

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 87 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z3	AP	CS CARIÑENA	OTO NEGRE ANTONIO LUIS	164	CONSULTA TELEFONICA: ¿UNA POSIBLE MEJORA DE LA PRESION ASISTENCIAL
Z3	AP	CS CASETAS	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	374	FIDELIZANDO AL PACIENTE MENOR DE 65 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA PREVENCION DE LA GRIPE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO	213	MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA EXTRACCION DE TAPON OTICO EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE, EN EL PERIODO DE ESTUDIO: 2013/2014
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GONZALEZ MIR MARIA FE	73	ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA URBANO DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL	161	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013
Z3	AP	CS GALLUR	CARCAS ESCALERA MARIA PILAR	148	MANUAL DE ACOGIDA DE ADMISION
Z3	AP	CS GALLUR	GARCIA MAYNAR MARIA PILAR	189	MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS DE LOS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA	111	VACUNACION SISTEMATICA DE HEPATITIS A DE LOS NIÑOS CON VIAJES FAMILIARES A MARRUECOS Y ARGELIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	177	MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA - CONTINUACION DE 2011
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	GARCIA LISON SILVESTRE	365	PROGRAMA DE MEJORA DE LA VACUNACION ANITETANICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	283	PROYECTO DE MEJORA PARA EL CONTROL Y MANTENIMIENTO DE SALA DE URGENCIA, DEL MATERIAL Y MALETIN DE URGENCIAS DE CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA. SECTOR III ZARAGOZA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS	293	PROYECTO DE MEJORA PARA LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPOC EN CS MARIA DE HUERVA SECTOR III
Z3	AP	CS OLIVER	BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN	301	BLOG CENTRO DE SALUD OLIVER: PROMOVRIENDO LA UTILIZACION ADECUADA DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y COMUNITARIOS DE UNA ZONA BASICA DE SALUD
Z3	AP	CS OLIVER	LALANA JOSA PILAR	298	CARPETA VIRTUAL DE PEDIATRIA COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LAS CONSULTAS DEL CENTRO DE SALUD OLIVER
Z3	AP	CS SADABA	HERRERO GIL MARIA ANGELES	107	PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL
Z3	AP	CS TAUSTE	ZUECO OLIVAN GEMA	219	DIPTICO DETERMINACIONES LABORATORIO
Z3	AP	CS UTEBO	GARVI SOLER PAULA	133	MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO DEL CS. UTEBO PARA FAVORECER EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA
Z3	AP	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ PILAR	162	ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR, AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN PERSONAS CON DIABETES EN EL CS UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	LABAT ALCUBIERRE JESUS	74	ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA RURAL DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	CS UTEBO	MUÑOZ RUIZ ANA	310	MEJORAR LA COBERTURA DEL SERVICIO DEL PREVENCION DE CANCER DE CERVIX EN LA ZBS DE UTEBO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	476	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA EN LA POBLACION DEL CS VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	TORRES RUBIO FERNANDO	359	MEJORA DE REGISTRO Y ACCESIBILIDAD EN CIRUGIA MENOR EN EAP
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	362	NUEVOS RETOS DE ENFERMERIA EN AP HACIA UN FUTURO/PRESENTE EN NUEVAS ACCIONES DE ENFERMERIA EN SU LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA EN EAPS. ATENCION A DEMANDA POR ENFERMERIA EN PROCESOS AGUDOS EN EAPS
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	AZA PASCUAL SALCEDO MERCEDES	253	DISMINUCION DEL RIESGO DE FRACASO RENAL AGUDO, EN LA POBLACION ATENDIDA POR AP DEL SECTOR ZARAGOZA III, MEDIANTE REVISION DE LA PRESCRIPCION DE DOBLE TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA (IECA/ARA II + DIURETICOS) MAS AINES (TRIPLE WHAMMY)
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	ESQUIVIAS JARAMILLO MARIA DEL CARMEN	11	PROYECTO PARA MEJORAR LA INFORMACION Y DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES EN AP DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	270	¿PODEMOS MEJORAR LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS EN LAS INFECCIONES URINARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	346	FORMACION DE FORMADORES EN EL AUTOCUIDADO Y CONTROL DE LA DIABETES TIPO 2
Z3	AP	UNIDAD DOCENTE MF Y C Z3	BUISAC RAMON CELIA	458	MEJORA DE LA PAGINA WEB DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 87 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					COMUNITARIA DEL SECTOR III DE ZARAGOZA Y CALATAYUD
