicidades en el documento de consentimiento informado empleado para la administración de tratamiento citostático. De igual manera, el consentimiento empleado para la realización de estudios genéticos debe ser revisado. Los conocimientos sobre genético en cáncer ha avanzado mucho en los últimos años, lo cual ha supuesto una modificación en la conducta clínica y en el manejo de estas personas. Estos aspectos deben recogerse adecuadamente en el documento de consentimiento informado para la realización de estudios genéticos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se ha iniciado ninguna actividad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Revisar los consentimientos informados de tratamiento y de realización de estudios genéticos. Revisión por parte de la comisión de calidad. Utilización de los nuevos consentimientos por todo el Servicio de Oncología Médica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Dra. raquel Andres revisará y modificará el CI de estudios genéticos. El Dr. Julio Lambea revisará y modificará el CI de tratamiento. Los Dres. Tres y Murillo revisaran los nuevos CI y los harán llegar a la Comisión de Calidad para su revisión. Una vez aceptados por la Comisión de Calidad, la Dra. Laura Murillo se ocupará de dar difusión a todo el Servicio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilización por todo el Servicio y para todos los pacientes de los nuevos CI en Diciembre de 2011.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante los meses de Abril y Mayo se redactarán los nuevos CI y se mandarán a la Comisión de Calidad. Hasta Noviembre de 2011 se implantarán en el Servicio de Oncología Médica.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 241

1. TÍTULO

ANALISIS EXPLORATORIO DE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE AFRICA ORENSANZ ALAVA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. UCI QUIRURGICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI MEDICA
- MORENO CUARTERO MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI QUIRURGICA
- HERNANDEZ ARENAZA ANA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI QUIRURGICA
- JUBERIAS SANCHEZ ESTHER. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI QUIRURGICA
- ROYO PUERTO MILLAGROS. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI MEDICA
- CASAS MARGELI MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI MEDICA
- MONCHE PALACIN ANA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. DIRECCION ENFERMERIA (PLANES CUIDADOS)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las unidades de cuidados intensivos (UCI) suelen ser lugares donde la tecnología y la eficacia de la práctica se centran en el proceso patológico buscando mantener al paciente con vida y detectar complicaciones de la manera más precoz posible. Así el enfermo se convierte en el foco exclusivo de toda la asistencia prestando poca atención a la persona o entorno.

El ingreso de un paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a situaciones difíciles donde tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas.

Concienciarse de la repercusión psicológica que supone esta problemática obliga a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermería, a plantearse un enfoque integral-holístico de cuidados del enfermo.

Es el personal de enfermería el que tiene un papel relevante para aclarar dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos. Todo esto hace imprescindible la existencia de una adecuada coordinación entre todos los miembros del equipo.

Aunque la atención a la familia como parte del rol enfermero ha sido aceptada y asumida gradualmente por los profesionales de la salud en el ámbito conceptual y teórico, en el ejercicio profesional diario no siempre se ha tenido en cuenta a los familiares como parte importante del proceso de cuidado integral, e incluso en ocasiones han sido ignorados.

Es por ello, que consideramos importante la elaboración de un plan de cuidados de atención a los familiares con oferta de soporte emocional y un adecuado abordaje de las necesidades consiguiendo así una mayor mejora de la calidad asistencial a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del "HCU Lozano Blesa" puesto que es imprescindible la necesidad de establecer estándares de atención y de crear espacios que se centren en las necesidades de los familiares/allegados del paciente crítico (cercanía, información, sentir esperanza, etc).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Diseñar un estudio piloto que tenga por objetivo el diagnóstico de las necesidades sentidas y expresadas por familiares de pacientes críticos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

241

ANALISIS EXPLORATORIO DE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HCU LOZANO BLESÁ

- Desarrollar un cuestionario que permita identificar dichas necesidades.
- Analizar y sintetizar los datos obtenidos en el estudio piloto.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería gestionado por enfermeros que dé respuesta a las demandas detectadas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Revisión bibliográfica sobre el tema. M Palacios, A Orensanz.
2.Diseño del estudio. M Palacios, A Orensanz.
3.Creación del cuestionario. M Palacios, A Orensanz
4.Recogida de datos del cuestionario anónimamente y heteroadministrada sobre los aspectos relevantes. M Palacios, A Orensanz.
5.Análisis y síntesis de resultados. M Palacios, A Orensanz.
6.Elaboración del plan de cuidados y la difusión a todo el personal de la unidad. M Palacios, A Orensanz.
7.Presentación del estudio y plan en las Jornadas Aragonesas de Calidad Asistencial. M Palacios, A Orensanz.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ?Indicador: (nombre)
Nivel de participación de la población diana (familiares del paciente crítico)

Descripción:
Numerador: Número de personas que consienten rellenar el cuestionario
Denominador: Número de personas a las que se les ofrece el cuestionario

Periodo de tiempo: Anual

Justificación:
Es necesario y fundamental contar con un gran número de participantes para poder extrapolar las conclusiones y realizar un buen plan de cuidados.

Fuente de datos: Cuestionario

Tipo de indicador: Proceso

Estándar: 50%

?Indicador: (nombre)
Utilidad del plan de cuidados percibida por los encuestados

Descripción:
Numerador: Suma de las puntuaciones proporcionadas por los encuestados
Denominador: Total de los sujetos que consienten colaborar

Periodo de tiempo: Anual

Justificación:
Es necesario conocer la opinión de los familiares de los pacientes críticos antes de realizar el plan de cuidados con el fin de mejorar las carencias que expresan.
Fuente de datos: Cuestionario
Tipo de indicador: Resultado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 241

ANALISIS EXPLORATORIO DE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HCU LOZANO BLES A

Estándar: al menos el 70% otorga al proyecto = 7

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2011:

•Revisión bibliográfica sobre el tema.

Abril 2011:

•Diseño del estudio

Mayo- Noviembre 2011:

•Creación del cuestionario
•Recogida de datos

Diciembre 2011:

•Análisis de los datos y síntesis de los resultados procedentes de los cuestionarios.

•Análisis de los datos y síntesis de l

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fungible informática	100 €
· Fotocopias del cuestionario	200 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR
Pendiente de modificar el Equipo del Proyecto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 078

1. TÍTULO

DESARROLLO, MODIFICACION Y APLICACION DEL CONTROL DE LA EVOLUCION DEL PARTO (PARTOGRAMA).

2. RESPONSABLE DANIEL OROS LOPEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROYUELA MARTINEZ CARMEN. MATRONA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- TABAN MOLINS MARIA JOSE. MATRONA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MORENO LAMANA VIRGINIA. MATRONA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SAGASTE ROMEO TERESA. MATRONA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- OROS ESPINOSA DANIEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ZUBERO IMAZ MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA. ANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

El modelo básico de un partograma está centrado en un papel cuadrículado en el que se construyen gráficas curvas del trabajo de parto. En la escala vertical izquierda se listan en centímetros la dilatación cervical, desde el 0 hasta el 10. En el eje horizontal inferior se indican las horas transcurridas desde el inicio del trabajo de parto. En el eje vertical derecho se suele poner la altura de la presentación fetal, sorteada en orden descendente, por lo general basado en los planos de Hodge. El 90% de los partos suelen seguir los patrones establecidos en la curva del parto normal y predice el momento en el que la intervención médica debe actuar para prevenir la distocia y el estrés fetal y el riesgo materno.

En respuesta a las últimas modificaciones clínicas incorporadas al control del parto normal, así como con el objetivo de facilitar la monitorización del parto en condiciones patológicas, se han desarrollado nuevas versiones del formato de control del parto (partograma) en muchos otros hospitales.

El objetivo de nuestro proyecto es desarrollar una búsqueda amplia de nuevas posibilidades de monitorización mediante el partograma, para posteriormente consensuar una nueva actualización para el servicio de obstetricia que sustituya al formato actual.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Búsqueda de nuevas versiones de partograma
2) Estudio y consenso de la nueva versión de partograma de nuestro servicio
3) Implantación de la nueva versión del partograma

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Creación de un grupo multidisciplinar (obstetras, anesestesiólogos, matronas) para el desarrollo del proyecto
- 2) Búsqueda de nuevas versiones de partograma ya en funcionamiento en otros hospitales de características asistenciales similares a las nuestras.
 - 3) Análisis de las versiones de partograma encontradas.
 - 4) Consenso de la nueva versión de partograma para nuestro servicio
 - 5) Presentación al conjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología de la versión de partograma propuesta.
 - 6) Desarrollo piloto del nuevo partograma.
 - 7) Evaluación de la prueba piloto. Corrección de errores, incorporación de las modificaciones.
 - 8) Aceptación por la comisión de dirección y calidad de nuestro servicio. Incorporación como documento clínico oficial del hospital en sustitución del actual.
 - 9) Implantación global de la nueva versión definitiva del partograma.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 078

DESARROLLO, MODIFICACION Y APLICACION DEL CONTROL DE LA EVOLUCION DEL PARTO (PARTOGRAMA).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Número de nuevos partogramas encontrados. Búsqueda:

- 1.1 Internet
- 1.2 Contacto con otros centros sanitarios de nuestras características asistenciales
- 2) Grado de aceptación por el servicio
- 3) Éxito en la implantación del nuevo partograma
- 3.1 Autorización del servicio de obstetricia
- 3.2 Autorización del Hospital para la incorporación como nuevo documento
- 3.3 Implantación en el control del parto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

- Abril 2011. Creación del grupo de trabajo.
- Abril 2011. Búsqueda de nuevas versiones de partograma
- Mayo 2011. Estudio y consenso de la nueva versión de partograma
- Junio 2011. Presentación global al servicio de obstetricia.
- Junio 2011. Estudio piloto
- Julio 2011. Análisis estudio piloto. Incorporación de modificaciones
- Septiembre 2011. Aceptación por la comisión de dirección y calidad de nuestro servicio. Incorporación como documento clínico oficial del hospital en sustitución del actual.
- Octubre 2011. Implantación global de uso del nuevo partograma

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. No dispongo de la información para cuantificar la dotación económica que requiere el proyecto, dado que el único gasto generado será la sustitución del actual impreso de partograma por el nuevo a implantar.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE COMUNICACION INTERNA ENTRE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA PERTENECIENTES AL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

2. RESPONSABLE MARTA PALACIOS LASECA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. UCI-MEDICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORENSANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI-QUIRURGICA
- SARASA OLANO MARINA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI-POLIVALENTE
- LOPEZ MIRANDA SOFIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI-CORONARIA
- JUBERIAS SANCHEZ ESTHER. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI-QUIRURGICA
- ABADIA MAINER JUANA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UCI-NEONATOS
- MORENO CUARTERO MARIA ANGELES. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI-QUIRURGICA
- GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UCI-QUIRURGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio Aragonés de Salud ubicadas en la ciudad de Zaragoza dan respuestas las 24 horas del día a las demandas de atención sanitaria del paciente urgente, emergente y crítico en la población aragonesa.

Estas unidades se encuentran en continua evolución tanto a nivel asistencial como técnico, incorporando cada día nuevos protocolos, técnicas, aparataje y sistemas informáticos lo que hace importante un canal de comunicación rápido y dinámico entre todas ellas.

Numerosos profesionales de Enfermería Crítica han manifestado la necesidad de un espacio común de comunicación con el objetivo de difundir e intercambiar aspectos relevantes de su práctica clínica.

Con el fin de paliar esta deficiencia se estableció como posible solución la creación de un blog y su posterior difusión a todos los sectores y niveles asistenciales de la Comunidad Aragonesa.

Los weblogs son herramientas de gran valor para uso divulgativo, ya que es posible adaptarlos a cualquier disciplina. Una de sus características más importantes es la interactividad que permite establecer un canal de comunicación informal, que ayuda a los profesionales a promover la interacción, permitiendo reflexionar, actualizar e informar a los diferentes profesionales de los distintos niveles asistenciales para lograr un cuidado integral del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Crear un espacio virtual de comunicación sobre la práctica asistencial, docente, investigadora y gestora de los profesionales enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos de Zaragoza para posteriormente hacerla extensiva a otras Unidades de Cuidados Intensivos de nuestro servicio aragonés de salud.

- Fomentar la interconexión entre los profesionales de las diferentes unidades.
- Compartir información de interés y aumentar la accesibilidad a esa información desde cualquier lugar.
- Difundir el blog entre los distintos niveles asistenciales de las tres provincias aragonesas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

246

ESPACIO VIRTUAL DE COMUNICACION INTERNA ENTRE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA PERTENECIENTES AL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

- Difundir el blog entre los diferentes sectores sanitarios que componen la red sanitaria pública aragonesa.

- Conseguir una práctica clínica más reflexiva gracias al conocimiento del trabajo desarrollado por los enfermeros en los diferentes niveles asistenciales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de un blog de contenido clínico, investigador, docente y gestor en el área de conocimiento de Enfermería en Cuidados Críticos. J. Abadía, M.Palacios, M.Sarasa, E. Juberías.

- Desarrollo de los aplicativos que permitan conocer los indicadores utilizados para la evaluación. A.Orensanz, S.López, C. Gómez.

- Difusión del blog a todas las Unidades de Cuidados Intensivos. MA.Moreno, J.Abadía

- Difusión del blog a todos los niveles asistenciales del Sistema Aragonés de Salud. A.Orensanz, S.López, C.Gómez.

- Mantenimiento adecuado y permanente de la Weblog. M.Palacios, M. Sarasa.

- Elaboración de resultados. J.Abadía, MA Moreno, M.Palacios.

- Difusión de la evaluación del proyecto de mejora de calidad a las direcciones de Enfermería de todos los sectores sanitarios y niveles asistenciales de la Comunidad Autónoma Aragonesa. A.Orensanz, S.López

- Presentación del proyecto en el Congreso de Calidad Asistencial. M.Sarasa, J.Abadía, M.Palacios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° visitas mensuales recibida en el blog.

- N° de respuestas recibidas de confirmación de la difusión del blog de las direcciones de enfermería / N° enlaces enviadas a direcciones de enfermería *100

- N° de respuestas recibidas de confirmación de la difusión del blog de las direcciones de enfermería / N° de enlaces enviados a direcciones de enfermería * 100

- N° de visitantes de la página que responden a la encuesta establecida en blog / N° de visitantes de la página * 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2011; Creación de la Weblog

-Mayo 2011; Difusión en todas las Unidades de Cuidados Críticos de la ciudad de Zaragoza, direcciones de Enfermería de los distintos sectores y niveles asistenciales del Sistema Aragonés de SALud.

-Mayo- Octubre 2011; Mantenimiento y elaboración de contenidos del blog.

- Noviembre 2011; ELaboración y difusión de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático 250 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 246

ESPACIO VIRTUAL DE COMUNICACION INTERNA ENTRE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA PERTENECIENTES AL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

Total 250 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 130

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE HEMATOLOGIA DE "ALTA RESOLUCION O ACTO UNICO" EN EL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE LUIS PALOMERA BERNAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOMINGO MORERA JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- DOURDIL SAHUN VICTORIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La demanda de consulta de la especialidad de Hematología tanto desde Atención Primaria como de Servicios hospitalarios está aumentando últimamente, habiendo pasado de 1292 pacientes/año en 2006 a 1580 en 2009. Así mismo han aumentado las consultas sucesivas, teniendo un índice primeras/sucesivas de 4,8 de media en los últimos 4 años. Esto ha hecho que la demora media prospectiva haya pasado de 15 días en 2006 a 40 días en 2009 y a 56 días en 2010.

Analizando los motivos de consulta se ha observado que muchas consultas son por alteraciones analíticas poco importantes o fácilmente solucionables con una revisión del histórico analítico del paciente, pudiendo resolver el caso sin utilizar más recursos de especializada. Otros casos se pueden solucionar realizando una analítica rápida y/o complementaria a la que el paciente aporta, pudiendo emitir informe en el mismo día de la primera visita ya si evitar consultas sucesivas.

En este sentido se ha realizado un estudio piloto de cuatro semanas (del 21 de Febrero al 18 de marzo de 2011), valorando todas las peticiones de consulta de Hematología que llegan al Servicio de admisión de consultas externas. En total se han recibido 108 peticiones de las cuales 36 (representa un 33%) se han podido solucionar y contestar, emitiendo el preceptivo informe, sin tener que desplazarse el paciente al Hospital. Así son pacientes que constan como primer día pero no generan consultas sucesivas.

En esta pequeña muestra se han detectado las causas más frecuentes de petición desde Atención Primaria y sería interesante, en un futuro próximo, abordar protocolos de derivación de las patologías más demandadas.

Creemos que este proyecto puede mejorar la atención a los pacientes del Sector evitando desplazamientos innecesarios de los mismos al Hospital, en un porcentaje nada despreciable. Esto redundaría en aumentar las primeras consultas pero sin aumentar las sucesivas, con lo que el cociente sucesivas/primeras mejoraría. Así mismo mejoraría notablemente la demora media prospectiva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejoría de la atención a los pacientes evitando desplazamientos innecesarios al hospital

-Solucionar su consulta emitiendo un informe tanto a él como a su médico, indicando el alcance de la consulta, pauta a seguir y si es necesario más revisiones.
- A nivel estadístico del Hospital (Hematología) aumentaría el número de primeros días, pero al solucionarse la consulta en un "acto único" se generarán menos visitas sucesivas, con lo que mejorará la ratio sucesivas/primeras.

-Como consecuencia de todo lo anterior también mejorará la demora media prospectiva

-Al poder realizar una estadística real de las causas más frecuentes de derivación desde atención Primaria, puede ser punto de partida para realizar "protocolos de derivación", que disminuyan las peticiones de consulta al especialista.

- Todo ello con el objetivo final de un mejor aprovechamiento de los recursos, con calidad y comodidad para el paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A continuación se enumeran los pasos del proceso:

- 1º) Desde el Servicio de admisión de consultas externas se envían semanalmente todas las peticiones de consulta tanto de Atención Primaria como las de Especializada
- 2º) Un facultativo de Hematología revisa y estudia las peticiones, asignando grado de complejidad y prioridad. Así las que considere que se pueden contestar

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 130

CREACION DE UNA CONSULTA DE HEMATOLOGIA DE "ALTA RESOLUCION O ACTO UNICO" EN EL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

sin hacer venir al paciente al Hospital, serán apartadas y se asignará el código "resolución no presencial". El resto de las peticiones serán repartidas entre los distintos facultativos de Hematología y días disponibles, respetando en la medida de lo posible la subespecialización de los mismos.
3º) Las que se han considerado "resolución no presencial" se citarán como primer día en una consulta que se ha habilitado para tal fin, para que quede constancia en el sistema informático del Hospital (hpdoctor) y llegué su historia a dicha consulta.
4º) Un facultativo las estudiará, consultando todas las analíticas que disponga el paciente en Intralab. Posteriormente emitirá un informe-tipo, aclarando el alcance de la consulta y pautas a seguir según el caso. Este informe quedará grabado en el hpdoctor. Una copia se enviará al paciente con una nota aclaratoria de que debe acudir a su médico con el mismo. Otra copia será enviada al médico que ha pedido la consulta y una tercera copia grapada a la hoja de petición y analíticas revisadas, y será incluida en su historia clínica.
5º) Otros casos se pueden solucionar realizando una analítica rápida y/o complementaria a la que el paciente aporta, pudiendo emitir informe en el mismo día de la primera visita ó en una segunda visita y así evitar consultas sucesivas ("alta resolución").

Procedimientos:

- Revisión de peticiones enviadas semanalmente por admisión de Consultas externas
- Valoración de las que se pueden contestar en acto único/alta resolución
- Asignar las restantes a los distintos especialistas de Hematología y días, según motivo de consulta (subespecialización)
- Emitir informe informatizado de todas las consultas de alta resolución o acto único

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se va a monitorizar los siguientes:

- 1º Número total de peticiones de consulta derivadas al Servicio de Hematología. Número desde Atención primaria y número desde hospital
- 2º Diagnósticos de las peticiones, agrupándolos por similitud (ej Alteraciones del hierro: hiperferritinemias, aumento de la sideremia...)
- 3º Número de consultas de acto único/alta resolución
- 4º Ratio consultas acto único-alta resolución/ consultas totales
- 5º Índice de consultas sucesivas/primeras
- 6º Demora media prospectiva

Objetivos:

- 1º Ratio consultas de acto único-alta resolución/consultas totales:>20%
- 2º Ratio sucesivas/primeras: < 4,5
- 3º Demora media prospectiva: <30 días

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: el estudio piloto comenzó la semana del 21 al 25 de febrero, por lo que puede considerarse el inicio
-Finalización: si el proyecto funciona y tiene buena respuesta, sobre todo en Atención Primaria no tiene fecha de finalización

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fotocopiadora	2.500 €
· Ordenador portátil	1.000 €
Total	3.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

042

PROGRAMA PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TUMORES SUPERFICIALES DE VEJIGA CON ECOGRAFIA Y CISTOSCOPIA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO PEREZ ARBEJ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE UROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE UROLOGIA
- VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE UROLOGIA
- MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE UROLOGIA
- SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE UROLOGIA
- RAMIREZ FABIAN MANUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE UROLOGIA
- MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. SERVICIO DE UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro medio son muy frecuentes los tumores superficiales de vejiga. Hemos estimado que pueden suponer unos 200 casos nuevos cada año.

Las sociedades científicas del ámbito urológico, nacionales y europeas, coinciden en diseñar un programa de revisiones periódicas basadas en la realización de cistoscopias.

Existen experiencias de algunos grupos de trabajo en la realización de controles de estos pacientes mediante ecografía.

Dado que este es un procedimiento no invasivo, aunque sujeto a errores por el nivel de experiencia y la interpretación personal del explorador o el grado de repleción vesical, creemos que pueden ser dos técnicas complementarias la una de la otra.