Z3	AT AMB	CENTRO DE DIA ROMAREDA	LAS HERAS LOPEZ ENCARNA	226	POTENCIAR EL ASOCIACIONISMO ENTRE USUARIOS Y FAMILIARES DEL CENTRO DE DIA ROMAREDA
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	ARENERE MENDOZA MERCEDES	221	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE PREPARACION CENTRALIZADA DE MEDICACION DE PERMISOS LARGOS PARA LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DEL CRP NTRA SRA DEL PILAR
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	LANZAN SANCHO MARIA TERESA	396	REDUCCIÓN / ELIMINACIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICAS EN EL ÁREA DE PSICOGERIATRÍA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ABADIA ABIOL CARMEN	340	TENGO UN E-MAIL, Y TU?
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ALGARATE CAJO SONIA	231	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) EN GESTANTES ADOLESCENTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES	272	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL PRECOZ EN MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA	276	ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS CUANDO SE SEA REQUERIDO PARA AGILIZAR EL MANEJO EN LOS PACIENTES REUMATOLOGICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	BASCON SANTALO NATIVIDAD	15	PLANIFICACION 3D "EN VIVO" DEL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA EN EL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	BLASCO BELTRAN BENJAMIN	103	SISTEMA INFORMATICO PARA CONTROL DE DEMORA EN LA PROGRAMACION DE LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CANELLAS ANOZ MIGUEL	53	COORDINACION DE ACTIVIDADES NECESARIAS CON LOS ACELERADORES LINEALES DEL SERVICIO DE RT CON EL FIN DE OPTIMIZAR EL TIEMPO DISPONIBLE PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CANTIN GOLET AMPARO	280	ATENCION AL PACIENTE CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CARAZO HERNANDEZ BELEN	9	MODIFICACION DEL SISTEMA DE IDENTIFICACION DE RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	DEL RIO PEREZ CLARA MARIA	438	ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS POR PATOLOGIA EN EL SERVICIO DE NEUROCIROLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	DELGADO BELTRAN CONCEPCION	282	REVISION DE LOS VOLANTES DE DERIVACION A LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGIA PARA EVITAR DUPLICIDADES Y FOMENTAR CELERIDAD EN REALIZAR DIAGNOSTICO Y PONER TRATAMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	DIAZ VEGA MIGUEL	406	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE PATOLOGIA DEL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	DOMINGUEZ MELERO MARIA JESUS	436	VALORACION SOCIAL PRECOZ DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO PARA DISMINUIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ELIZALDE AMATRIA ANGEL GABRIEL	48	ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO DE LA UROLOGIA FUNCIONAL. CREACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE LA FLUJOMETRIA MICCIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	24	OPTIMIZACION DEL MODELO DE SOLICITUD DEL ESTUDIO URODINAMICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO	25	IMPLEMENTACION DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y CRONICA EXACERBADA CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO	227	ATENCION A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	FORNOS ROCA XAVIER	333	PROYECTO DE DERIVACION DIRECTA DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE TECNICAS INTERVENCIONISTAS ENTRE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGIA Y UNIDAD DEL DOLOR DEL HC UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	54	DESARROLLO DE UNA NUEVA METODOLOGIA DE CALCULO POR MONTE CARLO DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GIL TOMAS JOAQUINA	140	DERMATOMICOSIS: OPTIMIZACION DE LA TOMA DE MUESTRAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GONZALEZ GARCIA GONZALO	49	PROYECTO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIATRICAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa MEDIANTE LA CREACION DE UNA UNIDAD DE OBSERVACION DE CORTA ESTANCIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GUDE GONZALEZ MARIA JOSE	296	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE PARASITOSIS INTESTINALES EN MUESTRAS DE HECEAS EN NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	JULIAN ANSON MARIA ANGEL	421	COMUNICACION POR PARTE DEL LABORATORIO DEL HCU A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE LAS INCIDENCIAS PRODUCIDAS CON LAS MUESTRAS ENVIADAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LARRODE PELLICER PILAR	163	UNIDAD CLINICA Y DE INVESTIGACION EN ELA Y OTRAS ENFERMEDADES