Con este objetivo hemos diseñado un proyecto que tiene importantes variaciones en el modo actual de realizar el seguimiento y que implica a todo el Servicio de Urología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del estudio va a ser mejorar el control de los pacientes con tumor vesical superficial desde el mismo momento en que el diagnóstico ya se ha confirmado, realizando en primer lugar la clasificación de estos pacientes por niveles de riesgo de recidiva y/o progresión, siguiendo las directrices de la Asociación Europea de Urología.

El seguimiento de cada paciente se realizaría individualizándolo según su nivel de riesgo.

El seguimiento sería mediante ECOGRAFÍA vesical, realizada en la Unidad de Litotricia del Servicio de Urología, y CISTOSCOPIA (a poder ser con cistoscopio flexible), solamente si la anterior no ha sido suficientemente resolutive. Además en los casos necesarios se complementaría el seguimiento con CITOLOGÍAS y en algunos casos UROGRAFIA.

Como consecuencia de este modelo de seguimiento se espera:

- Reducir el número de cistoscopias.
- Optimizar el control ajustándolo al nivel de riesgo.
- Acortar los circuitos de los pacientes.
- Reducir el número de consultas externas.
- Mejorar el acceso a la información del proceso de cada paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Antes de comenzar el proyecto confeccionaremos una BASE DE DATOS en "Filemaker" creando una ficha por cada paciente. Esta base de datos deberá ser accesible desde todos los puntos remotos del Servicio de Urología (consultas, Inocencio Jimenez, Planta, Despachos, Litotricia, Quirófano, etc.).

-Crearemos un espacio en la Unidad de Litotricia donde poder realizar ECOGRAFÍA (ya disponemos del ecógrafo necesario) y en la sala de al lado poder realizar

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

042

PROGRAMA PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TUMORES SUPERFICIALES DE VEJIGA CON ECOGRAFIA Y CISTOSCOPIA

CISTOSCOPIA (allí existe ya el material necesario).

-Nos serviremos de la actual agenda de cistoscopias para incorporar en la misma estos pacientes, ocupando estos días de trabajo de la Unidad, aunque muy probablemente los días actuales serán insuficientes.

-Una vez en marcha la Base de Datos será responsabilidad de TODOS los miembros del Servicio realizar la clasificación de los pacientes según el nivel de riesgo, mediante las tablas de la Asociación Europea de Urología. Para ello se intentará que sea el programa informático el que realice los cálculos matemáticos y asigne la clasificación de riesgo e indique la pauta de revisión de cada paciente.

-Los pacientes serán citados en la Unidad de Litotricia para la consulta de ECO-CISTOSCOPIA, para lo cual se les habrá instruido para acudir con vejiga llena y haberse realizado unos días antes el estudio CITOLÓGICO, caso de que así fuera necesario.

-El urólogo responsable de la consulta de ECO-CISTOSCOPIA ese día realizará una ecografía vesical. Si no es lo suficientemente satisfactoria pasará al paciente a la sala de endoscopias y le realizará una cistoscopia, a ser posible flexible.

-Según el resultado procederá de dos maneras: Citando al paciente para la siguiente revisión, al no existir recidiva tumoral, o incluyéndolo en Lista de Espera Quirúrgica si existe reaparición de tumor. Algún paciente puede ser candidato a otras pruebas de imagen como Urografía o TAC. De cualquier forma no será necesario que el paciente regrese a la consulta ordinaria de urología.

-Aquellos pacientes que así lo requieran, por nivel de riesgo y finalización del programa de seguimiento, serán dados de alta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores. Dado que no existen antecedentes de un proyecto similar no podemos establecer los estándares de los indicadores que hemos sugerido, al menos en los primeros meses de andadura del proyecto. Sugerimos estos indicadores:

-Pacientes controlados en consulta de eco-cistoscopia del total de pacientes problema (estandar = >80%).

-Pacientes controlados con ecografía solo (estandar = >50%)

-Pacientes con cumplimentación de su programa de revisiones, ajustado al nivel de riesgo (estandar= >70%).

Estos indicadores serán medidos cada 6 meses, obteniéndolos de la base de datos en la fecha de realización de la monitorización.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dado que ya se dispone de ecógrafo, de cistoscopios, del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, es factible comenzar en cuanto la base de datos esté elaborada, para lo cual el principal escollo es el programa "FILEMAKER SERVER".

El programa debería continuarse durante al menos 2 años, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. -Los recursos previstos son pues actualmente INORMÁTICOS.

Se necesitaría el programa Filemaker Server, que permite un acceso de usuarios simultáneos casi "ilimitado", ya que el programa inmediatamente inferior, actualmente en uso de este Servicio, solo permite el acceso a 9 usuarios, y se está utilizando en múltiples aplicaciones (protocolos quirúrgicos, consulta de cistectomías, consulta de litotricia, etc.).

Así mismo sería necesario radicar este programa en un ORDENADOR CENTRAL a cargo del Servicio de Informática, ya que el actual Filemaker que estamos empleando se halla en un ordenador de los despachos de urología que hace de "servidor". Esto último nos parece "peligroso" para el mantenimiento y conservación de los datos.

Además esto permitiría utilizar el programa para otras necesidades informáticas tanto de nuestro Servicio como el de otros servicios.

-Se necesitaría también que la agenda de cistoscopias, que pasaría a llamarse de Eco-cistoscopias, permitiera la impresión de etiquetas adhesivas de los pacientes.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 047

ANALISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCION DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO PEREZ CALVO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MEDICINA INTERNA
- TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MEDICINA INTERNA
- PEREZ VICENTE REBECA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. MEDICINA INTERNA
- DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. UNIDAD DE CODIFICACION Y DE INFORMACION CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el grupo de pacientes hospitalizados y dados de alta precozmente, antes de transcurridas 72 horas desde el ingreso, se encuentra una clara oportunidad de mejora en la utilización racional de los recursos, concretamente de un recurso con una disponibilidad limitada, cual es la disponibilidad de camas de hospitalización. Es probable, como se mencionó anteriormente, que estos pacientes puedan evitar el ingreso o precisen de circuitos alternativos a la hospitalización que puedan ser implementados con un coste razonable.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la etiología de los procesos que ocasionan ingresos seguidos de un alta precoz. Conocer si existen alternativas a la hospitalización de estos pacientes, ya existentes o que sean tributarias del diseño y puesta en marcha de circuitos asistenciales alternativos. Conocer si el alta precoz entraña un mayor riesgo de reingreso hospitalario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se compararán los episodios de hospitalización de los pacientes con alta temprana (definida como la que tiene lugar antes de transcurridas 72 horas desde el ingreso en planta de hospitalización) con el resto de episodios de las altas producidas en los Servicios de Medicina Interna en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2010.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Número absoluto de reingresos en el mes que sigue al alta índice.
- 2) Porcentaje de reingresos en el mes que sigue al alta índice.
 - 3) Comparación del número de reingresos entre los dos grupos.
 - 4) Análisis de morbilidad de pacientes con alta temprana y reingreso precoz.
 - 5) Análisis de mortalidad en el periodo de estudio.
 - 6) Estimación del número de estancias potencialmente evitables.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: enero de 2011
Finalización: septiembre de 2011

Recogida de datos: enero a mayo de 2011
Análisis de la casuística: mayo a septiembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA FIBROBRONCOSCOPÍA A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO, DISMINUYENDO LOS COSTES SANITARIOS

2. RESPONSABLE ALFONSO PEREZ TRULLEN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FIGUEROLA MENDAL JOSE ANGEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA
- SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA
- TIESO MARIA ELENA. MIR-NEUMOLOGIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA
- CASCAN HERREROS PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA
- JANSA ESCARTIN MELANIA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA
- LUENGO BELTRAN MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA
- SANCHEZ PEREZ EVA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La calidad asistencial implica que los servicios sean accesibles, profesionalizados, con la adecuación y provisión de los recursos necesarios, y todo ello dirigido en la búsqueda de la satisfacción del usuario. Es decir, la capacidad del Sistema Sanitario en general y de los profesionales en particular de realizar una adecuada fibrobroncoscopia para satisfacer los requisitos (necesidades y expectativas) de los usuarios con patología respiratoria.

A nivel profesional la ejecución de la fibrobroncoscopia se puede dividir en tres fases, con lo que tenemos y disponemos, que hacemos y que resultados obtenemos. Así, la fibrobroncoscopia (FBC) es una técnica, altamente efectiva y en la que continuamente se miden los riesgos a los que se somete al usuario. Permite ver, analizar y tomar muestras del árbol traqueo bronquial. Su indicación es múltiple, bien diagnóstica (cáncer de pulmón, procesos neumónicos, enfermedades ocupacionales, etc.) y/o bien terapéutica (aspirado de secreciones, intubaciones difíciles, extracción de cuerpos extraños, aplicación de terapias endobronquiales, etc.). Con los años, en esa búsqueda de la seguridad del usuario, se han introducido mejoras en la técnica y en la tolerancia, aunque no exenta de un relativo riesgo, pero previsiblemente disminuíbles. Diferentes Guías Médicas implicadas en el desarrollo del proceso y las Sociedades Científicas que las respaldan, recomiendan para obtener un buen resultado, realizar una serie de actividades previas y durante la ejecución de la técnica. Entre los requisitos previos al proceso reseñar la necesidad de disponer de información clínica basada en estudios de bioquímicos (básicos y de coagulación), de imagen (radiografía simple de tórax y/o TAC torácico), electrocardiográficos y de gases en sangre.

La gasometría arterial, aporta puntualmente parámetros como la presión arterial de oxígeno (Pa O2) y de dióxido de carbono (Pa CO2), es decir informa de la situación gasométrica del usuario en el momento de su extracción, pero no la variabilidad durante la ejecución del proceso. Para aumentar la seguridad, se recurre a una monitorización transcutánea, no invasiva digital de la saturación de oxígeno, no así de la capnia.

La satisfacción del usuario, manifestada por la atención percibida, se ha visto incrementada en los últimos tiempos con la incorporación de la sedación superficial al proceso, que ha supuesto una mayor demanda en el manejo y control del usuario, al tener que prevenir posibles efectos secundarios, entre otros, la elevación de la capnia.

Problema detectado

En los últimos años hemos visto incrementado el número de paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), o pacientes con Ventilación Mecánica No Invasiva, o con Trastornos del Sueño, o con Obesidad, que precisan de la realización de fibrobroncoscopia para confirmar o descartar cáncer de pulmón o proceso infeccioso neumológico. Estos pacientes en un alto porcentaje de casos retienen carbónico con lo que se incrementa el riesgo durante la ejecución de la propia técnica o la sedación, siendo preciso en ocasiones, al no estar monitorizada la PaCO2, de la intubación orotraqueal o su ingreso en UCI. Actualmente se opta en escasas ocasiones por contraindicar la prueba como medida de prevención de riesgo, o se solicita la incorporación de un anestesista o se precisa como requisito su realización en una de las camas de los box de UCI o en quirófano; con lo que se incrementa sustancialmente el coste socio-sanitario de la prueba tanto en términos de personal como de infraestructura hospitalaria, aumenta el número de personas implicadas o se precisa de cama temporal de UCI o en quirófano con lo que disminuye el número de camas de UCI o de quirófano preciso para otros procesos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

486

ADAPTACION DE LA FIBROBRONCOSCOPÍA A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO, DISMINUYENDO LOS COSTES SANITARIOS

En el programa de mejora hemos identificado un posible problema a resolver en la ejecución de la fibrobroncoscopia con los medios existentes que disminuye la calidad asistencial que pretendemos dar al usuario. Como fuente de información dirigida al usuario se incorporara la información en el consentimiento informado ya disponible y de cara al profesional en el protocolo de actuación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Uno de los criterios para poder realizar la prueba es disponer de gasometria arterial basal, previa a la prueba. El gasto económico añadido a la prueba (datos del HCU-LB) es de 72.74€. A este gasto se le debe añadir el tiempo empleado por el personal y el daño físico que representa a pesar de administrarse anestésico localmente en la zona de punción de la arteria radial. En el caso que precise realizarse para su control, bien en quirófano o en una cama de UCI, la técnica aumentaria sustancialmente el gasto. La mejor asistencia se alcanza a través de la continua búsqueda de oportunidades de mejora que reduzcan los riesgos, errores, trabajo innecesario y a un menor coste sanitario. Analizados los problemas de calidad, detectamos en el proceso una posibilidad de mejora asistencial posibilitando el control y la reducción de costes socio sanitarios, a través de una mejora en la monitorización del usuario en general, que evitará el tener que, en personas de mayor riesgo, aumentar la estructura (recursos humanos, materiales, financieros, organizativos).

Objetivo principal.

Aumentar la calidad asistencial percibida y manifestada por el usuario, reduciendo costes.

Objetivos secundarios.

Valorar que la correlación de la oxemia y la capnia medidas mediante pruebas cruentas y puntuales (gasometría arterial basal) e incruentas - monitorizadas (pulsioximetría y capnografía digital).
Monitorización incruenta del anhídrido carbónico de forma continua durante toda la ejecución de la fibrobroncoscopia, para reducir riesgos en los pacientes neumológicos, disminuir costes sanitarios y adecuar el trabajo a otras prioridades.
Determinar la tolerancia para el paciente al no tener que extraer sangre arterial.
Valorar ahorro económico (material y humano) real y futuro de su aplicación.

Futuras aplicaciones.

Puede ser de utilidad, aplicación y añadir rendimiento diagnóstico y calidad en pacientes con.
Control y monitorización de enfermos EPOC descompensados.
Enfermos con Trastornos del Sueño.
Enfermos con ventilación mecánica no invasiva.
Pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Monitorización transcutánea e incruenta del anhídrido carbónico (T_{cp} CO₂) durante la ejecución de la fibrobroncoscopia con sedación del usuario con patología respiratoria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Accesibilidad al sistema sanitario sin discriminar pacientes, pudiendo dar una cobertura universal. Satisfacción por parte de los pacientes y familiares, entre lo que esperaban de la prueba antes de su ejecución y lo que han percibido tras esta, siempre siguiendo criterios basados en la evidencia médica.
Medida de los riesgos que se evitan.
Calidad científico - técnica, método de gran eficacia al prevenir riesgos, gran efectividad al ser bien tolerado y eficiente al realizarse con un menor coste sanitario

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 486

ADAPTACION DE LA FIBROBRONCOSCOPIA A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO, DISMINUYENDO LOS COSTES SANITARIOS

Análisis de resultados obtenidos.

Determinar las diferencias cuantitativas entre un método y otro de realización.

Comprobar las modificaciones con la introducción de la sedación durante la fibrobroncoscopia en paciente sin riesgo de capnia y en pacientes con riesgo de elevarse o elevada la capnia.

Valoración del ahorro económico que supone en el momento actual y del futuro.

Valoración del beneficio para el paciente, cuantificación del número de complicaciones existentes o evitadas, requerimiento de UCI o de precisar de personal complementario para su control (anestesista).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cada año se suelen realizar en la Unidad de Endoscopias Respiratorias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" aproximadamente una 600 a 700 fibrobroncoscopias.

Los paciente sometidos a una fibrobroncoscopia se subdividirían en dos grupos, los pacientes sin riesgo de alteraciones en la capnia y pacientes con riesgo de desarrollar elevación de la capnia durante la prueba o ya elevada previamente al inicio de la exploración.

Cronograma.

Durante 12 meses se realizarán las fibrobroncoscopias con la rutinaria gasometría arterial previa y de información puntual, como se viene realizando, y se monitorizarán al paciente de forma continua y no cruenta durante toda la prueba, con mediciones de saturaciones de oxígeno y de capnia.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Sistema transcutáneo de monitorización no invasiva	15.000 €
Total	15.000 €

11. OBSERVACIONES. *Sistema transcutáneo de monitorización no invasiva de SpO2 y TCcp CO2 portátil con un único sensor de aplicación digital o en el lóbulo de la oreja.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

343

FORMACION EN NORMATIVA LOPD (LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALE) APLICADA AL AMBITO SANITARIO EN ATENCION ESPECIALIZADA (HISTORIA CLINICA-INTRANET, HP HIS).

2. RESPONSABLE DOLORES PINO JIMENEZ

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. ADMISIÓN
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BORQUE MEDRANO NURIA. RESPONSABLE DE SEGURIDAD ELECTRONICA. GERENCIA DE SALUD. CGIPC

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la atención a pacientes deben ser garantizados sus derechos tanto en lo relacionado a una correcta atención sanitaria como en el respeto a sus derechos fundamentales, entre los cuales, y dado el cada vez extendido uso de la Historia Clínica Electrónica, aparece como relevante el correcto tratamiento de sus datos personales, siendo el caso del ámbito sanitario, de especial sensibilidad al tratarse de datos de carácter de protección alto.

En la situación actual el personal clínico de Salud no ha recibido ninguna norma o protocolo de actuación en lo que respecta a la confidencialidad en el tratamiento de los datos clínicos y personales de los pacientes, lo que deriva en que cada día se enfrenta a dudas puesto que surgen de forma habitual conflictos entre la corecta atención sanitaria y el respeto estricto de la norma, que por otra parte, no se conoce en detalle. Es objetivo del presente proyecto realizar formación como introducción al conocimiento de la misma y su correcta aplicación en la gestión sanitaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocimiento de la norma por parte de los profesionales clínicos

- Proporcionar seguridad a nuestros profesionales a la hora de enfrentarse a casos en los que pueda verse comprometida la confidencialidad del paciente
- Extender la buena práctica clínica hacia la buena práctica en la atención a pacientes, observando la totalidad de sus derechos en la misma
- Garantizar la protección de los datos personales de los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Formación estructura en sesiones de corta duración con orientación práctica a la aplicación de la LOPD en la atención sanitaria.

Dirigida a los jefes de servicio de los hospitales todos los sectores sanitarios como formación a formadores para su extensión posterior a todos los profesionales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de sesiones de formación realizadas

Número de jefes de servicio formados
Cobertura sectorial y por zona de salud

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en septiembre de 2011 y finalización en noviembre de 2011

Análisis promenorizado de la necesidad y situación actual, así como de los conflictos habituales surgidos

Preparación de la formación

1 sesión de formación de formación de una duración estimada de 5 horas en cada uno de los sectores sanitarios

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Servicios de formación 2.500 €
- Gastos de desplazamiento 500 €
- Total 3.000 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

343

FORMACION EN NORMATIVA LOPD (LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALE) APLICADA AL AMBITO SANITARIO EN ATENCION ESPECIALIZADA (HISTORIA CLINICA-INTRANET, HP HIS).

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 345

1. TÍTULO

MEJORAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE JUAN JOSE PUENTE LANZAROTE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. BIOQUÍMICA CLÍNICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CERVERA APARICIO PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. UCL
 - ZUECO OLIVAN GEMA. ENFERMERIA. C.S. TAUSTE. C.S. TAUSTE
 - MOLINES FUERTES HORTENSIA. ENFERMERIA. C.S. TAUSTE. C.S. TAUSTE
 - PERDIGUER BRUN PAZ. ENFERMERIA. C.S. TAUSTE. C.S. TAUSTE
 - ANDREU GIRAL ELENA. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. UCL
 - SANZ CARLOS. INFORMÁTICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMÁTICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En junio de 2010, en el marco del programa de acreditación de los laboratorios de SALUD mediante Norma UNE-EN ISO 15189, se auditaron siete equipos periféricos de extracción del Sector III. Todos ellos manifestaron la necesidad de tener una mejor información respecto a condiciones preanalíticas que afectaban a su trabajo. Para dar solución a este problema, se propone, como acción de mejora, la elaboración de un listado y manual de toma de muestras, estandarizado y con actualizaciones periódica, en el que conste: determinaciones de la cartera de servicios, tubo necesario para cada determinación y laboratorio al que va dirigida la muestra, así como condiciones especiales de toma o transporte si las hubiera. El objetivo de esta acción de mejora es evitar los errores que en la actualidad se producen e incrementar la calidad y seguridad de la prestación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras la elaboración y validación del manual y su posterior distribución a los centros de extracción, deberán descender de forma significativa las incidencias que, por falta de muestra o muestra errónea, se comunican desde la UCL a los Equipos de Atención Primaria del sector Zaragoza III

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Fase previa
- 1.1. Crear un listado actualizado de todas las determinaciones analíticas actualmente en la cartera de servicios del HCU.
Responsable: Componentes del equipo del HCU.
 - 1.2. Elaborar un listado provisional, en formato Excel y ordenado alfabéticamente, con todas las determinaciones, el laboratorio dónde se realizan y el tubo que corresponde a cada una de las determinaciones.
Responsable: componentes del equipo del C. S. Tauste + Supervisora UCL
 - 1.3. Enviar el listado a los equipos donde se han registrado más incidencias, para su validación.
Responsable: Personal Administrativo del equipo
2. Fase de pruebas
- 2.1. Registrar las incidencias de esos centros en un periodo de dos meses.
Responsable: Personal Administrativo del equipo+ Supervisora UCL
 - 2.2. Incorporar modificaciones sugeridas por los centros piloto.
Responsable: Componentes equipo C.S. Tauste

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 345

MEJORAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

3. Fase de implantación

3.1. Elaborar manual y listado definitivo para su difusión: impresión de carteles en color y formato CD.

Responsable: Personal informático del equipo.

3.2. Diseñar un circuito de comunicación de modificaciones o incorporaciones a la cartera de servicios y ponerlo en funcionamiento.

Responsable: Coordinador del equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de incidencias comunicadas desde el HCU a los distintos equipos según tipo y procedencia. (Fase previa).
• Número de incidencias comunicadas a los distintos equipos según tipo y procedencia durante los dos meses posteriores a la entrega del listado provisional.(Fase piloto)
• Número de incidencias comunicadas a los distintos equipos según tipo y procedencia tras la implantación del listado (Fase implantación, 6 meses)
• Existencia de circuito de comunicación/difusión de modificaciones de la cartera de servicios (Fase implantación).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio previsto: mayo 2011
Finalización previsto: agosto 2012

Cronograma

- Fase previa
 - o Creación listado actualizado: mayo 2011
 - o Elaboración listado provisional : junio-julio 2011
 - o Distribución listado provisional, incluida presentación del mismo: septiembre 2011
- Fase pruebas
 - o Validación del listado provisional: octubre-noviembre 2011
- Fase implantación
 - o Elaboración listado definitivo: diciembre 2011
 - o Impresión, distribución y presentación listado definitivo: enero-febrero 2012
 - o Evaluación listado definitivo: marzo-agosto 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *Gastos de imprenta (30 ejemplares de carteles color formato	450 €
• Notebook (dos unidades).	600 €
Total	1.050 €

11. OBSERVACIONES. .*Gastos de imprenta (30 ejemplares de carteles color formato DIN A-2 y 30 CDs

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 014

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ EN CIRUGIA DE COLON Y RECTO

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL RAMIREZ RODRIGUEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA B
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUILELLA DIAGO VICENTE. CIRUJANO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. CIRUGIA
- CUARTERO LOBERA JOSE. ANESTESISTA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANESTESIA
- RUIZ GARCES TOMAS. ANESTESISTA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANESTESIA
- BUENO FENERO SARA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ENFERMERIA DE PLANTA
- BASELGA SORIANO ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ENFERMERIA DE QUIROFANO
- GUILLEN ANTON JULIA. ANESTESIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ANESTESIA
- MARTINEZ DIEZ MARIANO. CIRUJANO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. CIRUGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo del programa es mejorar la recuperación tras la cirugía y reducir la morbi-mortalidad asociada. Los programas de rehabilitación multimodal (PRM) han demostrado que disminuyen significativamente las complicaciones y mejoran la calidad de vida de estos pacientes. Uno de los principales avances en cirugía programada de colon y recto es la introducción de los programas de rehabilitación precoz o rehabilitación multimodal conocidos también como fast track. Los programas fast-track combinan una serie de elementos con el objetivo de optimizar la recuperación y disminuir la respuesta al estrés quirúrgico.

Los programas Fast Track fueron introducidos hace aproximadamente unos 10 años tras unos primeros resultados favorables, basados todos en suficiente evidencia derivada de estudios aleatorizados. Estos programas comienzan en el mismo momento del diagnóstico y pretenden reconocer las necesidades individuales del paciente para optimizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía. Se ha demostrado imprescindible la estrecha colaboración de todos los involucrados en el tratamiento, incluyendo en primer lugar el propio paciente y sus familiares.

En este sentido pretender ofrecer:

1. Cirugía electiva en las mejores condiciones posibles. Identificando las co-morbilidades. Mejorar la anemia, la HTA y la diabetes. Conocer y mejorar si fuera necesario el estado nutricional. Es el momento apropiado para la Información al paciente por parte del Cirujano y del especialista estomaterapeuta (en caso de necesidad de ostomía -temporal o definitiva-).
2. Optimización del manejo peri- e intraoperatorio. Minimizando el dolor, el ileo y la inmovilización. Usando los apropiados analgésicos, fluidos y anestésicos y las técnicas de cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible.
3. Optimización de la rehabilitación postoperatoria. Movilización y alimentación precoz. Retirada de sondas y drenajes (si se han dejado) en el postoperatorio inmediato.

Los programas de rehabilitación multimodal han demostrado, en los Servicios y Centros que los han adoptado de manera rutinaria, mejorar significativamente la calidad de vida del paciente (la experiencia del paciente de su hospitalización y tratamiento) y los resultados clínicos en cuanto a morbilidad postoperatoria.

Más aún, los PRM al conseguir una disminución de complicaciones y una criterios uniformes de manejo logran disminuir de manera significativa la estancia hospitalaria y las potenciales complicaciones asociadas a hospitalización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El programa de rehabilitación precoz (fast track) requiere de un equipo multidisciplinar que trabaje de manera conjunta en un protocolo aceptado y consensuado por todas las especialidades involucradas, la evidencia demuestra que los resultados de todos los programas fast track

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

014

PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ EN CIRUGIA DE COLON Y RECTO

dependen directamente del grado de implicación de los profesionales con el programa, su desarrollo, su mantenimiento y sus mejoras.

Los beneficios son :

- 1) Para el paciente pues disminuyen las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria, ganando en calidad de vida y satisfacción por la atención recibida.
- 2) Para los Servicios y unidades implicados, cuyo trabajo se realiza de manera uniforme, consensuada y en grupo.
- 3) Para el Centro y Servicios Sanitarios al existir mayor eficiencia y disponibilidad de recursos
- 4) Para la sociedad en general pues el paciente se reincorpora tempranamente a su actividad normal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Existe un acuerdo generalizado de los elementos esenciales que deben formar parte de cualquier programa de rehabilitación multimodal, y debido a esto se hace, como hemos apuntado con anterioridad, imprescindible la colaboración entre Servicios y especialidades. Se cuenta con el consenso del Servicio de Cirugía, de anestesia y enfermería para poner en marcha y desarrollar el programa global y los protocolos. Existirá una documentación específica del protocolo, con listado de verificación y cuestionarios de calidad de vida y satisfacción del paciente. Se programarán de manera rutinaria reuniones "auditorias" para conocer el grado de cumplimiento y las posibles mejoras de todo el programa.

LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DEL PROGRAMA:

Cirugía electiva en las mejores condiciones posibles:

- Evaluación de los criterios de Inclusión y exclusión.
- Información preoperatoria exhaustiva. Consentimiento Informado (Anexo 1)
- Detección de comorbilidades
 - o Control de HTA
 - o Control de Diabetes
 - o Manejo del paciente anémico.
 - o Detección y manejo del paciente malnutrido (Anexo 2)
- Cita con estomaterapeuta (si necesario)
- Preparación alimenticia e hidratación. (Anexo 3).
- Evitar el ayuno preoperatorio mediante ingesta de carbohidratos hasta dos horas antes de la intervención (diabéticos excluidos).

Optimización del peri- e intraoperatorio:

- No pre-medicación.
- Salvo excepciones, no hay preparación mecánica. Los pacientes son preparados con enemas (en cirugía de recto y sigma).
- Profilaxis antibiótica. Según los protocolos del Hospital.
- Profilaxis TEP, de acuerdo a los protocolos vigentes.
- Cirugía Mínimamente Invasiva siempre que sea posible.
- Individualización de la anestesia, mediante epidural torácica (solo cirugía abierta)
- Fluidoterapia Intraoperatoria individualizada. Ajuste de los fluidos según el volumen de eyección.
- Concentraciones altas de oxígeno en el perioperatorio.
- Evitar la sobrecarga de líquidos en el perioperatorio.
- Individualización de las incisiones abdominales.
- Uso de anestésicos locales en la(s) herida(s) quirúrgicas
- Uso de analgésicos. No opiáceos.
- Evitar el uso rutinario de drenajes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

014

PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ EN CIRUGIA DE COLON Y RECTO

- Evitar el uso de sonda nasogástrica.

Optimización de la rehabilitación/recuperación postoperatoria

- Impulsar la movilización post-operatoria.
- Retirar precozmente la sonda vesical.
- Tratamiento con laxantes y procinéticos según evolución.
- Líquidos y sólidos de manera precoz.
- Retirada precoz de Fluidoterapia IV.
- Analgesia oral precoz (paracetamol y AINES). Evitar en la medida de lo posible el uso de analgésicos opiáceos.
- Visitas regulares del Estomaterapeuta (si ostomía).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Se pretenden recoger datos de:

- % Complicaciones Intraoperatorias y Postoperatorias
- % Infecciones Quirúrgicas
- % Mortalidad Postoperatoria
- Dias de Estancia
- % de Reingresos
- Calidad de Vida. Se usarán el SF-36 y el EuroQol (pre y post op.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo Abril 2011. Periodo de Adaptación: 3 meses. Periodo de desarrollo y recogida de datos: 6 meses. Fin: Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *Necesidades para Todos los servicios: Material Informatico Inventariable 1.500 €
Total 1.500 €

11. OBSERVACIONES. *Necesidades para Todos los servicios: Material Informatico Inventariable para recogida de Datos y analisis de los mismos. Asistencia a Cursos de formación en Rehabilitación Multimodal

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

117

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA BASICA DE ANTICONCEPCION EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE SIRA REPOLLES LASHERAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LEAL CARIÑENA CONCEPCION. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROLDAN RIVAS FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PEREZ CAVERO ELENA. ENFERMERA. CME INOCENCIO JIMENEZ. CONSULTA ANTICONCEPCION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el marco del Programa de Atención Integral de la Mujer, nuestra pretensión es dotar a la Atención Primaria de una nueva prestación: La consulta Básica de Anticoncepción. Mediante la dotación del material necesario y la adquisición de habilidades en anticoncepción del personal de Atención Primaria, queremos iniciar la descentralización de la asistencia básica en anticoncepción y la mejora de accesibilidad de la usuaria a esta prestación. Queremos incorporar el proyecto innovador de "aprender funcionando" consistente en la puesta en marcha de la consulta en las mismas dependencias de primaria, mediante el desplazamiento del ginecólogo que tutorizará el arranque "in situ", para contribuir a la consolidación de esta nueva oferta, hasta su inclusión en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Ya está convocada, para el mes de Abril, una reunión con los responsables del Salud, los coordinadores de los Centros de Salud del AreaIII y los responsables del proyecto, para iniciar la planificación y desarrollo de las actividades necesarias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Descentralización de la asistencia en Anticoncepción del Area III
Mejora de la accesibilidad de la usuaria a esta prestación.

Adquisición de habilidades en anticoncepción del personal involucrado de Atención Primaria (médicos, enfermeras y matronas)

Elaboración de una Historia Básica de Anticoncepción unificada para todos los centros

Instauración de una Agenda estable para "Consulta de Anticoncepción" para su inclusión definitiva en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión con coordinadores para definir objetivos

Recopilación de Recursos humanos y materiales disponibles

Elaboración de la Historia Básica de Anticoncepción en formato "formulario"

Definición de los criterios de derivación, mediante el despistaje de factores de riesgo en anticoncepción

Adquisición de habilidades en anticoncepción, mediante el desplazamiento a los Centros de Salud de los Facultativos responsables del proyecto, para tutorizar el inicio de la nueva prestación (Consejo Contraceptivo) y resolución de problemas "in situ".

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Previsión de número potencial de usuarias en cada Centro de salud (incluyendo Areas Rurales). Número de pacientes que inician la prestación (Demanda)

Número de Facultativos y personal de enfermería involucrados en el proyecto (aceptación) y creación de agendas

Puesta en práctica e implementación de la nueva Historia Clínica. utilidad y eficacia en el despistaje de riesgo y detección de Criterios de Derivación a Atención especializada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión inicial: abril 2011

Entrevista con Centros de Salud y listado de personal interesado: Mayo 2011

Elaboración de calendario de actividades y rotación por centros : Junio 2011

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 020

1. TÍTULO

CARACTERIZACION DE LA CALIDAD DE IMAGEN DE LOS MAMOGRAFOS DEL HOSPITAL, Y DEL AREA CONTROLADA POR EL SFPR, MEDIANTE EL MANIQUI CDMAM

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES RIVAS BALLARIN
• Profesión RADIOFISICO/A
• Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
• Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ MANZANO PEDRO. RADIOFISICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- CORTES RODICIO JESUS. MIR RADIOFISICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- AGUIRRE COLLADO AURORA. TER. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- VILLALBA PELLEJERO ROSA. TECNICO RADIOTERAPIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mamografía es hoy por hoy una herramienta fundamental en la detección precoz del cáncer de mama. Es de la máxima importancia que la calidad de las imágenes obtenidas sea la adecuada para permitir la detección de lesiones malignas en estadios tempranos de desarrollo. La calidad de la imagen es dependiente de la dosis de radiación impartida a la paciente. En principio, a mayor dosis, mayor calidad de imagen. Por otra parte, se sabe que radiación ionizante, como es el caso de los rayos X utilizados en la obtención de la mamografía, puede provocar la aparición de cáncer. Por esa razón es necesario establecer un compromiso entre calidad de imagen y dosis de radiación.

El Protocolo de Control de Calidad en Mamografía Digital (PCCMD) establece, para cada espesor de mama, un valor de dosis glandular media que no debería superarse, para una correcta práctica clínica. Pero establece igualmente un criterio de calidad en términos de contraste umbral que debe observarse en la imagen: como mínimo un espesor de 1,68 ?m para un disco de oro de 0,1 mm de diámetro. Para evaluar este tipo de detalles es preciso disponer del maniquí CDMAM, que contiene discos de oro de espesores y diámetros decrecientes insertos en una placa PMMA. Hasta el momento, desde este Servicio, nos hemos ocupado de garantizar que las dosis de radiación impartidas se hallan por debajo de los valores establecidos por el Protocolo. Sin embargo, por no disponer del maniquí CDMAM, no estamos en condiciones de asegurar que los equipos están ajustados de un modo que produzcan una calidad de imagen óptima.

Con el mencionado maniquí se podría verificar si, a las dosis de radiación en que se trabaja actualmente, se obtienen imágenes que cumplen con el criterio de calidad establecido en el Protocolo.

De no cumplirse, se propondría un ajuste del Control Automático de Exposición (CAE) a valores de dosis más altos, aunque siempre dentro de los valores de referencia establecidos en el Protocolo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Determinar si los equipos de mamografía del hospital, y del área, están proporcionando una calidad de imagen adecuada, según el PCCMD.

- Si la calidad de la imagen obtenida no cumple con el criterio mínimo, proponer nuevos ajustes del CAE para conseguirlo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Acordar con el servicio de radiodiagnóstico del hospital el tiempo de acceso a los equipos de mamografía, sin interferir con la citación de pacientes.

2. Adquisición de imágenes del maniquí CDMAM en el mamógrafo digital Fuji Amulet.

3. Adquisición de imágenes del maniquí CDMAM en los CR de Fuji con el mamógrafo General Electric Senographe DMR.

4. Análisis de las imágenes obtenidas en la estación diagnóstica, realizado por cuatro observadores (2 físicos, dos radiólogos).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 020

CARACTERIZACION DE LA CALIDAD DE IMAGEN DE LOS MAMOGRAFOS DEL HOSPITAL, Y DEL AREA CONTROLADA POR EL SFPR, MEDIANTE EL MANIQUI CDMAM

- 5. Si del análisis de las imágenes se deduce que la calidad de las mismas es insuficiente, se adquirirán imágenes a dosis de radiación progresivamente mayores, dentro del rango de dosis establecido en el PCCMD, hasta conseguir la visibilidad del detalle crítico. En la evaluación de estas imágenes participarán igualmente los radiólogos.
- 6. Se propondrá a la empresa de mantenimiento del equipo el ajuste del CAE a los nuevos valores de dosis que proporcionan la correcta calidad de imagen.
- 7. Se repiten los pasos 5, 6,7 para el mamógrafo General Electric Senographe DMR.
- 8. Se repite todo el proceso anterior para los equipos de mamografía existentes en :
 - a. Centro de Especialidades "Inocencio Jiménez
 - b. Hospital "Ernest Lluch" de Calatayud
 - c. Hospital Comarcal de Alcañiz
 - d. Hospital "Obispo Polanco" de Teruel
 - e. Unidad móvil de mamografía del Hospital "San José" de Teruel

Si en algún caso no es posible conseguir el cumplimiento del criterio de calidad de imagen sin superar los valores de dosis recomendados, se valorará con los radiólogos del servicio si la calidad de imagen obtenida es suficiente para el diagnóstico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - El análisis de la calidad de imagen se ha realizado en el 80% de los equipos controlados por el SFPR (5 equipos). - Se habrán determinado los valores de dosis para el ajuste del CAE en el 80% de aquellos equipos que lo precisen.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Para el inicio de este proyecto de mejora es preciso disponer del maniquí CDMAM, por tanto el calendario previsto se establece en términos relativos a la fecha en dispongamos del mismo.

- ? Primer mes: Actividades 1,2 ,3,4,5y 6.
- ? Segundo mes: Actividad 7
- ? Tercer mes: Actividad 8.a
- ? Cuarto mes: Actividad 8.b
- ? Quinto mes: Actividad 8.c
- ? Sexto mes: Actividad 8.d
- ? Séptimo mes: Actividad 8.e

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Maniquí de calidad de imagen en mamografía CDMAM	8.000 €
Total	8.000 €

11. OBSERVACIONES. Se dispone de especificaciones técnicas del maniquí CDMAM

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

678

ACTUACION EN LA CRISIS DE ASMA EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. ADECUACION DE LOS INGRESOS

2. RESPONSABLE MIGUEL RIVAS JIMENEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. COORDINACION URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COLAS SANZ CARLOS. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ALERGOLOGIA
- DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. URGENCIAS
- GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ALERGOLOGIA
- RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. URGENCIAS
- SEGURA ARAZURI NIEVES. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ALERGOLOGIA
- ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. URGENCIAS
- BARROSO MUÑOZ VANESSA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incidencia de los ataques fatales de asma ha aumentado en la última década. En algunos servicios hospitalarios de urgencias de nuestro país la frecuencia de exacerbaciones asmáticas atendidas está entre un 0,3-0,7% de todas las urgencias médicas, con una tasa de ingresos del orden del 1,3-1,6 %. Actualmente en Inglaterra, el asma representa el 10-20% de todas las urgencias médicas agudas. En Estados Unidos implica más de 4.000 casos de fallecimiento, unas 500.000 hospitalizaciones y 1.800.000 visitas a urgencias al año. Clínicamente el asma bronquial se caracteriza por episodios recurrentes de sibilancias, sensación de opresión o constricción torácica, tos y disnea en mayor o menor grado. Los episodios agudos o subagudos en los cuales aparece empeoramiento progresivo de la disnea, las sibilancias, la tos y la constricción de pecho (o una combinación de estos síntomas), se conocen como exacerbaciones asmáticas (agudizaciones asmáticas o asma aguda para algunos autores).

La intensidad de la exacerbación asmática varía de leve a grave. El término "status asmaticus", -originalmente usado para describir ataques de asma que persistían durante más de 24 h sin respuesta a los broncodilatadores- los autores británicos lo sustituyen por "severe acute asthma" (asma aguda grave). Son en definitiva términos que se aplican a las "exacerbaciones graves o de riesgo vital". La estimación precoz de la gravedad es vital para un buen pronóstico del paciente; pero los signos vitales, el examen físico del tórax y el pulso paradójico pueden no correlacionarse bien con la severidad de la obstrucción bronquial, por lo cual se necesitan medidas objetivas del flujo aéreo. Por ello la prueba prínceps es la determinación, mediante espirometría, del flujo espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) o el flujo espiratorio máximo (FEM o PEF), medidos antes de las nebulizaciones o inhalaciones y 15 minutos después de las mismas; siendo en múltiples ocasiones un problema crucial dilucidar si un paciente con crisis asmática requiere ingreso o no. Por tanto, es especialmente importante en el manejo de este tipo de pacientes un diagnóstico y un tratamiento precoz junto con un adecuado seguimiento en el servicio de urgencias, con evaluación continua, para evitar al máximo ingresos hospitalarios innecesarios. Así, los valores de FEV1 o del PEF después de 30 min. del tratamiento inicial se correlacionan significativamente con el grado de severidad de la exacerbación asmática; su obtención en los servicios de urgencias ayudará a reducir admisiones innecesarias. Si el FEM > 300 L/min y se mantiene durante 1 hora sin signos de gravedad se puede dar el alta con tratamiento post-hospitalario (ver más adelante). Si no hay mejoría del FEM a los 30 min, se repite la evaluación a la hora y a las cuatro horas, en área de observación del servicio de urgencias, junto con una nueva evaluación si es necesaria a las 12 horas, consiguiendo revertir el proceso agudo asmático.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Iniciar un tratamiento adecuado y precoz en la crisis de asma en adultos en el S. de Urgencias.
2. Adecuar los ingresos hospitalarios de dichos pacientes.
 3. Optimizar el diagnóstico por medio de una espirometría urgente.
 4. Aplicar un protocolo de actuación ante estos pacientes, consensuado con el servicio de alergología.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

678

ACTUACION EN LA CRISIS DE ASMA EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. ADECUACION DE LOS INGRESOS

5. Hacer una revisión del tema

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a. Realizar un protocolo de actuación ante la crisis de asma en urgencias: Participarán todos los participantes en el proyecto, según la metodología para protocolos aportada por la Unidad de Calidad del Sector III. Junto a ello se llevará a cabo una revisión del tema. El responsable del protocolo será el coordinador del proyecto (Dr. Rivas). Se establecerán varias reuniones (no más de tres) para revisar y consensuar el protocolo de actuación. Posteriormente, se remitirá a la Unidad de Calidad y se distribuirá mediante correo electrónico a los médicos adjuntos y MIR que atiendan a dichos pacientes. La enfermera del proyecto será la encargada de distribuirlo entre el personal de enfermería del servicio de urgencias. Conjuntamente se darán un mínimo de tres sesiones aclaratorias en el Servicio de Urgencias para la difusión del protocolo y aclarar las dudas de su implantación. Se pretende distribuir el documento en forma de tríptico.
- b. Una vez se tenga el espirómetro que se solicita, se harán tres sesiones para aclarar su manejo en el Servicio de Urgencias. Cada una de las sesiones será impartida por los médicos adjuntos del S. Urgencias implicados en el proyecto.
- c. Se evaluarán cada 6 meses los indicadores de calidad descritos, revisando historias de crisis de asma que hayan acudido a urgencias y que estén registradas en la base de datos del programa de Urgencias. Los encargados serán los Dres: Ruiz, Escolar y De los Mártires.
- d. Se evaluará el porcentaje de pacientes que han ingresado en el hospital por crisis de asma. Responsable: Dr. Rivas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de ingreso en pacientes con crisis de asma

Indicador Porcentaje de ingresos en pacientes con crisis de asma
Dimensión Efectividad.

Justificación Se pretende documentar el número de ingresos por crisis de asma y compararlo con el de otros hospitales o sectores.