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 87 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					NEUROMUSCULARES GRAVES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL	469	ADECUACION Y CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE QUIMIOPROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LINARES VICENTE JOSE ANTONIO	463	PROGRAMA PARA DISMINUIR EL RIESGO HEMORRAGICO MEDIANTE OPTIMIZACION DE LA INFORMACION Y HOMOGENEIZACION DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TAO SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO (ICP)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LOBAN IZA JOSE MANUEL	110	DISEÑO DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN SALUD MENTAL PARA CONFORMAR LA BASE DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA GACELA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LONGAS VALIEN JAVIER	350	ANALGESIA PERIOPERATORIA BASADA EN EL BLOQUEO DE LOS NERVIOS INTERCOSTALES EN PLANO TRANSVERSO EN PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ PARA CIRUGIA DE COLON Y RECTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LOPEZ IBORT NIEVES	75	ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION HOSPITALARIA MEDICA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LUKIC ANTONELA	218	PROYECTO 'ARAGONESAS CON CORAZON' ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MARCO SANJUAN JUAN CARLOS	185	INFORMATIZACION DE LA AGENDA DE CITACIONES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (U.P.P.E) INTRAHOSPITALARIA Y AMBULATORIA EN FORMATO HP-HIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MARTINEZ VERA MIRIAM	348	¡ME LO LLEVO! FOLLETO INFORMATIVO PARA LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN EL ALTA HOSPITALARIA CON UN REDON DE VACIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MODREGO AZNAR FABIOLA	65	CONTROLANDO LOS EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO CON PSICOESTIMULANTES EN EL TRASTONO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERMOTILIDAD INFANTO-JUVENIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MONCHE PALACIN ANA	76	ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION HOSPITALARIA QUIRURGICA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MONZON ALEBESQUE FRANCISCO	130	MEJORA DE LA ATENCION EN ANDROLOGIA. CREACION DE MODELO DE INFORME ESTANDARIZADO DE LOS TRATAMIENTOS INDICADOS EN DISFUNCION ERECTIL DESTINADO A AP, UROLOGIA GENERAL E INSPECCION DE AREA (PARA TRATAMIENTOS QUE PRECISAN VISADO)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MORENO ESTEBAN EVA MARIA	182	PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE ARAGON DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO. GRUPO PAMIC "PROYECTO ARAGONES MUJER Y CORAZON"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MOSTACERO MIGUEL ENRIQUE	116	PUESTA EN MARCHA DE LA "CLINICA DE AIT/ICTUS MINOR". UNIDAD DE ICTUS DEL HCUZ Y SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MOZOTA DUARTE JULIAN	409	CIRUGIA PRECOZ Y ALTA TEMPRANA DE LA FRACTURA DE CADERA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	NAVARRO GIL JOAQUIN	379	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION: PROCESO DE OPTIMIZACION DE LA CONSULTA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	OROS LOPEZ DANIEL	123	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO: RACIONALIZACION DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO	139	ELABORACION DE DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PERLADO DEL CAMPO MARIA ELISA	194	ELABORACION DE UN PLAN INTEGRAL DE COMUNICACION PARA EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE	418	COMUNICACION RAPIDA DE VALORES CRITICOS DESDE EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES	55	ESTIMACION DE DOSIS EN CRISTALINO DEL PERSONAL QUE TRABAJA A PIE DE TUBO EN INTERVENCIONISMO, HEMODINAMICA, VASCULAR Y QUIROFANOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RONCALES GARCIA BLANCO FRANCISCO	14	ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RUIZ MANZANO PEDRO	51	CONTROL DE CALIDAD DE LAS ESTACIONES DE TRABAJO (MONITORES DE DIAGNOSTICO DE LOS RADIOLOGOS) EN RADIOLOGIA DIGITAL DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE	47	IMPLEMENTACION DE LA ESCALA PNEUMONIA SEVERITY INDEX (PSI) EN EL S.DE URGENCIAS DEL HCU PARA ADECUAR LA UBICACION Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC). POTENCIACION DE LA SALA DE OBSERVACION EN LA VALORACION Y TRATAMIENTO INICIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SANZ PLUMED ANA VICTORIA	237	TALLERES TEORICO-PRACTICOS EN EL CUIDADO DE ESTOMAS DE ELIMINACION PARA PACIENTE Y FAMILIARES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SERAL GARCIA BELEN	371	PROTOCOLO DE PREVENCION FARMACOLOGICA DE SEGUNDA FRACTURA OSTEOPOROTICA