Fórmula $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes con crisis de asma que ingresan en el hospital})$

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en urgencias y diagnosticados de crisis de asma durante un determinado periodo} \times 100$

Explicación de términos 1. Crisis asmática: Episodio de inicio agudo que consiste en disnea, sibilancias y/o tos con trasfondo de inflamación e hiperreactividad bronquial.

2. Ingreso hospitalario: Paciente que ingresa en el hospital a causa de una crisis de asma, desde el servicio de urgencias.

Población Todos los pacientes que consultan en el servicio de urgencias por crisis de asma, durante el periodo revisado.

Tipo Proceso

Fuente de datos Documentación historia clínica

Estándar 100 %

2. Tiempo de demora en atender a pacientes con crisis de asma

Indicador Tiempo de demora en atender a pacientes con crisis de asma

Dimensión Efectividad. Seguridad clínica

Justificación Se pretende verificar si las crisis de asma son atendidas correctamente, ya que esto se relaciona con la morbilidad y la mortalidad posterior.

Fórmula $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes con crisis de asma y tiempo de inicio del tratamiento}) / 10 \text{ minutos}$

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en urgencias y diagnosticados de crisis de asma} \times 100$

Explicación de términos 1. Crisis asmática: Episodio de inicio agudo que consiste en disnea, sibilancias y/o tos con trasfondo de inflamación e hiperreactividad bronquial.

2. Tiempo del inicio del tratamiento: Tiempo transcurrido desde que el paciente entra en un cuarto de reconocimiento hasta que se administra el tratamiento.

Población Todos los pacientes que consultan en el servicio de urgencias por crisis de asma, durante el periodo revisado.

Tipo Proceso

Fuente de datos Documentación historia clínica

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 678

ACTUACION EN LA CRISIS DE ASMA EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. ADECUACION DE LOS INGRESOS

Estándar 90 %

3. Valoración de Peak-flow y espirometría en asmáticos

Indicador Valoración del Peak-flow en asmáticos
Dimensión Efectividad

Justificación La valoración funcional simple con espirómetro en pacientes con crisis asmáticas permite tomar decisiones terapéuticas en función de su resultado.

Fórmula $(N^{\circ} \text{ de pacientes con crisis de asma y valoración seriada del Peak-flow}) \times 100$

Nº de pacientes atendidos en urgencias y diagnosticados de crisis de asma) x 100

Explicación de términos 1. Crisis asmática: Episodio de inicio agudo que consiste en disnea, sibilancias y/o tos con trasfondo de inflamación e hiperreactividad bronquial.

2. Valoración seriada de Peak-flow: Realización de una primera valoración previa al inicio del tratamiento, y posteriormente con la frecuencia que determine el protocolo de cada centro.

Población Pacientes atendidos en urgencias por asma agudo, en el periodo revisado.

Criterios de exclusión: Pacientes con algún tipo de limitación para la realización de la prueba. Menores de 14 años.

Tipo Proceso .

Fuente de datos Documentación clínica de urgencias (médica y de enfermería).

Estándar 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Mes de Mayo: Tres reuniones del equipo con reparto de tareas y revisión del tema.
2. Meses de Junio, Julio: Realización del protocolo de actuación.
3. Mes de Agosto: Remisión a la Unidad de Calidad del protocolo para su aprobación por la misma y por la Dirección del Hospital
4. Mes de septiembre: Valoración inicial de los indicadores.
5. Mes de Mayo a Septiembre: Plazo para recibir el dinero para compra de espirómetro eléctrico.
6. Octubre: Difusión del protocolo por el servicio y entre los facultativos que atienden crisis de asma. Puesta en marcha del mismo.
7. Diciembre: Evaluación de los indicadores.
8. Enero de 2012: Memoria del proyecto. Fin del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Compra de un espirómetro eléctrico	6.000 €
· Compra de material informático	1.000 €
· Material didáctico (trípticos).	500 €
Total	7.500 €

11. OBSERVACIONES. BIBLIOGRAFÍA:

- Lazarus SC. Emergency treatment of asthma. N Engl J Med. 363; 8:
- Williams D, Portnoy JM, Meyerson K. Strategies for improving asthma outcomes: a case-based review of successes and pitfalls. J Manag Care Pharm. 2010 Feb;16(1 Suppl C):S3-14; quiz S16-7. Review
- GEMA 2009: Guía española para el manejo del asma. Disponible en: www.gemasma.es

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

563

IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA PERIOPERATORIO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ELENA ROSES MONFORT

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. DIRECCION DE ENFERMERIA
- VECINO SOLER ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. DIRECCION DE ENFERMERIA
- DIEZ ESCUSA CONCEPCION. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. BLOQUE QUIRURGICO
- SANZ ASIN ALICIA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud de un grupo de trabajo de enfermeras quirúrgicas que colaborasen en la creación del mapa de competencias de la enfermería quirúrgica de la Comunidad de Aragón, ha facilitado la constitución de un equipo de mejora interhospitalario que quiere revisar y unificar los diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras que se realizan perioperatoriamente a los pacientes quirúrgicos en los hospitales de la Comunidad. Una vez unificado el registro de enfermería perioperatorio y previo a su implementación es necesario cualificar a las enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet para su correcta cumplimentación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Registro de enfermería perioperatorio consensuado con diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con los cuidados recibidos. Aumentar la seguridad de los cuidados enfermeros.

Asegurar la continuidad de cuidados en el proceso quirúrgico.

Favorecer la actualización e intercambio de conocimientos basados en la evidencia de los profesionales de enfermería quirúrgica de todos los hospitales de la Comunidad.

Cualificar al personal de enfermería quirúrgica para la correcta cumplimentación del registro

Implementar el registro unificado en todos los hospitales, inicialmente en formato papel y posteriormente informático.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constituir grupos de trabajo.

2. Impartir formación a los grupos en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC).
3. Impartir formación para cumplimentar correctamente el registro.
4. Implementar el registro.
5. Medición de la implementación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de al menos 4 sesiones de formación en taxonomía enfermera.

Realización de al menos 4 reuniones con acta de presentación del registro a enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet.

% de profesionales cualificados del BQ

% de registros cumplimentados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Mayo 2011. Formación de grupos de trabajo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

563

IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA PERIOPERATORIO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. Junio 2011. Formación en taxonomía enfermera.
3. Octubre 2011. Presentación del registro de la unidad de acogida.
4. Noviembre 2011. Implementación del registro.
5. Enero 2012. Medición de la implementación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 601

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION SOBRE CATETERISMO CARDIACO AL CLIENTE EXTERNO

2. RESPONSABLE JOSE RAMON RUIZ ARROYO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA- HEMODINAMICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LUKIC ANTONELLA. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. CARDIOLOGIA
 - LINARES VICENTE JOSE ANTONIO. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. CARDIOLOGIA
 - MARCOS BLANCO ESTHER. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. CARDIOLOGIA
 - FERNANDO MUNARRIZ. ENFERMERO. HCU LOZANO BLESA. CARDIOLOGIA-HEMODINAMICA
 - ISCAR GONZALEZ ERNESTO. ENFERMERO. HCU LOZANO BLESA. HEMODINAMICA
 - HERNANDEZ SANCHEZ ESTIBALIZ. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las últimas décadas, la manera de interactuar con el paciente ha ido cambiando hacia un modelo no paternalista intentando implicar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud. El consentimiento informado es un proceso mediante el cual la persona autoriza un acto médico después de discutir con el médico la naturaleza, indicaciones, riesgos y beneficios del mismo. De esta forma, se trata de un proceso de interacción y comunicación que reconoce dos momentos principales estrechamente vinculados: el de la información (por parte del médico) y el de la comprensión y la toma de decisión informada (por parte del paciente). La cantidad y la calidad de la información brindada por el médico es un determinante de la validez ética y jurídica de la decisión del paciente.

Diversas publicaciones demuestran que la información recibida por los pacientes no siempre es "descodificada", comprendida o recordada adecuadamente. La alta presión asistencial existente en nuestro medio condiciona que, en muchas ocasiones, el formulario de consentimiento informado se utilice de forma inconveniente, como sustituto de la comunicación verbal y personalizada.

Nuestro grupo ha evaluado recientemente el grado de información que reciben los pacientes remitidos a Cateterismo Cardiaco a nuestro Laboratorio, (hasta la actualidad evaluadas 50 encuestas, pacientes incluidos de forma consecutiva) con unos resultados subóptimos que enumeramos a continuación:

- Aunque el 87% de los pacientes acude con el formulario de consentimiento informado firmado, más de 20% de ellos declaran que no lo han leído. Algo más de un 10% ha sido informado sobre el procedimiento en las últimas horas y el 20% de los pacientes opina que no ha tenido tiempo suficiente para pensárselo.

- Un 25% de los pacientes refiere que no les han explicado los riesgos de la prueba y a un 35% de ellos les hubiera gustado obtener más información sobre los mismos. Así mismo, un 35% de ellos no recuerda que se les haya explicado el postoperatorio, tampoco las otras alternativas terapéuticas/diagnósticas (87,5%).

- Los pacientes encuestados refieren que el tiempo empleado por su médico para la explicación de la prueba ha sido inferior a 5 minutos en un 58% de los casos.

- Casi la mitad de los pacientes cree que el consentimiento informado es solamente un método de protección legal de los médicos, aunque la mayoría lo consideran importante o muy importante.

- El 81,3% de los pacientes declararon no haber hecho preguntas adicionales, la mayoría (72.9%) porque consideran que tenían todo claro.

- La percepción de los pacientes sobre el escaso grado de participación en la toma de decisiones sobre la prueba se observa en un 31,3% de pacientes. Sin embargo, una vez preguntados sobre si les hubiera gustado participar más en la toma de decisiones, la mayoría (83%) contestó que NO.

- A todo esto hay que sumar que la mayoría de los pacientes encuestados remitidos a cateterismo cardiaco (más de 75%) tienen como mucho educación primaria terminada y el 52% de ellos son mayores de 65 años.

Por lo tanto, existe una clara necesidad de mejorar la información con la que vienen nuestros pacientes a la Sala de Hemodinámica. Nuestro grupo considera que puede conseguirse una mejoría de esta situación mediante el uso de medios más ilustrativos (folletos informativos ilustrados) y mediante concienciación de la población sanitaria implicada en el proceso.

Además, existe una necesidad de ampliar la información de los pacientes a los que se implanta un stent coronario con recomendaciones importantes, sobre todo la importancia del mantenimiento de la doble antiagregación, que consideramos deben quedar incluidas en el proyecto global de la mejora de información de los pacientes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

601

MEJORA DE LA INFORMACION SOBRE CATETERISMO CARDIACO AL CLIENTE EXTERNO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Incrementar el grado de información sobre el procedimiento.
- Mejorar la comprensión de la información recibida por parte de los pacientes.
 - Aumentar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud.
 - Conseguir una mayor y más activa implicación y participación de los pacientes en la toma de decisiones.
 - Disminución de la ansiedad y estrés asociado al procedimiento.
 - Mejorar la satisfacción de los pacientes con la información recibida sobre el cateterismo cardiaco.
 - Mejorar la información de los pacientes sobre la necesidad de doble antiagregación mantenida en caso de implante de stent
 - Adecuar la cumplimentación del documento de consentimiento informado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La primera actividad del grupo dirigida en este sentido ha sido actualizar la información expresada en el consentimiento informado y adaptarla a la situación actual. Se ha elaborado recientemente un nuevo documento de consentimiento informado que ha sido revisado y aprobado por el comité hospitalario. La siguiente actividad (aún en marcha) ha sido evaluar el grado de información recibida y de su comprensión por parte de los pacientes mediante la realización de una encuesta cuyos datos preliminares han sido expuestos más arriba en el texto.

Las siguientes actividades (con sus respectivos responsables) para conseguir una mejora en la información recibida y su comprensión son:

- Solicitud de permisos y obtención de los folletos informativos a la SHCI (Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología). Responsable: Dr. Ruiz
 - Sesión informativa para el personal de Cardiología sobre el plan de mejora de información al paciente sobre cateterismo cardiaco, presentación del nuevo consentimiento informado y de los folletos de información sobre cateterismo cardiaco diagnóstico y terapéutico y sobre doble antiagregación. Responsable: Dr. Ruiz
 - Explicación de la prueba y entrega a los pacientes de folleto de información sobre cateterismo cardiaco a todos los pacientes pendientes de esta prueba médica. Responsable: Médico responsable de planta
 - Entrega y explicación del documento del consentimiento informado y su posterior recepción, una vez firmado. Responsable: Médico responsable de planta
 - Realización de la encuesta al paciente y recogida de datos: Responsable: MIR Cardiología rotante en Hemodinámica
 - Explicación y entrega de tarjeta de tratamiento antiagregante (en caso indicado). Responsable: Enfermera de Hemodinámica responsable del paciente
- Explicación y entrega de recomendaciones para pacientes portadores de stent coronario en caso indicado. Responsable: Hemodinamista responsable
- Elaboración final de indicadores y evaluación. Responsable: Dra. Lukic y Dr. Linares

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR: Pacientes con el consentimiento informado debidamente cumplimentado, en porcentaje: Objetivo 100%. Se considera debidamente cumplimentado si consta el nombre completo del paciente, número de historia clínica, firma del paciente y firma del médico solicitante). Se obtendrá mediante fórmula (el número de documentos de consentimiento informado debidamente cumplimentados) / (número total de los pacientes remitidos a cateterismo cardiaco en ese periodo de tiempo)*100. Monitorización cada mes.

INDICADOR: Pacientes a los que se haya entregado folleto informativo sobre cateterismo cardiaco, en porcentajes. Se obtendrá mediante la fórmula (numero de los pacientes a los que se haya entregado folleto informativo sobre cateterismo cardiaco)/(número total de pacientes remitidos a cateterismo cardiaco en ese periodo de tiempo)*100. Monitorización cada mes. Será obtenido mediante encuesta a los pacientes a su llegada a la sala de Hemodinámica. Objetivo en el 2011: 65%.

INDICADOR: Pacientes que respondan "si" a la pregunta "Su médico de la planta le ha explicado en qué consiste esta prueba?". Expresado en porcentaje. Se obtendrá mediante la fórmula (número de pacientes que respondan si a la pregunta su médico de la planta le ha explicado en qué consiste esta prueba)/(número total de pacientes remitidos a cateterismo cardiaco en ese periodo de tiempo)*100. Monitorización cada mes. Será obtenido mediante encuesta a los pacientes a su llegada a la sala de Hemodinámica. Objetivo 2011: 85%.

INDICADOR: Paciente con implante de stent a los que se haya entregado tarjeta de tratamiento antiagregante. Expresado en porcentaje. Se obtendrá mediante la fórmula (número de pacientes con implante de stent a los que se haya entregado tarjeta de tratamiento antiagregante)/(número total de pacientes remitidos a

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

601

MEJORA DE LA INFORMACION SOBRE CATETERISMO CARDIACO AL CLIENTE EXTERNO

cateterismo cardiaco en ese periodo de tiempo)*100. Monitorización cada mes. Será obtenido mediante encuesta a los pacientes a su salida de la sala de Hemodinámica. Objetivo para 2011: 80%.

INDICADOR: Pacientes con implante de stent a los que se haya entregado hoja de recomendaciones para pacientes portadores de stent. Expresado en porcentaje. Se obtendrá mediante la fórmula (número de pacientes con implante de stent a los que se haya entregado la hoja de recomendaciones para pacientes portadores de stent)/(número total de pacientes remitidos a cateterismo cardiaco en ese periodo de tiempo)*100. Monitorización cada mes. Será obtenido mediante encuesta a los pacientes a su salida de la sala de Hemodinámica. Objetivo para 2011: 80%.

Los responsables de la obtención de los indicadores y evaluación final son Dra. Lukic y Dr.Linares. Los indicadores se evaluarán mensualmente al inicio. Se excluyen los pacientes provenientes de otros centros hospitalarios diferentes del HCU Lozano Blesa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Algunas de las actividades ya están en marcha. Está previsto iniciar las actividades mencionadas en este documento en el primer trimestre del presente año. Se espera disponer de resultados al final del 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresión de folletos informativos	1.500 €
· Impresión de tarjetas de tratamiento antiagregante	400 €
· *Impresión de hoja de recomendaciones para pacientes portadores	200 €
· Impresión de la encuesta	200 €
Total	2.300 €

11. OBSERVACIONES. *Impresión de hoja de recomendaciones para pacientes portadores de stent

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PLAN INTEGRAL DE MEJORA EN LA ASISTENCIA EN URGENCIAS DE LOS PACIENTES CON COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS DISPOSITIVOS DE GASTROSTOMÍA

2. RESPONSABLE DANIEL SAENZ ABAD

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIVAS JIMENEZ MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE URGENCIAS (COORDINADOR DEL SERVICIO)
- SIMON MARCO MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE DIGESTIVO. UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DIGES
- GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE URGENCIAS (JEFE DE SECCION)
- RUIZ RUIZ FRANCISCO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE URGENCIAS
- SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE URGENCIAS
- ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE URGENCIAS
- VAL ESCO LAURA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestra práctica clínica diaria hemos observado que cada vez son más los pacientes portadores de gastrostomías o dispositivos percutáneos para nutrición enteral. Esto se debe al incremento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento poblacional que multiplica la aparición de diversos trastornos deglutorios y a la mejora significativa de las técnicas que permiten la colocación de éstos dispositivos, garantizando la cobertura nutricional necesaria en pacientes que de otro modo no podrían alcanzarla. El incremento del número de pacientes portadores de dichos dispositivos ha hecho que se incremente paralelamente, el número de complicaciones derivadas de los mismos y las visitas a Urgencias por este motivo. Entre las complicaciones más frecuentes destacan la obstrucción del dispositivo, la infección local y sobre todo la pérdida de la ubicación normal de la gastrostomía con la consiguiente imposibilidad para alimentar al paciente hasta su recolocación. La técnica de colocación de las gastrostomías, si bien es rápida y segura, requiere de personal especializado, material específico y una sala habilitada para tal fin (Sala de Endoscopias, Sala de Radiología Intervencionista...) Por el contrario, la atención a las complicaciones posteriores incluida la recolocación de la sonda de gastrostomía en caso de pérdida de su emplazamiento habitual, es una técnica sencilla, seguras y de rápida ejecución, que no necesitan de material específico, personal especializado ni de salas con equipamiento concreto. Hasta el momento, cuando un paciente portador de sonda de gastrostomía acude a Urgencias por una complicación relacionada con dicho dispositivo (habitualmente pérdida del mismo y cese consecuente de su función), el paciente permanece en la Sala de Observación una media de 24 horas en espera de recolocación del dispositivo al día siguiente en el Servicio donde se colocó la primera vez (Endoscopias o Radiología Intervencionista). En este tiempo, el paciente ocupa una cama hospitalaria y no puede recibir nutrición enteral, debiendo necesariamente ser sometido a canalización de vía venosa periférica y administración de fluidoterapia intravenosa. Así mismo y sumado al perjuicio que esto supone, mientras no se recoleque la gastrostomía, el paciente deja de percibir la mayoría de sus medicaciones (todas aquellas que sólo pueden administrarse por vía enteral) siendo algunas de ellas imprescindibles. De todo lo anterior se deduce fácilmente que este problema supone un gasto innecesario de recursos hospitalarios y un perjuicio añadido para el propio paciente. Un breve periodo de formación básica en la Sección de Endoscopias, nos ha permitido adquirir la habilidad suficiente para poder solventar las complicaciones de los dispositivos de gastrostomía, incluyendo el recambio de los mismos en caso de pérdida de su ubicación. La maniobra es segura, sencilla, técnicamente similar a la que supone un recambio de sonda vesical y conlleva una mejora evidente en la calidad asistencial de estos enfermos, a la par que un ahorro importante de costes sin que para ello se derive gasto alguno

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. PROYECTO NUEVO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Procurar atención inmediata y no diferida de las complicaciones derivadas de los dispositivos y sondas de gastrostomía en enfermos portadores de los mismos, con posterior alta a domicilio si no intercorre otro proceso
2. Ahorro de costes en la atención a estos enfermos (evitar estancias hospitalarias innecesarias, canalización de vías venosas, administración de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

254

PLAN INTEGRAL DE MEJORA EN LA ASISTENCIA EN URGENCIAS DE LOS PACIENTES CON COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS DISPOSITIVOS DE GASTROSTOMIA

- fluidoterapia intravenosa y medicación parenteral hasta recambio del dispositivo...) 3. Disminución de las complicaciones en este tipo de enfermos, derivadas de la hospitalización, del cese de su nutrición enteral por la sonda y de algunas de sus medicaciones habituales
4. Evitar la saturación innecesaria de la Unidad de Endoscopias Digestivas eliminando de su actividad la atención a este tipo de enfermos
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Promover desde este grupo la formación de otros profesionales implicados en la asistencia sanitaria en Urgencias (Enfermería, MIR...) para alcanzar su capacitación en la resolución de problemas relacionados con los citados dispositivos percutáneos
2. Difusión de nuestro proyecto y evaluación periódica del cumplimiento del mismo (al menos cada semestre)
3. Evaluación periódica de los resultados obtenidos, de las mejoras conseguidas y publicación de dichos resultados
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.INDICADOR DE RESULTADOS FINALES-
- N° de complicaciones resueltas en Urgencias y dadas de alta
 - N° de complicaciones resueltas en Urgencias y dadas de alta / N° de pacientes portadores de gastrostomía atendidos al año en Urgencias
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO: PRIMER MES
- 2.- DIFUSION DEL PROYECTO: PRIMER MES
- 3.- FORMACION DEL RESTO DEL PERSONAL IMPLICADO: PRIMER MES
- 4.- PUESTA EN MARCHA Y APLICACION DEL PROYECTO: LOS MESES 2 AL 12
- 5.- EVALUACION DE RESULTADOS: MESES 4, 8 Y 12
- 6.- PUBLICACION DE RESULTADOS: MES 12
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. No son necesarios gastos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 066

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL EQUIPO BACT/ALERT 3D DE HEMOCULTIVOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESTRELLA DURAN SANCHEZ. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - RAFAEL BENITO RUESCA. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - JOAQUINA GIL TOMAS. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - MARIA JOSE GUDE GONZALEZ. FARMACEUTICA. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - PILAR ABAD ALEJALDRE. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ. MEDICO. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA
 - MARIA GONZALEZ DOMINGUEZ. FARMACEUTICA. H.C.U. LOZANO BLESA. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SITUACIÓN DE PARTIDA

Importancia y Utilidad del Hemocultivo.

La bacteriemia y la fungemia son complicaciones graves de las infecciones bacterianas y fúngicas que se producen cuando los microorganismos invaden el torrente circulatorio desde un foco intra o extravascular y se multiplican a un ritmo que supera la capacidad del sistema reticuloendotelial para eliminarlos.

Su detección en el Laboratorio, mediante la práctica de hemocultivos, es de gran importancia ya que se asocian a una elevada mortalidad.

La bacteriemia puede presentarse a cualquier edad, sobre todo en pacientes con enfermedades graves, en pacientes sometidos a maniobras instrumentales o intervención quirúrgica, en pacientes con catéteres intravasculares etc.

La mayoría de microorganismos son capaces de invadir torrente circulatorio. En la actualidad los Gram. positivos (estafilococo o enterococo), igualan o incluso superan a los Gram. negativos debido a numerosas causas como la utilización de antibióticos de amplio espectro, catéteres intravasculares, el empleo de métodos diagnósticos invasivos, el aumento de pacientes con inmunosupresión por tratamientos antineoplásicos, infección por VIH, etc.

Indicaciones.

La solicitud de hemocultivo está indicada en los siguientes casos:

Pacientes con fiebre > 38° C o cuya temperatura sea inferior a 36° C

Pacientes con leucocitosis o leucopenia.

Pacientes con trombopenia o alteraciones de la coagulación de causa no filiada.

Pacientes con infección focal de etiología no aclarada.

Pacientes con deterioro uni o multiorgánico, shock o inestabilidad hemodinámica.

Neonatos ante la mínima sospecha de infección.

Sospecha clínica de meningitis.

Sospecha clínica de neumonía

Sospecha clínica de brucelosis

Sospecha clínica de endocarditis, etc.,...

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL EQUIPO BACT/ALERT 3D DE HEMOCULTIVOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESAS DE ZARAGOZA

Principio del método.

Detección de dióxido de carbono procedente del metabolismo microbiano mediante colorimetría.

Si hay microorganismos en la muestra de análisis, se genera dióxido de carbono a medida que los microorganismos metabolizan los substratos del medio de cultivo. Cuando el crecimiento de los microorganismos genera CO₂, el color del sensor presente en el fondo de cada frasco de cultivo cambia de un color oscuro a uno más claro.

Un diodo emisor de luz proyecta luz sobre el sensor. Un fotodetector mide la luz reflejada. Cuanto más CO₂ se genera, mayor es la cantidad de luz reflejada. Esta información se compara con la lectura inicial del sensor. Si existe un contenido inicial de CO₂ elevado, una tasa de CO₂ inusualmente alta o una producción sostenida de CO₂, se determina que la muestra es positiva.

Si el nivel de CO₂ no varía significativamente después de 7 días en condiciones óptimas, se determina que la muestra es negativa.

Volumen y dilución de la sangre.

El volumen recomendado por cada Venopunción en adultos es de 10 ml, ya que con volúmenes menores se ha demostrado una disminución del índice de positividad. Se considera que el índice de positividad aumenta entre el 3-5% por cada mililitro adicional de sangre cultivada. Sin embargo, la recomendación de elevar el volumen de sangre por extracción no se aplica, en cierta medida, por la anemia que se puede provocar al paciente y para mantener la proporción de volumen sangre/medio de cultivo.

En neonatos y niños, se ha preconizado que la mayor cantidad de bacterias presentes en sangre permite que con volúmenes considerablemente menores, incluso inferiores a 1 ml, se obtengan resultados aceptables y comparables a los de los adultos. Sin embargo, algunos trabajos han demostrado que la bacteriemia de bajo nivel es muy común en la población pediátrica y que el volumen de sangre para detectarla debe ser proporcional al peso (al volumen de sangre total) y a la edad.

La dilución de la sangre en el medio de cultivo es necesaria para neutralizar sus propiedades bactericidas. En los pacientes en tratamiento con antimicrobianos esta dilución permite, además, conseguir que la presencia de éstos se reduzca hasta alcanzar concentraciones subinhibitorias. La dilución final recomendada es de 1/5 a 1/10 (volumen/volumen) ya que diluciones <1/5 reducen la positividad.

Limitaciones al procedimiento.

La muestra, una vez introducida en el frasco, es irrecuperable. La repetición del cultivo será siempre sobre una nueva muestra de sangre.

Es posible que algunos microorganismos poco frecuentes y exigentes para su crecimiento no se desarrollen en los frascos de cultivo; si se sospecha la presencia de éstos, deben tomarse en consideración métodos alternativos para su recuperación.

La metodología empleada no permite detectar el crecimiento de algunas bacterias como *Francisella* spp., *Leptospira* spp., *Bartonella* spp. y *Mycoplasma* spp., parásitos ni virus.

Para garantizar una recuperación óptima de *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria gonorrhoeae*, se recomienda un volumen de sangre mínimo de 5 ml.

En contadas ocasiones, se pueden encontrar microorganismos que crecen en el medio del frasco de cultivo Bact/ALERT FA pero que no producen suficiente dióxido de carbono para que puedan determinarse como positivos. Un factor que puede conducir a esta condición es la presencia de antibióticos activos en la muestra.

Si se inocula una cantidad insuficiente de muestra en los frascos de cultivo, ciertas cepas de *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *N. gonorrhoeae* y *P. anaerobius* que pueden ser sensibles al anticoagulante (polianetosulfonato sódico) pueden mostrar una ausencia de crecimiento o una baja producción de CO₂.

Raramente, si la muestra contiene un número muy elevado de glóbulos blancos, Bact/ALERT puede indicar un frasco de cultivo como positivo. De ello resultarán muestras con una tinción y un subcultivo negativos.

Una sola extracción sanguínea puede dar lugar a un falso negativo dado que muchas veces el número de organismos es reducido y pueden aparecer intermitentemente en el flujo sanguíneo.

Tipo de muestra primaria.

El tipo de muestra primaria a la que aplica este procedimiento es sangre.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL EQUIPO BACT/ALERT 3D DE HEMOCULTIVOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL H.C.U. LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Tipo de recipiente: Frascos de hemocultivos FA aerobio (verde), Frascos de hemocultivos FN anaerobio (naranja), Frascos de hemocultivos PF pediátrico (amarillo).
Medio de Cultivo: Trypticaseína soja enriquecida con Peptona, BHI y carbón activado.
Aditivo : SPS

Criterios de aceptación y rechazo de las muestras.

Incorrecto etiquetado de la muestra

Incorrecta identificación de la muestra

Envasado defectuoso, roto o inadecuado

En general, no se rechazará nunca un hemocultivo dada la importancia del diagnóstico de la bacteriemia, salvo en el caso en que haya serias dudas en cuanto a la identificación de la muestra o los frascos estén dañados y contaminados. En el caso de graves deficiencias en el envío de la muestra se contactará con el servicio que la remite para solucionarlas y después se procesará.

Equipo.

BacT/ALERT 3D (BioMérieux)

Toma de muestra.

Según instrucciones para la toma de la muestra. PNT 02-03 HEMOCULTIVO

Procedimiento.

Según se especifica en el Manual del Operador de BacT/ALERT.

Control de Calidad.

Como en muchos ámbitos profesionales, la introducción de control y aseguramiento de la calidad en Microbiología Clínica es ineludible para garantizar unos resultados fiables que se traduzcan en un máximo beneficio para los pacientes, en un ámbito que cada vez es más complejo.

El H.C.U. Lozano Blesa está adscrito al Control de Calidad externo de la la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica cuyo alcance es nacional.

El objetivo que persigue es eminentemente docente, y pretende la mejora continuada de la calidad de los resultados de los laboratorios participantes por la vía del autoaprendizaje y la reflexión crítica.

Se trata también de un sistema de control externo de la calidad que puede ser utilizado en los procesos de certificación de los laboratorios, puesto que permite, mediante el análisis conjunto de los resultados, controlar los métodos analíticos en toda su extensión: procedimientos, instrumental, sistemas, reactivos, etc.

El Control de Calidad se materializa en cuatro envíos anuales con muestras de Bacteriología (entre los que se incluyen los remitidos para control de los hemocultivos) y Serología, dos envíos anuales de Micología y Parasitología, alternantes, y dos de Micobacterias que se alternan también con uno de Virología y otro de Biología Molecular.

Tras la recepción de las respuestas se elabora un informe individual de los resultados obtenidos por cada laboratorio. Se trata de un informe comparado con el de un centro de referencia, con los obtenidos por el resto de participantes y, si es procedente, con opiniones establecidas por un comité de expertos en el aspecto sobre el que versa el control.

También se realizan análisis generales de los resultados (preliminar y definitivo) que se remiten por correo electrónico a quien lo solicite y también se edita un Boletín impreso con el análisis final de los resultados y con revisiones sobre los temas que versan los controles.

En el momento actual, no se realiza ningún Control de Calidad Interno.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL EQUIPO BACT/ALERT 3D DE HEMOCULTIVOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL H.C.U. LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Nuestra propuesta es el diseño y puesta en marcha de un Programa de Control de Calidad Interno de Hemocultivos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Control del funcionamiento del equipo Bact/ALERT y de los frascos empleados en la práctica del Hemocultivo.

2.Control del crecimiento bacteriano según inóculo presente en la muestra.

3.Formación continuada de los residentes que rotan por la Sección de Hemocultivos. Siendo la Microbiología Clínica una rama de la ciencia eminentemente interpretativa, el Programa de Control de Calidad Interno pretende estimular a los microbiólogos en formación para que lleven a cabo las técnicas necesarias para la identificación y estudio de la sensibilidad de los microorganismos aislados en los hemocultivos control, así como la interpretación de resultados que obtengan. Los responsables de la Sección de Hemocultivos solucionarán las dudas de tipo técnico-microbiológico que puedan surgir.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Procedimiento.

Con periodicidad mensual se realizarán controles blancos (sin inocular) de cada uno de los tipos de frascos (FA aerobio, FN anaerobio y PF pediátrico). Con la misma periodicidad, se realizará un control positivo de cada uno de los 3 frascos (FA aerobio- FN anaerobio-PF pediátrico), excepto cuando el control sea un microorganismo anaerobio que no se inoculará en frasco pediátrico). Se emplearán cepas de colección de casos clínicos del Laboratorio de Microbiología en los controles positivos.

CEPAS

Staphylococcus aureus meticilin resistente
Staphylococcus epidermidis
Streptococcus pneumoniae
Streptococcus agalactiae
Listeria monocytogenes
Neisseria meningitidis
Haemophilus influenzae
Escherichia coli
Pseudomonas aeruginosa
Acinetobacter baumannii
Clostridium perfringens
Bacteroides fragilis

Metodología para el control positivo.

- 1.- Añadir 1-2 ml de sangre humana al frasco
- 2.- Utilizando el crecimiento a partir de medios sólidos de 18-24 horas de antigüedad, preparar una suspensión en caldo tríptico de soja (TSB) a una concentración de 0,5 del patrón McFarland (108).
- 3.- Realizar diluciones seriadas de esta suspensión de siguiente forma:
 - a)Dilución a 1:100: Pipetear 0,1 ml de la suspensión del paso 2 en 9,9 ml de TSB.
 - b)Dilución a 1:100: Pipetear 0,1 ml de la suspensión del paso 3a en 9,9 ml de TSB.
 - c)Dilución a 1:10: Pipetear 1,0 ml de la suspensión del paso 3b en 9,0 ml de TSB (la densidad debe ser de aproximadamente 103).
 - d)Dilución a 1:10: Pipetear 1,0 ml de la suspensión del paso 3c en 9,0 ml de TSB (la densidad debe ser de aproximadamente 102).
- 4.- Inocular 0,4 ml de la dilución final del paso 3c en el frasco FA aerobio o en el frasco FN anaerobio (400 UFC/ frasco). Si se va a utilizar el frasco PF

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO DEL EQUIPO BACT/ALERT 3D DE HEMOCULTIVOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

pediátrico, inocular 0,2 ml de la dilución final del paso 3c (200 UFC/ frasco).

5.- Inocular 0,4 ml de la dilución final del paso 3d en el frasco FA aerobio o en el frasco FN anaerobio (40 UFC/ frasco). Si se va a utilizar el frasco PF pediátrico, inocular 0,2 ml de la dilución final del paso 3d (20 UFC/ frasco).

5.- Cargar los frascos lo antes posible.

6.- La identificación y el estudio de sensibilidad de los microorganismos aislados se realizará según PNT 02-03 Hemocultivos

Metodología para el control negativo.

1.Cargar los frascos sin inocular. Estos deben ser negativos tras 7 días de incubación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores.

- Detección de crecimiento en el 100% de los frascos inoculados (controles-positivos)
- Ausencia de crecimiento en el 100% de los frascos no inoculados (controles negativos)

Evaluación y Seguimiento.

1.Registro de los periodos de incubación antes de ser detectado el crecimiento para cada microorganismo objeto de control, para cada dilución y para cada tipo de frasco.

2.Aislamiento e identificación del microorganismo objeto del control y realización de pruebas de sensibilidad si procede.

3.Registro de los controles negativos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Evaluación y seguimiento del nuevo control de calidad durante un mínimo de 12 meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Se precisa la colaboración del Banco de Sangre para que nos proporcione una bolsa de sangre humana al mes para la inoculación de las cepas sometidas a control.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 386

1. TÍTULO

ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PERSONAL DUE QUE TRABAJA EN HOSPITALIZACION DE GINECOLOGIA DEL HCU LOZANO Blesa, PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO Y LA ASISTENCIA CLINICA DE LAS PACIENTES DIABETICAS INGRESADAS

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA SANCHO SERRANO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa". SERVICIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GIMENO ORNA JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa". SERVICIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GARCIA GARCIA BLANCA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa". SERVICIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GARCIA HERNANDEZ ROSA. ENFERMERA EDUCADORA EN DIABETES. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa". SERVICIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- JIMENEZ TORRES PATRICIA. ENFERMERA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa". SERVICIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- PERALES CARMEN. SUPERVISORA GINECOLOGIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa". SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

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

La Diabetes Mellitus aumenta en prevalencia con la edad de las personas. En las mujeres este incremento es mayor a partir de los 50 años.

El Servicio de Ginecología de HCU recibe pacientes con Diabetes Mellitus para realizar pruebas diagnósticas o tratamiento de su proceso. Algunas de estas enfermedades o su tratamiento pueden descompensar la Diabetes Mellitus; por ello puede ser más frecuente:

- Episodios de hipo/hiperglucemia
- Alargar estancia hospitalaria

Actualmente es elevado el número de pacientes diabéticas en tratamiento con nuevos fármacos hipoglucemiantes : análogos de insulina de acción lenta, inhibidores de DPP-4, análogos de GLP-1). El servicio de Ginecología solicita consulta al Servicio de Endocrinología para atender a estas pacientes, en tratamiento con insulina de manera habitual o como parte del tratamiento hospitalario.

Por ello es importante y necesaria la actualización en conocimiento específicos de todo el personal sanitario que atiende a personas con diabetes.

Método de detección :

1. Evaluación de la tarea asistencial por parte del médico especialista en Endocrinología que atiende las hojas de consulta de planta 4 (Ginecología) . Se ha detectado:
 - a) dificultad en la asistencia a episodios de descompensación aguda de la glucemia, hipoglucemia basal e hiperglucemia ocasional
 - b) Ajuste insuficiente del tratamiento hipoglucemiante en pacientes que van a recibir tratamiento quirúrgico.
2. Solicitud por el personal de enfermería de realización de cursos de actualización en diabetes.

Priorización :

Formalización y actualización en :

1. Insulinas. Farmacocinética. Diferencias entre las diversas insulinas en uso.
2. Pautas diferentes de administración e insulina.
3. Problemas mas frecuentes en el tratamiento del paciente diabético : complicaciones agudas, preparación para tratamiento quirúrgico.

La situación de partida es la necesidad de :

- Actualización de conocimientos.
- Comentar con el equipo asistencial los protocolos ter

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

386

ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PERSONAL DUE QUE TRABAJA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HCU LOZANO BLESA, PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO Y LA ASISTENCIA CLÍNICA DE LAS PACIENTES DIABÉTICAS INGRESADAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2010 se realizó un proyecto de mejora de calidad "Actualizar conocimientos y actitudes en personal DUE en planta de Neurología (planta 7 de HCU "Lozano Blesa)" para mejorar la asistencia y la seguridad en el paciente diabético.

Actividad realizada :

1. Curso "Actualización en conocimientos y actitudes....."
2. Evaluación de indicadores elegidos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6. RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR :
1. Asistencia adecuada a los episodios de hipoglucemia basal que se detecten en pacientes diabéticos ingresados en planta de Ginecología.
 2. Asistencia según protocolo a los episodios de Hipo / Hiperglucemia.
 3. Estabilidad metabólica en el periodo preoperatorio y postoperatorio , en pacientes diabéticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualizar conocimientos en la asistencia al paciente diabético .

Medidas previstas :

Realizar curso de formación teórico-práctica:

1. Insulinas. Farmacocinética. Diferencias entre las diversas insulinas en uso.
2. Pautas diferentes de administración e insulina.
3. Problemas mas frecuentes en el tratamiento del paciente diabético : complicaciones agudas, preparación para tratamiento quirúrgico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de hip

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

674

MEJORA EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ARAGON. MEJORA EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS

2. RESPONSABLE ISABEL SANJOAQUIN CONDE

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CRUSELLS CANALES PEPA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- LETONA CARBAJO SANTIAGO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- CUESTA MUÑOZ JULIAN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- VITORIA ASUNCION. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa. MICROBIOLOGIA
- GRACIA CASANOVA MERCEDES. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa. PEDIATRIA
- BALLESTIN MARIA JESUS. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. TRABAJO SOCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La tuberculosis es una infección no erradicada con una incidencia creciente en nuestro país >20 casos/100000 hb (datos recientes de la OMS 2011).

En nuestra Comunidad Aunque existen programas y protocolos de control facilitados por el ministerio de Sanidad y por el departamento de Salud de la DGA, observamos desde hace años, que el estudio de los Contactos en Atención primaria, no se aplica de forma unificada. Tanto las pruebas que se solicitan así como la prescripción o desestimación de quimioprofilaxis (primaria o secundaria), en igualdad de factores de riesgo, varía dependiendo del centro de Salud dónde se estudia el contacto. Un control de contactos inadecuado favorece a medio plazo la aparición de nuevos casos secundarios de Tuberculosis.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Controlar el 90% de los contactos de Tuberculosis de primer grado especialmente los de alta prioridad (convivencia de >6h día, niños, inmunodeprimidos).

Disminución del número de casos secundarios de tuberculosis.

Facilitar las terapias directamente observadas mediante la colaboración de Trabajo Social y Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se propone crear una Unidad de Tuberculosis en el Hospital Clínico Lozano Blesa que sea referencia en el Area III. En esta Unidad se integrarán facultativos del Servicio de Enfermedades Infecciosas, Pediatría, Microbiología, Preventiva y contará con la colaboración de Trabajo Social.

Esta Unidad mantendrá una estrecha relación con los centros de Salud del Area III, dónde habrá al menos un facultativo que asuma el control de la enfermedad tuberculosa.

La unidad dispondrá de una ubicación y un horario semanal fijo. Se facilitará un teléfono de contacto a Atención Primaria para solucionar o aclarar dudas de manera eficaz.

La Unidad asumirá los contactos en el ambito familiar de todas las tuberculosis diagnosticadas en cualquiera de los Servicios del Hospital, los contactos del ambito laboral serán derivados por el Servicio de Preventiva a Atención Primaria.

Los Centros de Salud en general asumirán el estudio de Contactos de las tuberculosis diagnosticadas en Atención Primaria.

La comunicación entre Atención Primaria y la Unidad de Tuberculosis será fluida y los pacientes podrán ser derivados en ambas direcciones para facilitar el seguimiento y el mejor control.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

674

MEJORA EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ARAGON. MEJORA EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de contactos que cumplimentan correctamente la terapia y el seguimiento.

Porcentaje de pacientes que se pierden en el seguimiento.

Principales motivos de abandono de terapia y seguimiento.

Porcentaje de pacientes que precisa terapia directamente observada.

Cuantificar el numero de casos anuales de tuberculosis secundaria (que representa el fracaso en control de contactos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A partir de Abril 2011:

-Se formará la Unidad de Tuberculosis en el Area III con los facultativos interesados de los Servicios de Infecciosas, Pediatría, Preventiva y Microbiología además de Trabajo Social.

- En los centros de Salud se elegirán los Facultativo que asumirán el control de la tuberculosis.

- Los miembros de La Unidad de tuberculosis junto con los facultativos interesados en Atención primaria constituirán el Grupo de Control de la Tuberculosis del Area III. (al menos debe existir un representante por Servicio y Centro de Salud)

- El Grupo (Unidad de Tuberculosis Hospitalaria y los facultativos de los centros de Salud) elegirá los algoritmos apropiados para la toma de decisiones en el estudio de Contactos

-Se elaborará un formulario para la recogida de información y esta quedará registrada en una base de datos confeccionada entre todos con evaluación anual.

MAYO 2011 MAYO 2012

Comienza el estudio de casos.

- Se censarán semanalmente el numero de pacientes evaluados tanto en Atención Prmaria como en la Unidad.

-Se realizaran reuniones periódicas para analizar la información recogida. En estas reuniones se plantearán y se solucionarán problemas. Se Detectarán fallos y se comentarán casos complicados o de difícil seguimiento. Se realizará una supervisión de los tratamientos con modificación de los mismos en casos de Resistencia o si se detectan problemas de adherencia instaurar terapia directamente observada.