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 87 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SERAL GARCIA CRISTINA	21	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXIGENICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SIERRA BERGUA BEATRIZ	26	OPORTUNIDAD INTEGRAL DE MEJORA DEL MANEJO DE LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS (HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO) EXTRAIDAS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	TEJERO LOPEZ TERESA	222	MEJORA DE LA SEGURIDAD MEDIANTE LA ESTANDARIZACION Y REGISTRO DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL DE DIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	UCAR TERREN ALBERTO	128	MEJORA DE LA ATENCION EN ANDROLOGIA. ELABORACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIZADO Y ESTANDARIZADO PARA LA SOLICITUD DE CONSULTA ESPECIALIZADA EN ANDROLOGIA POR PARTE DE AP Y UROLOGIA GENERAL Y OTRAS ESPECIALIDADES, PARA PACIENTES QUE CONSULTEN POR DISFUNCION ERECTIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VALIENTE MARTINEZ CAROLINA	466	VIA DE DERIVACION PARA COLONOSCOPIA PREFERENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS CON RECTORRAGIA Y ALTA SOSPECHA DE CANCER COLORRECTAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VELA BEGUE MARIA MERCEDES	347	VISITA PREACCESO VASCULAR PROGRAMADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ZUECO GARCIA ELENA	61	ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE VACUNACION DE HEPATITIS B TRAS EL ENVIO DE CARTA PERSONALIZADA PARA LA ADMINISTRACION DE DOSIS VACUNAL Y/O CONTROL POSTVACUNAL

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

164

**CONSULTA TELEFONICA: ¿UNA POSIBLE MEJORA DE LA PRESION ASISTENCIAL**

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LUIS OTO NEGRE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARQUES POLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- VELAMAZAN HERNANDEZ MAITE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presión asistencial en las consultas de Atención Primaria creemos que es excesiva, con una frecuentación desproporcionada al nivel de salud de la población.

La consulta, por vía telefónica, puede ser una forma de disminuir la demanda presencial, resolviendo problema menores

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No existen

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la demanda ordinaria, y con ello hacer desaparecer la demora en las citas, mejorando el grado de satisfacción de los usuarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elabora un proceso de "Atención telefónica" que incluye las actividades de cita administrativa, cita ordinaria y cita urgente con su planificación.

Formación de administrativas para cribado de llamadas.

Evaluación de indicadores.

El responsable de estas 3 actividades es D. Antonio L. Oto

La realización de las actividades de atención es responsabilidad de las administrativas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. \* N° de citas telefónicas administrativas/ mes, atendidas

\* N° citas telefónicas medicas ordinarias/ mes, atendidas.

\* N° citas telefónicas medicas urgentes/ mes, atendidas.

\* Encuesta de satisfacción a una muestra de los clientes atendidos con este producto.

\* Comparación entre las demoras del segundo mes de funcionamiento de la actividad con el mismo mes del año anterior

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se desarrollara durante 6 meses:

Preparación del proceso, de la documentación y formación de administrativas en mayo.

Realización en junio y julio.

Evaluación de indicadores en agosto y septiembre.

Conclusiones del plan en octubre.

11. OBSERVACIONES. Es una prueba piloto que se realiza sobre un cupo, si fuera positiva se implantaria en el resto del Equipo. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

374

**FIDELIZANDO AL PACIENTE MENOR DE 65 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA PREVENCIÓN DE LA GRIPE**

2. RESPONSABLE ..... BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... CS CASETAS
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . MARTINEZ LAFUENTE JAVIER. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- . OROS ESPINOSA PEDRO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- . RUBIO HERNANDEZ JESUS. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- . ALIAGA GONZALEZ CARMELO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- . ACEBILLO CARDO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el inicio de la temporada 2012-2013 se han registrado en España 23 muertes entre los casos graves hospitalizados confirmados de gripe. El 94 % de los fallecidos tenía factores e riesgo, según datos del Informe Semanal de vigilancia de gripe en España.