- Tras un año de seguimiento se evaluarán los resultados: volumen de pacientes controlados, porcentaje de pacientes que finalizaron correctamente el seguimiento, porcentaje de abandonos o pérdidas de seguimiento, detección de problemas que complican el control para buscar soluciones. Con la información recogida se pueden elaborar informes, comunicaciones o publicaciones científicas.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

289

MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE LACTANTES DEL H.C.U. "LOZANO Blesa" DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ALICIA SEBASTIAN HERNANDEZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LACTANTES
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ CASANOVA MARIA JESUS. ENFERMERIA. HCU "LOZANO Blesa". UNIDAD DE LACTANTES
- SANTODOMINGO SOLER INMACULADA. ENFERMERIA. HCU "LOZANO Blesa". UNIDAD DE LACTANTES
- CUEVES RIBES CONSUELO. ENFERMERIA. HCU "LOZANO Blesa". UNIDAD DE LACTANTES
- GARCIA CASTEJON ASUNCION. ENFERMERIA. HCU "LOZANO Blesa". UNIDAD DE LACTANTES
- CALVO MUÑOZ CONSUELO. ENFERMERIA. HCU "LOZANO Blesa". UNIDAD DE LACTANTES
- GASCON MOROS ROSA MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HCU "LOZANO Blesa". UNIDAD DE LACTANTES
- SERNA DEL CERRO TERESA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HCU "LOZANO Blesa". UNIDAD DE LACTANTES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A través de éste proyecto queremos conocer:

- Grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados.
- Valorar las carencias en la relación con los niños y sus padres.
- Identificar propuestas de mejora para la atención integral tanto de los niños, como de sus padres.

Nuestro punto de partida para la elaboración del trabajo serán las encuestas del SALUD "Encuestas de opinión a los usuarios de los hospitales", las cuales darán una visión del objeto de estudio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un mayor bienestar del paciente lactante a través de la satisfacción y tranquilidad de los acompañantes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Integrar a la familia en el cuidado del niño hospitalizado, ya que la reciprocidad en los cuidados puede favorecer una mayor identificación de las necesidades de los niños hospitalizados, posibilitando el planteamiento de una asistencia más integral y holística.

- Elaboración de un tríptico informativo para los padres del niño sobre el medio en el que será atendido, las personas que encargarán de sus cuidados y tipo de servicio que le serán prestados.
- Explicar cuidadosamente y por anticipado cada intervención que se le va a realizar al niño, utilizando términos y conceptos adecuados y posibilitar a los padres a hacer preguntas antes y después de cualquier técnica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Encuesta inicial para valorar el grado de satisfacción.

- Análisis de los resultados obtenidos de las encuestas.
- Aplicación de los métodos y actividades propuestas.
- Encuesta de seguimiento del programa, y consecuente análisis del mismo, con surgimiento de nuevos proyecto de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Encuesta inicial durante los meses de Abril y Mayo del 2011, y posterior análisis de la misma.

- Diseño de acciones y elaboración del tríptico informativo en el mes de Junio de 2011.
- Encuesta final en el mes de Noviembre de 2011, y posterior análisis de resultados obtenidos.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 289

MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE LACTANTES DEL H.C.U. "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· trípticos		500 €
· Formación del personal		500 €
	Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 238

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INFORMACION DEL ANTIBIOGRAMA EN LOS PATOGENOS COMUNITARIOS DE DECLARACION OBLIGATORIA (EDO).

2. RESPONSABLE CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO CALVO CARMEN. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MICROBIOLOGIA
· CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MICROBIOLOGIA
· SANCHEZ YANGÜELA ELENA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MICROBIOLOGIA
· ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MICROBIOLOGIA
· GONZALEZ DOMINGUEZ MARIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MICROBIOLOGIA
· BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MICROBIOLOGIA
· OCA AGUSTIN MERCEDES. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente, existen 42 microorganismos de declaración obligatoria semanal al servicio de Vigilancia epidemiológica de la DGA. De ellos, seis son bacterias patógenas primarias, productoras de infecciones de origen comunitario (Campylobacter, Salmonella, Neisseria gonorrhoeae, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis). La sensibilidad a antimicrobianos de los aislados clínicos se realiza por métodos de difusión disco-placa y de microdilución con paneles comercializados que incluyen numerosos antimicrobianos. Actualmente, se informan todos los antibióticos probados en el laboratorio de microbiología.
Inconvenientes del procedimiento
-Hasta la fecha no se ha revisado si se informan antimicrobianos de los que no se puede disponer en el nivel de atención sanitaria del solicitante.
-Se informan antimicrobianos que pueden no ser la mejor opción terapéutica para el tratamiento de infecciones producidas por estos microorganismos específicos.
-Pueden no ser evaluados antimicrobianos cuyo estudio tiene interés epidemiológico o constituye un marcador de mecanismos de resistencia crípticos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se ha realizado ningún proyecto previo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de la información enviada a los médicos solicitantes de atención primaria en infecciones comunitarias causadas por estos 6 microorganismos incluidos en la lista de microorganismos de declaración obligatoria (EDO), a la vez que facilitamos opciones terapéuticas más apropiadas y vigilamos la emergencia de resistencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se revisarán con periodicidad anual los antimicrobianos a incluir en el estudio de sensibilidad a los antibióticos para los 6 patógenos con el fin de definir objetivamente los discos de antibióticos que deben incluirse y en qué orden deben disponerse dentro de la placa para observar interacciones de interés clínico o interpretativo.
Con ayuda del sistema informático de gestión del laboratorio se crearán reglas de restricción de salida de resultados en el informe microbiológico, contemplando diferentes combinaciones que puedan resolver las situaciones conflictivas:
.Excluir del informe los antimicrobianos de uso hospitalario cuando la petición provenga de atención primaria.
.Crear perfiles de informe de antimicrobianos ajustados para diferentes microorganismos patógenos, de modo que se informen los más apropiados para el tratamiento de cada una de las 6 bacterias del estudio.
. En caso de resistencias antibióticas ampliar el número de antibióticos a estudiar y en su caso, a informar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración, con periodicidad anual de:

1. Documento en el que figurarán los diferentes antibióticos a probar en el estudio de sensibilidad con los discos de antimicrobianos a incluir y la posición que deben ocupar en el antibiograma para las 6 bacterias del proyecto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

238

MEJORA EN LA INFORMACION DEL ANTIBIOGRAMA EN LOS PATOGENOS COMUNITARIOS DE DECLARACION OBLIGATORIA (EDO).

2. Reglas de restricción de salida de resultados en el informe microbiológico con revisión anual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Indicar, al menos, las fechas previstas de inicio y finalización del proyecto, así como el cronograma de las actividades previstas

Duración del proyecto: 12 meses

Meses 0 a 6: Revisar la bibliografía, las guías del antibiograma nacionales e internacionales y elaborar una actualización de los protocolos de estudio de sensibilidad de los antibióticos a los 6 microorganismos mencionados.

Meses 6-11: Elaborar las reglas de restricción de salida de resultados en el informe de microbiología de estas 6 bacterias

Mes 12: Configurar en el programa ModuGold las reglas de retención y de validación (único punto que dependemos de los informático

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

626

INSUFICIENCIA CARDIACA EN URGENCIAS: OPTIMIZACION DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE BEATRIZ SIERRA BERGUA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. URGENCIAS
- DE LOS MARTIRES ARMINGOL IRENEO. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. URGENCIAS
- SAENZ ABAD DANIEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. URGENCIAS
- ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. URGENCIAS
- RIVAS JIMENEZ MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia cardiaca (IC) es el paradigma de las enfermedades crónicas de nuestro tiempo y ya ha sido nominada como la "Epidemia del siglo XXI" , .

Se trata de la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años, lo que supone un 5% del total de ingresos hospitalarios en ésta franja etaria . Se considera la tercera causa de muerte cardiovascular tras la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. El aumento permanente de la esperanza de vida debido a la mejora en las condiciones sociales, cambios en el estilo de vida y dieta no saludables, la atenuación por las medidas preventivas, que no supresión, de los factores de riesgo vascular y la alta prevalencia en todas las poblaciones occidentales de diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial han conducido a que la IC sea, en el momento actual, un auténtico problema de salud con rasgos de epidemia y altísimo coste, siendo una de las mayores cargas económicas que dependen de la sanidad de un país, (superando incluso gastos devenidos por el cáncer o infarto de miocardio) sirva de ejemplo datos de la sanidad Estadounidense donde el coste directo causado por esta patología se ha estimado en 38.000 millones de dólares al año que supone más del 3-5% del presupuesto nacional dedicado a la sanidad, con un gasto farmacéutico de 500.000 millones de dólares. La mayor parte del gasto se deriva de los ingresos hospitalarios.

En España la prevalencia de IC en población mayor de 40 años representa el 1%, ésta cifra se duplica con cada década de edad, situándose alrededor del 10% en sujetos mayores de 70 años. El número de ingresos hospitalarios anuales por IC en nuestro país asciende a 80.000, lo que supone el 5% del total de hospitalizaciones. En personas mayores de 65 años, al igual que en el resto de países desarrollados, es la primera causa de ingreso en el hospital.

El Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza es el centro de referencia del área III de salud de Aragón que incluye a una población de 268.624 habitantes y genera el 10% de los ingresos. Así pues, la IC supone para el hospital, una patología prevalente, incidente y grave ya que cuenta con una alta tasa de mortalidad y reingreso a corto plazo.

Desde el punto de vista de la urgencia, el número de pacientes que se valoran a diario con dicha patología es creciente. Creemos necesario el correcto conocimiento del síndrome desde el punto de vista del primodiagnóstico (para poder derivar a los especialistas oportunos) y reconocer los pacientes que deben ingresar, así como aquellos que podemos tratar en la unidad con el fin de evitar el ingreso y optimizar los recursos terapéuticos y de derivación a consulta de alta resolución.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Reconocer e identificar pacientes con Insuficiencia cardíaca oligosintomática para correcto inicio de tratamiento.

-Seleccionar pacientes que pueden beneficiarse de la estancia en Urgencias, evitando para ello el ingreso, y derivar a consultas de especialista por trayectos de "alta resolución".

-Minimizar costes en forma de menor número de ingresos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

626

INSUFICIENCIA CARDIACA EN URGENCIAS: OPTIMIZACION DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

-Realizar correcto informe de alta de Urgencias que favorezca el contacto con primaria para evitar "visitas innecesarias" a Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Aplicación de protocolo y vía-guías clínicas basadas en evidencia científica

-Uso pro-BNP para diagnóstico inicial.

-Proponer vías de comunicación efectivas con especialistas de hospital y atención primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de ingresos hospitalarios y reingresos.

- Número de pacientes atendidos en Urgencias en sala de observación.

- Número de pacientes con diagnóstico Insuficiencia cardíaca por pro-BNP.

- Contactos con especialistas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Inclusión pacientes dos años (2011-2013).

-Número altas desde Sala Observación Urgencias por Insuficiencia cardíaca.

-Diagnóstico de IC por marcadores BNP y seguimiento pronóstico.

-Informes de alta "óptimos" desde Urgencias ajustados a las guías clínicas.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

566

ELABORACION DEL MANUAL DE ENFERMERIA EN CIRUGIA UROLOGICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESА

2. RESPONSABLE JORGE SUBIRA RIOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESА
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESА. UROLOGIA
- CARDIEL GASPAR ROSARIO. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESА. UROLOGIA
- LAMAZARES CEBRIAN TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESА. UROLOGIA
- JAIME ARILLA ANTONIA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESА. UROLOGIA
- SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESА. UROLOGIA
- CAPAPE POVES VICTORIA. MEDICO. HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESА. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gran movilidad del personal de enfermería en los distintos servicios, especialmente durante los meses de verano y las ocasionales presencias de pacientes urológicos fuera de la planta de este servicio ocasionan dudas en el manejo de estos pacientes en aquellos profesionales no acostumbrados en el manejo rutinario de la patología urológica y especialmente de los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Para poder satisfacer las necesidades de estos profesionales nos hemos planteado elaborar un manual totalmente práctico del manejo desde el punto de vista de enfermería de los pacientes urológicos del HCU y dirigidos a aquellos profesionales que deben asistir a un paciente de urología de manera temporal u ocasional ya sea en nuestra propia planta como en otras.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un manual práctico de consulta totalmente comprensible y fácil de entender con los problemas mas comunes y los mas importantes que presentan nuestros pacientes especialmente tras cirugías urológicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En colaboración con enfermería habitual de nuestra planta, realizar un cuestionario de las dudas que se tengan sobre estos pacientes y entregarlo tanto en la planta de urología como en otros servicios de cara a tener una aproximación más fidedigna de aquellas dudas que se presentan. Elaborar un manual por capítulos dedicados a las distintas intervenciones quirúrgicas realizando una breve y sencilla explicación del procedimiento para poder comprender las razones por las que los pacientes llegan a planta con distintas sondas, drenajes.. y como manejarlos al igual que las posibles complicaciones siempre desde un punto de vista práctico, sencillo y lógico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación del manual práctico: Estándar = SI
Capítulos realizados cada año: Estándar = 2
Revisión cada 2 años. Estándar = SI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el primer trimestre elaborar y conseguir los datos de la encuesta sobre las dudas que presentan estos pacientes y sus cirugías en el colectivo de enfermería.
El tiempo estimado de la realización de este manual es por capítulos a razón de 2 por año, así como revisar cada 2 años el contenido del manual ya elaborado.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

450

ADECUACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y CONDUCTA TERAPEUTICA EN LA DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL RETRASO DE CRECIMIENTO FETAL INTRAUTERINO (RCFIU).

2. RESPONSABLE MAURICIO TAJADA DUASO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OROS ESPINOSA DANIEL. MEDICO. HCU. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GONZALEZ DE AGÜERO RAFAEL. MEDICO. HCU. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SORIANO MEDINA FERNANDA. MEDICO. HCU. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO. HCU. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO. HCU. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PEREZ SERRANO CARMEN. MEDICO. HCU. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- VENTURA FACI PURIFICACION. MEDICO. HCU. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los pilares del control prenatal debe ser identificar, controlar y asistir a los fetos con retraso de crecimiento intrauterino porque éstos presentan mayores tasas de mortalidad, asfixia al nacimiento, hipotermia, hipoglucemia, aspiración de meconio y secuelas neurológicas que los fetos normales. Se estima que los fetos con crecimiento intrauterino retardado (CIR) representan el 40% de los nacidos muertos de causa no explicada, el 30% de los fallecidos por muerte súbita y tienen una mortalidad infantil 8 veces mayor que los fetos con un peso adecuado para su edad de gestación.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad y Política Social de 2010 incluye en sus recomendaciones de control prenatal la oferta de una ecografía en la semana 11-136 y en la semana 20 y manifiesta explícitamente que no existe evidencia que apoye la realización de una ecografía rutinaria en el tercer trimestre. Esta ecografía tampoco está incluida en las guías clínicas de la mayoría de los países anglosajones y del norte de Europa dado que no existe evidencia científica sobre su impacto en la reducción de la tasa de morbi-mortalidad perinatal. Sin embargo, en nuestro servicio la venimos realizando tradicionalmente en la semana 32, siguiendo la recomendación de los protocolos de la SEGO, actualizados en 2010. Es cierto que ante una consulta de calidad subóptima, una ecografía en la semana 32 puede favorecer la detección de los fetos con retraso de crecimiento precoz pero no mejora la sensibilidad de la consulta prenatal cuando ésta incluye la medida mensual de la AFU. Es más, un informe ecográfico de crecimiento normal en la semana 32 puede incluso resultar contraproducente si el clínico basa el despistaje del RCFIU en el estudio ecográfico (quedan sin diagnosticar los fetos con RCFIU tardío, precisamente los que más se pueden beneficiar de una conducta terapéutica adecuada).

Clásicamente se realizaba el registro cardio-tocográfico no estresante cada 7 días a partir de la semana 37 de forma empírica y por la presión social. Pese a su aparente inocuidad suponía un importante consumo de recursos y la exposición fetal a un aumento de iatrogenia sin mejoría del resultado perinatal. Hace no muchos años se retrasó la monitorización biofísica no estresante a la semana 40 tanto en el HUMS como en el HCU, pese a las firmes reticencias de algunos colegas y numerosas pacientes. Sería muy difícil suprimir actualmente, en nuestro medio, la ecografía rutinaria del tercer trimestre. Sin embargo, podemos replantearnos la idoneidad del momento de su realización y si existe una verdadera necesidad de dependencia de la unidad central de ecografía hospitalaria.

Para conocer la situación de partida trataremos de dar respuesta a los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es nuestro índice de detección de nacidos de bajo peso?
2. ¿Se mide la AFU en las consultas de control prenatal?
3. ¿Detectamos un 10% de pequeños y un 10% de macrosomas en nuestras ecografías rutinarias del tercer trimestre? ¿Cuáles son las tablas de crecimiento fetal que mejor se adaptan a nuestra población?
4. ¿Podemos conocer el riesgo individualizado para cada gestante de desarrollar RCFIU?
5. ¿Es más eficaz la ecografía de la semana 36 que la de la semana 32 para la detección del RCFIU? ¿Es necesaria una ecografía sistemática del tercer

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

450

ADECUACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y CONDUCTA TERAPEUTICA EN LA DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL RETRASO DE CRECIMIENTO FETAL INTRAUTERINO (RCFIU).

trimestre en la unidad central de ecografías?

Como fuentes de información utilizaremos la base de datos de los partos asistidos en 2010 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HCU, la copia de la cartilla maternal y la historia con los informes de ecografía de los recién nacidos por debajo del percentil 10 para su edad gestacional, así como el algoritmo estadístico proporcionado por la Fetal Medicine Foundation basado en los resultados de 33.602 embarazos únicos sin defectos congénitos mayores ni anomalías cromosómicas nacidos después de la semana 23. Los factores de influencia que determinan el cálculo del riesgo de RCFIU incluyen características maternas (la raza, la edad, índice de masa corporal, antecedente de un nacido con bajo peso, tabaquismo, FIV, HTA) así como el grosor de la translucencia nucal fetal y los valores séricos maternos de β -hCG y PAPP-A.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Se incorpora en el cambio de guardia del servicio la información de los fetos nacidos por debajo del P10 para la edad gestacional (control de calidad asistencial)
2. Aplicación normalizada del nuevo protocolo de diagnóstico y seguimiento de RCFIU. Utilización uniforme de tablas de crecimiento fetal percentiladas y uso de una terminología común con pediatría.
 3. El cribado de RCFIU mediante mediciones seriadas de AFU se aplica de forma generalizada. Este procedimiento permite la detección de los fetos con retraso de crecimiento precoz (fáciles de diagnosticar y difíciles de tratar).
 4. Aumenta de forma estadísticamente significativa la sensibilidad de la ecografía en la semana 36 frente a la de la semana 32 para el diagnóstico de los fetos con retraso de crecimiento tardío (difíciles de diagnosticar y fáciles de tratar). Adecuación del procedimiento diagnóstico al momento idóneo para la detección del RCFIU: semana 30-32 en población de riesgo o sospecha de RCFIU precoz y semana 34-36 en población de bajo riesgo o sospecha de RCFIU tardío.
 5. Se conoce la aplicabilidad clínica del algoritmo estadístico de la FMF para el cálculo individualizado de riesgo de RCFIU
 6. Mejora la detección de recién nacidos por debajo del percentil 10, su seguimiento, conducta terapéutica y resultado perinatal. A largo plazo mejoran las tasas de mortalidad, asfixia al nacimiento, hipotermia, hipoglucemia, aspiración de meconio y secuelas neurológicas asociadas a los fetos con retraso de crecimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar una encuesta para los profesionales sobre la actualización de sus conocimientos en el diagnóstico y tratamiento del RCFIU. Pérez Serrano, Tajada
2. Calcular el índice de detección de recién nacidos por debajo del percentil 10 en nuestro Servicio. Informar a los facultativos responsables. Pérez Serrano, Tajada
 3. Estimar la utilización de la medida de la AFU como método de cribado de retraso de crecimiento fetal en nuestro Servicio. Informar a los facultativos responsables. Pérez Serrano, Tajada
 4. Conocer la sensibilidad de la ecografía en la semana 32 en el diagnóstico de retraso de crecimiento intrauterino, estimar la mejor distribución percentilada de las tablas poblacionales para nuestra área (perinatology, fetaltest, clinic). Informar a los facultativos responsables. Pérez Serrano, Tajada
 5. Realizar un estudio prospectivo que permita determinar el porcentaje de riesgo individualizado según el algoritmo de la FMF que resulta significativo para establecer procedimientos diagnósticos adicionales o pruebas complementarias para el diagnóstico de RCFIU. Pérez Serrano, Tajada
 6. Retrasar la edad gestacional de la ecografía sistemática del tercer trimestre de la semana 32 a la 34 ó 36 y eventualmente retirarla de la unidad central de ecografías si no existe indicación médica para realizarla (alto riesgo de CIR, AFU baja, preeclampsia...). Realizar un estudio previo comparativo de la capacidad diagnóstica de dos grupos randomizados, semana 32 vs 36 (dentro del rango recomendado por la SEGO) con un tamaño muestral de unos 250 casos en cada rama. Mateo, Lou, Soriano, González De Agüero, Tajada
 7. Incorporar un nuevo protocolo de diagnóstico y seguimiento del RCFIU que sea conocido y aplicado uniformemente en nuestro servicio. González de Agüero, Orós, Tajada
 8. Evaluación de la morbilidad de los recién nacidos pequeños para su edad gestacional (PEG: <P10) y con crecimiento intrauterino restringido (CIR:<P3 y P3-

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 450

1. TÍTULO

ADECUACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y CONDUCTA TERAPEUTICA EN LA DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL RETRASO DE CRECIMIENTO FETAL INTRAUTERINO (RCFIU).