Fidelizar a estos pacientes con factores de riesgo, y en concreto a los menores de 65 años, mejorando la cobertura de nuestros pacientes es el objetivo de esta iniciativa.

Este servicio (301) es uno de los prioritarios de nuestra Cartera y la cobertura del Equipo está por debajo del porcentaje deseable.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se ha propuesto alcanzar una cobertura del 25 % en el Servicio 301- Vacunación de la Gripe en menores de 65 años.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Presentación del proyecto al Equipo: Blanca Laclaustra.

2- Sesión Formativa de registro en OMI: Javier Martínez

3- Sesión Clínica: Vacunación antigripal: Carmelo Aliaga

4- Estudio de cobertura por profesional: Jesús Rubio

5- Información al Equipo de los resultados de registros del Servicio 301: Pedro Orós, M Jesús Acevillo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cobertura vacunal en pacientes < 65 años al mes del inicio y al finalizar la campaña de vacunación antigripal del año 2013.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad nº1 Septiembre 2013

Actividad nº2 Septiembre 2013

Actividad nº 3 Septiembre 2013

Actividad nº 4 Noviembre- Diciembre 2013

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

## POBLACIÓN DIANA

- . EDAD. menores de 65 años
- . SEXO. Ambos sexos
- . TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

213

**MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA EXTRACCION DE TAPON OTICO EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE, EN EL PERIODO DE ESTUDIO: 2013/2014**

2. RESPONSABLE ..... LUCIA CONSUELO BLASCO CASTELLO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SERRANO ANDRES MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- MENDEZ ADE ANA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BASELGA MARTIN MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- DIEZ GARCIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- SERNA PORRO CANDIDA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- LOGROÑO LAFUENTE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- QUILES PAESA LUZ. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aumento de la incidencia detectada en el libro de registro de reclamaciones de pacientes del C.S Delicias Norte, relacionada con la extracción de tapones óticos.

Durante el año 2012 se han realizado 500 extracciones de tapón ótico en el Centro de Salud Delicias Norte.

En el último mes ha habido una reclamación relacionada con la atención en el procedimiento de extracción de tapón ótico y varias quejas verbales.

Justificación del proyecto: la mejora de la satisfacción de los pacientes es uno de los objetivos estratégicos de la organización sanitaria, y mejorar la salud de los ciudadanos de Aragón es dentro de las líneas estratégicas la estrategia primera.

Métodos de detección y priorización.

Los métodos que hemos utilizado para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas, proponer acciones de mejora e identificación de acciones más convenientes ha sido a través de Grupo Nominal y Diagrama Causa-Efecto.

Las posibles causas.

Materiales: Material obsoleto y escaso.

Conocimiento: Falta de formación del profesional.

- Falta de información entregada al paciente, relacionada con la técnica a realizar.
- Falta de información entregada al paciente sobre contraindicaciones y riesgos, relacionados con la práctica de dicha técnica.

Organizativos: Ausencia de prescripción médica.

- Falta de coordinación entre estamentos: médico/enfermería/admisión a la hora de transmitir la información.
- Ausencia de consentimiento informado firmado por el paciente para llevar a cabo dicha técnica.

Personas: Falta de formación del profesional.

- Problemas de aptitud del paciente: no se prepara adecuadamente a pesar de la información previa.
- Problemas de dependencia del paciente a la hora de la preparación previa a la técnica ( por falta de conocimientos del paciente y/o cuidador).

Fuentes de Información: Historia Clínica del paciente (OMI-AP).

- Libro de incidencias de reclamaciones del C. de S. Delicias Norte.
- Revisión bibliográfica: protocolos, legislación, guías, internet,...
- Servicio de informática Sector III.

Consecuencias.