P10 con alteraciones hemodinámicas). Ventura

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Monitorización del cribado de RCFIU mediante mediciones seriadas de AFU. Se revisan una muestra significativa de historias clínicas y copias de la cartilla maternal donde figura la realización del procedimiento. Se espera que su aplicación sea generalizada o al menos en un porcentaje muy superior al existente antes del programa de mejora.

2. Monitorización del diagnóstico de fetos pequeños para su edad gestacional y aplicación del seguimiento y conducta según el nuevo protocolo presentado al servicio. Revisión de la base de datos del alta hospitalaria postparto. Se espera que aumente de forma estadísticamente significativa la detección de los fetos por debajo del percentil 10.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Marzo - mayo 2011: Ya hemos iniciado la revisión de la base de datos de los partos asistidos en nuestro servicio en 2010 para estimar el índice de detección actual de los fetos pequeños para su edad gestacional. En los dos próximos meses revisaremos también las historias clínicas de 2010 para conocer el índice de utilización del cribado mediante medida de la AFU así como la sensibilidad que tenemos con la ecografía de la semana 32 para la detección de los fetos pequeños.

• Abril - junio 2011: Se presentará en la Comisión de Dirección del servicio el nuevo protocolo (actualmente en fase de borrador 2) del diagnóstico y seguimiento de RCFIU y se realizará una encuesta para los profesionales responsables de la asistencia obstétrica sobre la actualización de los conocimientos en el diagnóstico y tratamiento del RCFIU.

• Septiembre 2011: Se presentan en sesión clínica al resto de facultativos los resultados de la investigación del estado actual del diagnóstico y seguimiento del RCFIU en nuestro servicio.

• Septiembre 2011 - marzo 2012: Estudio prospectivo randomizado con 500 pacientes de bajo riesgo obstétrico de la capacidad diagnóstica ecográfica para detección de PEG en semana 32 vs 36.

• Abril 2012: Informe estadístico de los resultados

1. Análisis para pruebas diagnósticas y estudio comparativo bivariado: Sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de la eco 32s y eco 36s y prueba de Chi cuadrado con significación estadística $P < 0.05$.

2. Estimación de la mejora en la detección de los nacidos PEG 2010 - 2011 (Estadística descriptiva univariada y Chi cuadrado)

3. Curva de distribución en nuestra población de riesgo de RCFIU. Estimación del porcentaje útil como punto de corte para el cribado en nuestra área de salud.

4. Análisis de la morbi-mortalidad de los recién nacidos PEG y CIR en 2011

• Junio 2012: Comunicación de los resultados en el congreso nacional de la especialidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología	1.000 €
• *Acreditación de la Fetal Medicine Foundation para la	100 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES. *Acreditación de la Fetal Medicine Foundation para la estimación individualizada del riesgo de RCFIU

Existe una tendencia entre algunos expertos nacionales de la especialidad de obstetricia y ginecología a considerar controvertida la necesidad de realizar una ecografía sistemática de tercer trimestre de la gestación en la semana 32. El peso de la recomendación en los protocolos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) condiciona la conducta de los especialistas aunque no exista evidencia científica que los apoye. Una de las ponencias del próximo congreso nacional refleja este hecho: "Ecografía en el tercer trimestre. Rutinaria o por indicación". Datos de estudios que apoyen una racionalización en la adecuación de los procedimientos diagnósticos pueden redundar en una mejora de la calidad en la asistencia con un menor consumo de recursos pero con mejor distribución de los mismos.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 394

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL NIVEL DE ACCESO A LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA EN EL HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ANA VECINO SOLER

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION ENFERMERIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUMIEL GARCIA MARIA VICTOIRA. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. DIRECCION ENFERMERIA
- ESCOLAR CASTELLON FERNANDO. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. DIRECCION MEDICA
- ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO. LICENCIADO DERECHO. HCU LOZANO BLESA. DIRECCION GESTION
- DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES. MEDICO. HCU LOZANO BLESA. UNIDAD DE CODIFICACION E INFORMACION CLINICA
- BERGUA SEDIL FERNANDO. INFORMATICO. HCU LOZANO BLESA. INFORMATICA
- LOPEZ IBORT NIEVES. ENFERMERA. HCU LOZANO BLESA. UNIDAD DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cambio en el proceso de acceso, elaboración y conservación de la documentación clínica, marca la necesidad de convivir con dos tipos de soporte, (informático y de papel), y exige revisar los criterios en la fijación de los perfiles de permisos.

A esta situación inicial hay que añadir que además, dentro del soporte informático, convive el acceso específico a programas corporativos, junto con el acceso general a través de la Intranet Clínica, que integra la información de dichos programas corporativos.

A nivel general, nos encontramos con una "falta de desarrollo" de la normativa nacional que favorece la duda a la hora del trabajo diario y de su aplicación. Es por ello que este grupo pretende realizar un análisis causal en profundidad, global e integral de esta situación, para posteriormente diseñar estrategias de mejora que conduzcan a adecuar los perfiles profesionales con los niveles de acceso a la información, evitando así el acceso indiscriminado a datos especialmente sensibles, como son los de la Hª Cª informatizada, lo cual redundará en un aumento de la seguridad y confidencialidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. · Diseño estructurado del sistema de información electrónico
- Catálogo de niveles de acceso a la Hª Clínica informatizada
 - Catálogo de perfiles competenciales de puestos de trabajo (tipo y concretos) con respecto al acceso a la información clínica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. · Constitución del grupo de mejora.

- Análisis causal del problema identificado.
- Revisión de perfiles y permisos existentes .
- Definición de las medidas previstas y de sus responsables .
- Realización de auditorias internas por perfiles.
- Consensuar niveles de acceso.
- Consensuar perfiles competenciales
- Elaboración de cronograma.
- Presentación del proyecto elaborado a la Comisión de Dirección del Centro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. · Elaboración de plantilla de trabajo por profesionales, puesto y competencia.

- Catálogo de niveles.
- % de profesionales con nivel de acceso definido y adjudicado.
- % de profesionales con nivel de acceso correcto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

469

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE MUESTRAS DE LA SECCION DE RESPIRATORIO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA MEDIANTE LA INTERVENCION DE LA FASE PREANALITICA

2. RESPONSABLE ASUNCION VITORIA AGREDA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OCA AGUSTIN MERCEDES. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- GONZALEZ DOMINGUEZ MARIA. FARMACEUTICO RESIDENTE DE 2º AÑO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- ESCARTIN BUISAN ROSA. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- MONTES DIEZ NATIVIDAD. TEL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- BERGES GASPAS ADORACION. TEL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- LOPEZ GIL ROSA. AUX. FUNC. TEL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- JIMENEZ TEJERO ROSARIO. AUX. FUNC. TEL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La fase preanalítica del estudio microbiológico comienza con el volante de petición y la toma de la muestra y continúa con el transporte y conservación de la muestra hasta su recepción en el laboratorio.

El mayor número de errores de laboratorio se cometen en esta fase. Un volante mal cumplimentado, con datos insuficientes, puede llevar a realizar pruebas innecesarias o a omitir otras que pudieran ser óptimas para el diagnóstico microbiológico.

Otra de las fases fundamentales es la correcta toma de la muestra. Si el laboratorio no recibe la muestra y petición adecuadas, el informe de resultados puede carecer de utilidad clínica e incluso confundir al médico del verdadero agente etiológico de la enfermedad, generando costes innecesarios.

Todas las muestras deben remitirse al laboratorio en el menor tiempo posible y en unas condiciones de conservación que dependerán del tipo de muestra.

Consecuencia de solicitudes mal realizadas o muestras inadecuadas es el consumo de recursos diagnósticos del laboratorio en pruebas que no aportan valor.

Por este motivo nos planteamos mejorar la calidad diagnóstica y optimizar los recursos interviniendo en este paso previo al procesamiento de la muestra como es la revisión correcta de los volantes de petición y la valoración de las muestras recibidas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pruebas adecuadas a la sospecha clínica.

Evitar el gasto innecesario en el laboratorio al no procesar las muestras no adecuadas.

Aumentar la calidad del diagnóstico emitido cuya consecuencia es la instauración del tratamiento más adecuado en menor tiempo y evitar la realización de otro tipo de pruebas diagnósticas con mayor riesgo para el enfermo y/o incremento del gasto.

Disminuir la carga de trabajo del personal técnico y de enfermería.

Reducción de la presión asistencial del personal de laboratorio, que redundará en un menor número de errores y repeticiones de pruebas y en la calidad de los resultados emitidos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Comprobar que el volante este correctamente cumplimentado.

2.Cotejar la correcta identificación de la muestra con el volante de petición.

3.Comprobar que la muestra se encuentre en buenas condiciones higiénicas.

4.Comprobar que los datos del volante de petición estén correctamente introducidos en el sistema informático.

5.Comprobar que el tipo de petición se ajusta al resumen de historia clínica referida en el volante de petición.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

469

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE MUESTRAS DE LA SECCION DE RESPIRATORIO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA MEDIANTE LA INTERVENCIÓN DE LA FASE PREANALÍTICA

6.Revisar en el programa informático del laboratorio de Microbiología que no existan pruebas diagnosticas repetidas solicitadas al mismo paciente desde diferentes centros o servicios.

7.Valorar la calidad macro y microscópica de la muestra.

Los puntos 1, 2, 3 y 7 serán llevados a cabo por el personal de enfermería, técnico y auxiliares.

Los puntos 4, 5 y 6 serán realizados por personal facultativo y residentes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Exámenes macro y microscópicos de las muestras
2.Supervisión de volantes y datos registrados en Modulab Gold.
3.Demora entre registro de datos y llegada al laboratorio.
4.Control del gasto del laboratorio

Los indicadores se monitorizaran mediante el registro diario en base de datos EXCEL creada para este proyecto de mejora:

- 1.Recuento de los "comentarios codificados" explicativos del motivo de rechazo de cada prueba
 - 2.Recuento de volantes con peticiones incorrectas o mal registrados
 - 3.Los datos de retrasos en el envío se obtendrán según la hora registrada en el sistema Modulab gold.
- En algunos casos será necesaria la comunicación telefónico con UCL y/o facultativo responsable de la petición.
Diariamente se registrarán en la base de datos los resultados obtenidos
Una vez al mes se realizará el tratamiento estadístico de dichos datos
Valoración de la disminución de costes conseguida, teniendo en cuenta el precio de cada prueba, según los precios de los reactivos que figuran en el concurso de adquisición de reactivos en vigor.
Al finalizar el proyecto se emitirá un informe a la dirección del hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1-10-2011

Fecha finalización: 31-12-2012

El proyecto se podría mantener durante más tiempo, pero señalamos las fechas de inicio y fin para poder planificarlos correctamente y verificar la efectividad del proyecto propuesto en un intervalo concreto.

La recogida de parámetros de 1-10-2011 a 30-09-2012 (12 meses)

De octubre a diciembre de 2012 se analizaran los datos obtenidos.

Reuniones de la Comisión del Calidad del Servicio para la evaluación de los resultados parciales del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 030

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LAS SOLICITUDES DE MEDICAMENTOS DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA AL SERVICIO DE FARMACIA DEL CRP NTRA. SÑRA. DEL PILAR

2. RESPONSABLE MERCEDES ARENERE MENDOZA

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRER DUFOL CARMEN. PSIQUIATRA. CRP NTRA SÑRA DEL PILAR. DIRECCION MEDICA
- COLOMER SIMON ARMANDO. ENFERMERIA. CRP NTRA SÑRA DEL PILAR. DIRECCION MEDICA
- VILLARROYA LACILLA MARIA MILAGROS. ENFERMERIA. CRP NTRA SÑRA DEL PILAR. SUPERVISORA UME Y ULE
- HIJAZO ARGOTA FLORENTINO. ENFERMERIA. CRP NTRA SÑRA DEL PILAR. SUPERVISOR PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cumplimentación y envío de solicitudes de medicamentos desde las Unidades de Enfermería al Servicio de Farmacia es uno de los pasos intermedios y determinantes en la cadena de administración del medicamento, ya que consiste en la adquisición de la Unidad de Enfermería y dispensación del Servicio de Farmacia de los medicamentos que en último lugar van a ser administrados a los pacientes. En la actualidad dicha solicitud se realiza en papel, bien rellenando un formulario preestablecido, bien anotando a mano los medicamentos que no figuran en dicho formulario. Posteriormente dicha solicitud se envía al Servicio de Farmacia bien con personal que se desplaza desde las Unidades de Enfermería (pabellones de Duquesa Villahermosa), bien por fax (pabellones Vº y VIº C/Monasterio de los Ángeles nº 20).

El realizar los pedidos informatizados permite disminuir los errores de medicación tanto a la hora de dispensarlos como a la hora de administrarlos, ya que los medicamentos solicitados figuran con la descripción completa de nombre comercial, dosis, forma farmacéutica y principio activo, evitando de esta forma el solicitar o dispensar una presentación diferente a la prescrita, y evitando posibles errores de interpretación o ilegibilidad. También se realiza una actualización instantánea de los posibles cambios de presentaciones que se puedan realizar desde el Servicio de Farmacia y que de esta forma están disponibles en el momento en las Unidades de Enfermería. Finalmente ahorra tiempos de desplazamiento ya que se realiza una solicitud telemática.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El programa informático se ha implantado en el Servicio de Farmacia y en las Unidades de Enfermería, cargando una plantilla con los medicamentos que con más frecuencia se solicitan para facilitar la solicitud.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evitar errores de solicitud y dispensación, bien por ilegibilidad o transcripción. Ahorro de tiempo en eliminar el paso de solicitud en papel, desplazamientos, envío de fax

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de procedimientos normalizados de trabajo por escrito para realizar dichas solicitudes. Reuniones Dirección de Enfermería y Dirección Medica con el Servicio de Farmacia y Supervisión de las Unidades de Enfermería para consensuar aspectos técnicos y organizativos. Implantación de la actuación de forma progresiva. Evaluación de indicadores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de solicitudes informatizadas respecto al total de solicitudes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-marzo 2011. Realización de los procedimientos normalizados de trabajo por escrito. Implantación de la aplicación informática en el Servicio de Farmacia y en las Unidades de Enfermería. Cargar la plantilla de solicitud de medicamentos en el programa informático. Sesión formativa para Supervisores de Enfermería del funcionamiento de la aplicación.

Abril 2011. Implantación de la actuación.

Mayo 2011. Reuniones Farmacia-Enfermería para detectar posibles puntos de mejora.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 030

INFORMATIZACION DE LAS SOLICITUDES DE MEDICAMENTOS DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA AL SERVICIO DE FARMACIA DEL CRP NTRA. SÑRA. DEL PILAR

Septiembre 2011. Evaluación de los resultados por parte del Servicio de Farmacia.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresora láser color grupo 25 PPM + consumibles	700 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

DETECCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE DIA ROMAREDA

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL GARCIA MARCO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CENTRO DE DÍA ROMAREDA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TARI ANTONIO. MEDICO. CRP "NTRA. SRA. DEL PILAR". CENTRO DE DIA ROMAREDA
- GIMENEZ ROSA. ENFERMERA. CRP "NTRA. SRA. DEL PILAR". CENTRO DE DIA ROMAREDA
- LASHERAS ENCARNA. TERAPEUTA. CRP "NTRA. SRA. DEL PILAR". CENTRO DE DIA ROMAREDA
- PEREZ MANUEL. PSICOLOGO. CRP "NTRA. SRA. DEL PILAR". CENTRO DE DIA ROMAREDA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Aragón hay 671.654 mujeres, de ellas un 10% son víctimas de violencia machista (usaremos indistintamente los términos violencia de género (VG) y violencia machista (VM)).

La prevalencia del trastorno Mental Grave (TMG) es de 0,6-9%

Asociando los dos problemas de salud nos encontramos con una población afectada de entre 403 y 605 mujeres. Número que se incrementa un 5% en mujeres que sufren discapacidad

La Ley orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG, establece en su artículo 15, que las administraciones sanitarias promoverán actuaciones que permitan al personal sanitario la detección precoz de la VG

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dos son los resultados a conseguir:

- 1.- reconocimiento por parte del equipo del centro de la VG como problema de salud
- 2.- detección de episodios de VG en las mujeres derivadas a este dispositivo de rehabilitación psiquiátrica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- jornada de sensibilización al equipo del centro de día. Responsable: M^a. Isabel García

- 2.- consenso, por parte del equipo, de qué entendemos por VG. Responsable: Antonio Tarí
- 3.- elaboración de preguntas que permitan su detección. Responsable: Antonio Tarí
- 4.- incorporar a la historia de la paciente las preguntas anteriores. Responsable: Equipo asistencial
- 5.- revisión de historias de pacientes ya atendidas para detección de episodios. Responsable: M^a. Isabel García
- 6.- estudiar su prevalencia durante un tiempo determinado. Responsable: M^a. Isabel García
- 7.- recogida de datos y análisis. Responsable: M^a. Isabel García y Antonio Tarí
- 8.- difusión de los resultados: M^a. Isabel García y Antonio Tar

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - ítems de detección VG=nº de preguntas consensuadas para ser incorporadas a la historia en su detección

- .- índice de historias revisadas=nº de historias en pacientes ya atendidas/nº total de historias de pacientes atendidas
- .- índice de historias con exploración de VG=nº de historias de pacientes derivadas al centro durante al año de estudio/nº total de paceutes derivadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -act 1, mayo 2011

- .-act 2, mayo-junio 2011
- .-act 3, mayo-junio 2011
- .-act 4, junio 2011
- .-act 5, julio 2011-2012

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

DETECCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE DIA ROMAREDA

.-act 6, julio 2011-2012
.-act 7, octubre-noviembre 2012
.-act 8, diciembre 2012
.-act 9

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 392

1. TÍTULO

MOTIVACION LABORAL EN EL TMG TRAS UN INGRESO EN MEDIA ESTANCIA EN EL CRP DEL PILAR

2. RESPONSABLE NOELIA HERAS ALONSO
- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
 - Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. UME ALONSO V
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARTIN ANDRES. PSIQUIATRA. CRP DEL PILAR. UME
 - LAFUENTE GUMIEL DOLORES. AUXILIAR. CRP DEL PILAR. UME
 - PEREZ MARTINEZ LUCIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP DEL PILAR. TALLER MANIPULADOS
 - CAMPO ANABEL. PSICOLOGA. CRP DEL PILAR. UME
 - MUNARRIZ JIMENEZ ARANCHA. AUXILIAR. CRP DEL PILAR. TALLER MANIPULADOS
 - RIVASES ANA. PSIQUIATRA. CRP DEL PILAR. UME
 - GONZALEZ EUGENIA. PISQUIATRA. CRP DEL PILAR. TALLER MANIPULADOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. AL INGRESO DE UNA PERSONA EN LA UME SE LE VALORA SU MOTIVACION LABORAL MEDIANTE UNA ESCALA DE MOTIVACION LABORAL ESPECIFICA PARA EL T.M.G. Y TRAS EL PROCESO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL Y AL ALTA NO SABEMOS COMO HA INFLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACION EN SU MOTIVACION LABORAL, UNOS ACABAN EN LOS SERVICIOS DE REINSERCIÓN LABORAL DEL PROPIO CENTRO Y OTROS NO. QUEREMOS SABER SI HA HABIDO UN CAMBIO EN SU MOTIVACION LABORAL TRAS EL PASO POR LA UME.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. SABER LA MOTIVACION LABORAL DE LOS PACIENTES DE MEDIA ESTANCIA AL RECIBIR EL ALTA Y SABER SI SE HA MODIFICADO RESPECTO AL INGRESO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PASAR LA ESCALA DE MOTIVACION LABORAL AL RECIBIR EL ALTA DE LA UME

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. QUE EL 100% DE LOS PACIENTES DE MEDIA ESTANCIA QUE SEAN DADOS DE ALTA SE LES PASE DICHA ESCALA Y SE COMPRUEBE SI HA HABIDO ALGUN CAMBIO EN SU MOTIVACION LABORAL.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DE ABRIL DE 2011 A ABRIL DE 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- ORDENADOR PORTATIL 600 €
 - Total 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 070

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES GRANDEPENDIENTES EN PSICOGERIATRIA

2. RESPONSABLE AMELIA LEZCANO CISNEROS
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. PSICOGERIATRIA, ULE, UME
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANCHEZ VELILLA ROSA. MEDICO. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA (V-VI PABELLON)
 - MAICAS CORTES MONICA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. V PABELLON
 - BERASTEGUI BALDAN ALMUDENA. ENFERMERA. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA (V-VI PABELLON)
 - VILLANUEVA BLANZACO TERESA. ENFERMERA. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA (V-VI PABELLON)
 - MAS CANDELA NOELIA. AUXILIAR ENFERMERIA. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. V PABELLON
 - MARTINEZ ABADIA ESPERANZA. AUXILIAR ENFERMERIA. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. V PABELLON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante el elevado número de pacientes grandependientes ingresados en la unidad de psicogeiatría, V pabellón del CRP Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza, el equipo de mejora ha considerado oportuno desarrollar un programa específico en la atención a estos pacientes.

Del mismo modo, y dadas las horas que dichos pacientes permanecen inmovilizados en silla o cama, este programa mejoraría la calidad de vida de los mismos y atenuaría las consecuencias propias de la inmovilización: desviaciones articulares, falta de estimulación sensorial (visual, táctil, auditiva, cinestésica...), riesgo de sufrir úlceras por presión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - prevenir deformidades y retracciones musculares, y por tanto, mejorar el posicionamiento.
- mejorar percepción y sentimiento del propio cuerpo y del entorno
 - obtener respuestas ante estímulos
 - mejorar la calidad de vida

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MÉTODO:

- Valoración riesgo deformidades y retracciones: fisioterapeuta y médico
- valoración sensorial: terapeuta ocupacional
- confección y corrección férulas: fisioterapeuta y terapeuta ocupacional
- colocación, mantenimiento férulas: auxiliares de enfermería
- supervisión integridad de la piel: enfermería y auxiliares de enfermería

ACTIVIDADES:

A todos los pacientes en estado de inmovilización se les realizará tratamiento fisioterapéutico de forma individual y se les realizarán las férulas necesarias para el mantenimiento de una buena posición.

Además se les realizará semanalmente estimulación multisensorial de forma específica (basal, perceptiva y cinestésica) y de forma continua manteniendo un entorno más estimulante: música, inciensos, luces...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - registro de pacientes grandependientes de la unidad
- registro de confección y uso de férulas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 070

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES GRANDEPENDIENTES EN PSICOGERIATRIA

- registro de sesiones recibidas por los pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril-mayo 2011: valoración de pacientes
pedido y recepción de material
preparación de registros
- mayo-diciembre 2011: desarrollo del programa
-diciembre 2011: evaluación resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *material estimulación multisensorial: luces, material distintas	600 €
· Material de papelería para elaboración de materiales de estimulación	100 €
· Bibliografía: confección férulas y estimulación	150 €
· *Material confección férulas: planchas termoplástico, pistola,	1.500 €
· Material posicionamiento: cojines antiescaras, separadores.. ..	500 €
Total	2.850 €

11. OBSERVACIONES. . *material estimulación multisensorial: luces, material distintas formas y texturas, CDs sonidos cotidianos, bolsas gel, calefactor, esencias... *Material confección férulas: planchas termoplástico, pistola, cintas de sujección...

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 297

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (ZARAGOZA III-USM INFANTO-JUVENIL MOVERA).

2. RESPONSABLE MONICA MAICAS CORTES
- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
 - Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. PSICOGERIATRÍA V PABELLÓN
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERAS ALONSO NOELIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. U.MARIAE
- MONTEAGUDO EGEA LUCIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. U.L.E
- PEREZ MARTINEZ LUCIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. C.O. DELICIAS
- SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. CD ROMAREDA Y PSICOGERIATRIA VI PABELLON
- TELLERIA SANJUAN AINHOA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. USM INFANTO-JUVENIL MOVERA. TERAPIA OCUPACIONAL
- MARTINEZ-LOSA HERNANDEZ MARIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HCU LOZANO BLESA. HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
- LAFUENTE GUMIEL DOLORES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. U.MARIAE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante los años anteriores el grupo de trabajo de los terapeutas ocupacionales que trabajan para la red de salud mental del Salud Aragón a través de proyectos de mejora incluidos en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud del 2009 y 2010 ha elaborado un protocolo de evaluación de terapia ocupacional homogeneizado en función de la unidad o recursos asistencial. El siguiente paso en la mejora de los procesos de terapia ocupacional es dotarnos de una metodología para el diseño de programas de terapia ocupacional en salud mental de acuerdo a los estándares de calidad recomendables por las asociaciones internacionales de terapia ocupacional. Es fundamental que dicha metodología este unificada en todos los centros donde desarrollan sus tareas los terapeutas ocupacionales, por esta razón se plantea un proyecto multicéntrico. El desarrollo de los programas de terapia ocupacional nos supone a los terapeutas ocupacionales más de la mitad del tiempo de trabajo. Es imprescindible que dichos programas estén diseñados de acuerdo a unos estándares de calidad que guíen de forma efectiva la práctica de la terapia ocupacional.

Las necesidades que cubrirá dicho proyecto de calidad son:

1. Establecer una metodología unificada de detección de necesidades ocupacionales de los usuarios.
2. Establecer una metodología unificada de diseño de objetivos de intervención de terapia ocupacional.
3. Establecer una metodología unificada para la programación e implementación de los objetivos diseñados.
4. Consensuar por unidades un cuadro de indicadores (estructura, proceso y de resultado) que nos permitan evaluar el grado de cumplimiento de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

Para trabajar desde una metodología práctica y operativa se propone desde el grupo de trabajo desarrollar el programa de autonomía personal. La intervención de la terapia ocupacional en el área ocupacional de autonomía personal, históricamente forma parte esencial del ámbito de intervención de la terapia ocupacional, reconocido en los planes de estudios del grado de terapia ocupacional y en la ley de ordenación de profesiones sanitarias del 2003.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo del año 2009 y 2010 se ha trabajado por grupos y de manera individual en el intervalo entre reuniones, con comunicación vía mail y telefónica entre los distintos grupos.

Gracias a ello se logró confeccionar un modelo de valoración y de historia de terapia ocupacional que se empezó a poner en práctica.

Resultados de los Indicadores:

- Número de reuniones 3 por año.
- Creación de documento unificado de la Historia Ocupacional del paciente para incluirla en la Historia Clínica en las diferentes unidades de Salud Mental
- Implantación del citado documento en las unidades de Salud Mental. N° de servicios que han incorporado el documento a su práctica clínica: Todos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 297

PROYECTO MULTICENTRICO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (ZARAGOZA III-USM INFANTO-JUVENIL MOVERA).

- Utilización del documento en las unidades de Salud Mental. Porcentaje de usuarios valorados con este documento en el Hospital de día, UME, ULE y PSICOGERIATRÍA: El 100% de los nuevos ingresos de 2009 y 2010. En el sector III de Zaragoza, este proyecto y los resultados obtenidos se indicaron en la memoria del proyecto

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Lograr de acuerdo a las recomendaciones de las asociaciones internacionales de terapia ocupacional una homogeneidad en el diseño y evaluación de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

2. Facilitar la evaluación del grado de efectividad de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

3. Facilitar al equipo interdisciplinar la comprensión de los fines y resultados de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

4. Fortalecer el trabajo en red de los terapeutas ocupacionales de la red de recursos de salud mental del Salud Aragón.

5. Establecer los criterios de implementación de programas de terapia ocupacional en salud mental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reuniones periódicas entre los terapeutas ocupacionales de los recursos de salud mental de los distintos sectores sanitarios. Dichas reuniones se convocaran y se organizarán de forma rotatoria. Donde se establecen las tareas y reparto de las mismas.

2. Reuniones grupales y trabajo en entornos virtuales de los terapeutas ocupacionales del mismo sector sanitario para coordinar el trabajo repartido y acudir a la reunión general con tareas desarrolladas facilitando la agilidad y los resultados de las reuniones generales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de reuniones suprasectorial

2. Número de reuniones sectorial

3. Existencia del documento final del programa de Autonomía Personal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Se establecerá una periodicidad para las reuniones intersectoriales.

? Mayo. (Teruel). Se establecerán los objetivos del proyecto, las tareas a realizar, la temporalización y el procedimiento de evaluación. Durante el primer periodo es fundamental realizar una búsqueda bibliográfica actualizada en las bases de datos de la terapia ocupacional sobre el diseño y evaluación de programas que nos permita establecer el marco teórico donde apoyarnos a la hora de diseñar el documento.

? Septiembre. (Zaragoza). Se centrara en la confección de las distintas partes que componen el documento. Se realizara la evaluación del estado del proyecto para poder realizar los cambios pertinentes.

? Diciembre. (Zaragoza). Se presentara el programa finalizado y se realizara la memoria del proyecto para presentarlo en el órgano pertinente.

• Dos reuniones preparatoria previa a cada reunión general entre los terapeutas ocupacionales del sector.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• BIBLIOGRAFÍA	600 €
• COPISTERÍA	100 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. (*)Debido a las características del grupo de trabajo se ve más operativo que dos de las reuniones se realicen en Zaragoza ya que excepto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

297

PROYECTO MULTICENTRICO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (ZARAGOZA III-USM INFANTO-JUVENIL MOVERA).

las compañeras de Teruel que residen allí, el resto reside en Zaragoza.

(**) El presupuesto para bibliografía se refiere a 200 euros por centro participante, que en este caso son 3: CRP Nuestra Señora del Pilar, USM Infanto-Juvenil (Movera) y Hospital de Día de Psiquiatría de HCU Lozano Blesa. Así mejora la operatividad del equipo en cuanto al acceso a documentación para llevar a cabo el proyecto.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 039

PROYECTO DE MEJORA DE LA VALORACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO AL ALTA DE UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE ANDRES MARTIN GRACIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. H.PSIQUIATRICO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA. MEDICO. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA. TERAPIA OCUPACIONAL
- RIVASES AUNES ANA. MEDICO. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA. UME ALONSO V
- VIDALLER ESCUDERO OLGA. ENFERMERA. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA. UME ALONSO V
- LOPEZ CACHO ROCIO. AUXILIAR. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA. UME ALONSO V
- CANAVAL ROMAN ELENA. AUXILIAR. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA. UME ALONSO V
- SORIANO PAMPLONA ROSA. AUXILIAR. CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA. UME ALONSO V
- GOMEZ BIEL CARLOS. MEDICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -NO EXISTEN INSTRUMENTOS CONSENSUADOS DE MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE(TMG) INGRESADOS EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN Y POR LO TANTO ES RAZONABLE INTENTAR OBTENER LAS OPINIONES DE LOS USUARIOS CON TMG SOBRE LA ASISTENCIA QUE RECIBEN DURANTE EL TIEMPO QUE PERMANECEN EN LAS UMES.

-PUEDE EXISTIR EL ESTIGMA DE QUE LAS OPINIONES DE LOS ENFERMOS MENTALES NO DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA Y SIN EMBARGO EN UN NÚMERO ELEVADO DE CASOS LOS PACIENTES ESTÁN ESTABLES PSICOPATOLÓGICAMENTE AL ALTA Y SUS OPINIONES PUEDEN ORIENTARNOS SOBRE LAS MEJORAS A REALIZAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL QUE SE LLEVA A CABO EN LAS UMES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -REALIZACIÓN POR LOS PACIENTES AL ALTA EN LA UME ALONSO V DE ZARAGOZA DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DISEÑADA A TAL EFECTO.

-OBTENCIÓN DE DATOS SOBRE LOS ASPECTOS A MEJORAR SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA UME.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -DISEÑO DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA A LOS USUARIOS INGRESADOS EN UNA UME

-RECOGIDA DE LOS RESULTADOS EN LA UME ALONSO V DEL CRP N° SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

-ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

-PROPUESTAS DE MEJORA EN BASE A LOS DATOS OBTENIDOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -NÚMERO DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN REALIZADAS SOBRE EL TOTAL DE ALTAS DE LA UME EN LOS 2 PRÓXIMOS AÑOS

-NÚMERO DE ENCUESTAS ANALIZADAS

-NÚMERO DE PROPUESTAS DE MEJORA OBTENIDAS

-NÚMERO DE PROPUESTAS DE MEJORA OBTENIDAS QUE SE PUEDAN IMPLANTAR EN LA UME ALONSO V DE ZARAGOZA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 039

PROYECTO DE MEJORA DE LA VALORACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO AL ALTA DE UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -INCIO 1 DE JUNIO 2011

-FINAL 1 DE JUNIO 2013

-DISEÑO DE ENCUESTA ABRIL 2011

-PRUEBA PILOTO DE ENCUESTA MAYO 2011

-REALIZACIÓN DE ENCUESTAS , ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORA DESDE JUNIO DE 2011 A JUNIO 2013.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 455

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ATENCION A LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE ANTONIO TARI GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CENTRO DE DÍA ROMAREDA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA MARCO ISABEL. ENFERMERA. CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. CENTRO DE DIA ROMAREDA
- GIMENEZ NAVARRO ROSA. ENFERMERA. CRP NTRA. SRA DEL PILAR. CENTRO DE DIA ROMAREDA
- LAS HERAS LOPEZ ENCARNA. TERAPEUTA. CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. CENTRO DE DIA ROMAREDA
- MARCO BES TERESA. TRABAJADORA SOCIAL. CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. CENTRO DE DIA ROMAREDA
- PEREZ PASCUAL MANUEL. PSICOLOGO CLINICO. CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. CENTRO DE DIA ROMAREDA
- SANTOS GONZALEZ-GUERRERO LIDIA. RESIDENTE DE PSICOLOGIA CLINICA. CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. CENTRO DE DIA ROMAREDA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ausencia de un mapa de procesos en la atención a las familias y la falta de criterios consensuados dentro del equipo terapéutico, genera una amplia variabilidad de la práctica clínica en este tipo de intervenciones. La oportunidad de incorporar las mejores prácticas clínicas en el protocolo de atención a las familias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Establecer unos criterios consensuados de atención a las familias.
2.- Revisión e incorporación de las mejores prácticas clínicas en el proceso de atención.
3.- Protocolizar el proceso de atención a familias.
4.- Implantar este tipo de intervención de forma sistemática.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión de los actuales procedimientos e intervenciones con familias.
2. Primer consenso de los profesionales del equipo en torno a la atención a las familias.
3. Revisión de GPC, TMC y Esquizofrenia, en lo relativo a la intervención familiar.
4. Segundo consenso respecto a los procedimientos de intervención.
5. Diseño de un Mapa de Procesos de Atención a las Familias.
6. Implantación del Proceso de Atención a las Familias.
7. Evaluación de resultados en los indicadores de Atención a las familias actuales a los 6 meses de haber implantado el protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Indicadores de estructura
1.1 Documento escrito del primer consenso de profesionales participantes.
1.2 Documento de revisión de guías de práctica clínica.
1.3 Documento del diseño del mapa de procesos de atención a las familias.
2.- Otros indicadores:
2.1 Implementación de Guías de Práctica Clínica: N° de intervenciones implementadas/Totalidad de intervenciones con evidencia científica en la Guía TMG.
2.2 Indicadores de proceso de Atención a familias:
2.2.1. % de pacientes con los que se ha mantenido una entrevista mensual con sus familiares.
2.2.2 N° de grupos psicoeducativos para familiares de usuarios.
2.2.3. % de familias de pacientes que participan en grupos psicoeducativos.
2.2.4. % de pacientes y/o familiares afiliados a asociaciones de familiares/total de pacientes.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 455

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ATENCION A LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2.2.5 Nª de reuniones de algún miembro del equipo con la Asociación/6 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad nº1: abril 2011
Actividad nº2: mayo 2011
Actividad nº3: julio 2011
Actividad nº4: septiembre 2011
Actividad nº5: octubre 2011
Actividad nº6: noviembre 2011
Actividad nº7: abril 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Diseño y realización de tríptico informativo y material bibliográfico. 300 €
Total 300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 488

TRABAJANDO PARA MEJORAR NUESTRA INTRANET

2. RESPONSABLE MERCEDES AZA PASCUAL-SALCEDO
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICA. DAP SECTOR ZARAGOZA III. SERVICIO DE FARMACIA
 - GRACIA TRICAS MARIA DEL MAR. MEDICO. C.S. CARIÑENA. MEDICO DE FAMILIA
 - CABRERIZO PEREZ DAVID. INFORMatico. DAP ZARAGOZA III. INFORMatico
 - CARO DUARTE MANUEL. INFORMatica. DAP ZARAGOZA III. INFORMatica
 - CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO. DAP ZARAGOZA III. TECNICO DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza III realizó un gran esfuerzo en poner a disposición de los profesionales una intranet con la información que podía resultar útil a los Equipos de Atención Primaria (EAP). Cada sección diseñó la estructura de sus apartados y mantiene actualizada la información que se presenta. Cuando nuevos profesionales se incorporan a nuestro sector, valoran positivamente esta herramienta, sin embargo no conocemos el grado de acceso y de satisfacción por parte de todos los profesionales. Se considera importante conocer cuales son las necesidades de los profesionales, el grado de uso de los distintos apartados como medida de su utilidad y adecuarlos a sus expectativas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Actualizar la Intranet ajustándonos a las expectativas de los profesionales
- Conocer el acceso global a nuestra intranet
 - Mejorar la satisfacción de los profesionales con la información disponible
 - Facilitar el acceso a la información específica sobre Formación, Calidad y Farmacia
 - Ayudar a una gestión más eficaz en los EAP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar una sesión en los EAP para que conozcan todas las posibilidades que les aporta nuestra intranet.. Encuesta a los profesionales sobre grado de utilidad, expectativas, y sugerencias.

- 2. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar en el que se analizarán las sugerencias y aportaciones, valorando su factibilidad y el diseño de las mejoras que se van a realizar
- 3. Búsqueda de la información requerida para actualizar las secciones de la intranet que corresponden a Formación, Calidad y Farmacia.
- 4. Implementación de los cambios propuestos.
- 5. Monitorización del uso de la Intranet.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de sesiones realizadas
- Grado de satisfacción de los profesionales con la Intranet
 - Número total de accesos por sección (Farmacia, Formación y Calidad) y por mes.
 - Número de accesos mensual por equipo de atención primaria y por sección (Farmacia, Formación y Calidad).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesiones en los EAP: mayo, junio
Encuesta de valoración y sugerencias: mayo, junio

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 488

TRABAJANDO PARA MEJORAR NUESTRA INTRANET

Reuniones grupo de trabajo multidisciplinar: junio
Búsqueda de la información para actualizar las secciones: julio-septiembre
Implementación de los cambios propuestos:septiembre-octubre
Monitorización de accesos a la intranet:octubre
Feed back de los resultados a los EAP: diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Ordenador y cañon	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

639

LO QUE SIEMPRE QUISO SABER DE LA DIETOTERAPIA, AHORA AL ALCANCE DE UN CLICK

2. RESPONSABLE MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES. FARMACEUTICA. DIRECCION ATENCION PRIMARIA. FARMACIA
- CELAYA LECEA MARIA CONCEPCION. FARMACEUTICA. DIRECCION ATENCION PRIMARIA. FARMACIA
- LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICA. DIRECCION ATENCION PRIMARIA. FARMACIA
- ALVAREZ PARDO JOSE LUIS. MEDICO DE FAMILIA. ATENCION PRIMARIA. EAP MIRALBUENO
- ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU. FARMACEUTICA DE HOSPITAL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio Aragonés de Salud contrata anualmente la base de datos BOT-PLUS del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y su actualización on line. En años anteriores se elaboró una herramienta denominada BOT SALUD que permite acceder de manera interrelacionada a información detallada de los medicamentos y plantas medicinales comercializados en España (composición, excipientes de declaración obligatoria, acción y mecanismo de acción, farmacocinética, indicaciones, posología, precauciones, contraindicaciones, interacciones, efectos adversos, situaciones especiales -embarazo, lactancia, niños, ancianos-, síntomas y actuaciones en caso de sobredosis).

BOT-PLUS también contiene información detallada sobre

- Dietoterápicos, que incluye dietas para los trastornos metabólicos congénitos de los aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos y de intolerancia a las proteínas
- Nutrición enteral domiciliaria, que comprende fórmulas nutricionalmente completas, dietas especiales y módulos nutricionales
- Alimentación de lactantes y prematuros
- Prebióticos, probióticos, etc
- Vitaminas y minerales

Sin embargo, esta información no se encuentra extraída para los profesionales, ya que no está incluida en la herramienta de búsqueda de BOT SALUD,

El objetivo de este proyecto es elaborar la herramienta que facilite el acceso a dicha información y presentarla con un formato similar a BOT SALUD para que de forma intuitiva todos los profesionales sanitarios puedan acceder a la misma y minimizar la incertidumbre en la toma de decisiones terapéuticas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elaborar una herramienta que permita a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada conocer información detallada sobre dietoterapia comercializada en España y de forma permanentemente actualizada. La información disponible incluye:

- Nombre comercial y presentaciones
- Acción y descripción
- Indicaciones
- Ingredientes
- Información nutricional- análisis medio por dieta de proteínas, hidratos de carbono, grasas-, vitaminas y minerales,
- Viscosidad
- Osmolaridad
- Modo de empleo
- Contraindicaciones

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

639

LO QUE SIEMPRE QUISO SABER DE LA DIETOTERAPIA, AHORA AL ALCANCE DE UN CLICK

- Precauciones y advertencias
- Conservación
- Código nacional

- Poner esta información a disposición de los profesionales sanitarios.
- Facilitar la búsqueda de la información sobre dietoterapia
- Mejorar la información sobre dietoterapia de los profesionales de Atención Primaria y Especializada para la toma de decisiones en la práctica clínica.
- Conocer el acceso que realizan a la misma.
- La Administración sanitaria ofrece a sus profesionales una base de datos sobre medicamentos, plantas medicinales y dietoterapia, para que revierta en una óptima práctica clínica

- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
 1. Desagregar la base de datos de dietoterapia comercializada en España en los apartados mencionados.
 2. Reunión del grupo de trabajo para diseñar la herramienta que acceda a la información disponible y la presente de forma intuitiva y de manera que resulte útil en la toma de decisiones de los profesionales de Atención Primaria y Especializada
 3. Elaboración de la herramienta y validación de la misma
 4. Ponerla a disposición de los profesionales sanitarios de atención primaria y especializada de los sectores sanitarios
 5. Realizar difusión activa de la información disponible en los Equipos de Atención Primaria y en Atención Especializada
 6. Valoración de la herramienta por parte de los profesionales sanitarios
 7. Monitorización de los accesos a base de datos.
- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración de la herramienta
 - Puesta a disposición de los profesionales en la intranet
 - N° EAP a los que se presenta la aplicación de dietoterápicos y unidades clínicas hospitalarias en el sector
 - Número total de accesos a la base de datos por mes.
 - Grado de satisfacción de los profesionales

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desagregar la base de datos por apartados: abril-mayo
Reunión del grupo de trabajo y diseño de la herramienta: mayo-junio
Elaboración de la herramienta y validación de la misma: julio-septiembre
Inclusión en la intranet: octubre
Presentación a los EAP noviembre
Encuesta de valoración: noviembre
Monitorización de accesos a la base de datos: diciembre

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
 - *Elaboración de la herramienta (desagregar la base de datos y 2.500 €
 - Herramienta para monitorizar accesos a la intrane 500 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 639

LO QUE SIEMPRE QUISO SABER DE LA DIETOTERAPIA, AHORA AL ALCANCE DE UN CLICK

Total 3.000 €

11. OBSERVACIONES. *Elaboración de la herramienta (desagregar la base de datos y presentar la información de manera que resulte útil y de interés para los profesionales

OBSERVACIONES del SECTOR