Las consecuencias del citado problema, crea un aumento en la insatisfacción del usuario por la falta de información, y una demora en la atención, si en el momento del procedimiento no está el paciente preparado

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

213

**MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA EXTRACCION DE TAPON OTICO EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE, EN EL PERIODO DE ESTUDIO: 2013/2014**

adecuadamente.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Un aumento en la satisfacción del usuario.  
Que en el Centro de Salud Delicias Norte, disminuyan el número de reclamaciones por este motivo.  
Superar el 50% de pacientes a los que se les ha realizado extracción ótica y tengan registrado en su Historia Clínica ( OMI-AP), que han firmado consentimiento informado.  
Que en el 60% de los pacientes a los que se les ha prescrito extracción de tapón ótico, tengan registrado en su Historia Clínica, que se les ha entregado una hoja informativa sobre el procedimiento y preparación, así como de los riesgos y contraindicaciones.  
Que el 60% de las consultas de enfermería tengan el material adecuado para la realización de dicha técnica.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1) Revisar libro de reclamaciones del Centro de Salud Delicias Norte, tanto al inicio del estudio como al finalizar el mismo.  
Responsable: Consuelo Blasco.  
2) Prevalencia de pacientes a los que se les ha sometido a extracción de tapón ótico durante el año 2012 en el C. S. Delicias Norte. Nos lo facilitará el servicio informático del Sector III.  
3) Durante Abril/Mayo 2013 se elaborará una encuesta sobre material necesario en consulta de enfermería para realizar la técnica de extracción ótica de forma adecuada.  
Responsables: Cándida Serna y Luz Quiles.  
4) Junio 2013 y marzo de 2014: revisión de material en consultas de enfermería mediante encuesta.  
Responsables: María José Díez y María Luisa Baselga.  
5) Durante Junio/Julio 2013 se elaborará una hoja informativa para entregar al paciente.  
Responsables: Cándida Serna y María Pilar Serrano.  
6) Durante octubre 2013 se elaborará hoja de consentimiento informado.  
Responsables: Ana Méndez y Pilar Logroño.  
7) En noviembre de 2013: reunión informativa del EAP del C:S.Delicias Norte.  
Responsables: Todo el equipo de mejora de calidad del C de S. Delicias Norte.  
8) Revisión bibliográfica, en cada una de las actividades.  
Responsables: Todo el equipo de mejora de calidad del C de S Delicias Norte.  
9) Evaluación: estudio retrospectivo. Marzo/Abril 2014.  
Responsables: Todo el equipo de mejora de calidad del C de S Delicias Norte.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1) N° de reclamaciones en el C. S Delicias Norte relacionadas con la extracción de tapón ótico.

Índice actual: una.

Objetivo para el 2014: disminuir el número de reclamaciones en C.S Delicias Norte por este motivo.

El seguimiento se obtendrá revisando el libro de reclamaciones.

2) % de pacientes en C.S.Delicias Norte, sometidos a técnica de extracción de tapón ótico y que haya constancia en Hª Clínica que se han firmado consentimiento informado.  
Se obtendrá por estudio retrospectivo.  
3) % de pacientes en C.S.Delicias Norte, sometidos a técnica de extracción de tapón ótico y que conste en Hª Clínica que se ha entregado hoja informativa.  
Se obtendrá por estudio retrospectivo.  
4) % de consultas de enfermería en las que exista el material adecuado para realizar dicho procedimiento terapéutico.  
Se obtendrá mediante revisión de consultas a traves de una encuesta al inicio y finalización del estudio.  
5) Realizar hoja informativa para el paciente. SI/NO.  
6) Realizar hoja de consentimiento informado. SI/NO.

**FÓRMULAS.**

1) Número de reclamaciones.

n° de pacientes que se les ha prescrito una extracción de tapón ótico y han firmado el consentimiento informado

2) ----- X100  
Total pacientes que se realiza extracción tapón ótico

n° pacientes que se entrega hoja informativa antes del procedimiento terapéutico

3) ----- X100  
Total pacientes sometidos a extracción tapón ótico

n° de consultas que tienen material adecuado para realiar la técnica

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

213

**MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA EXTRACCION DE TAPON OTICO EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE, EN EL PERIODO DE ESTUDIO: 2013/2014**

4) ----- X100  
Total consultas de enfermería

La monitorización del indicador 1, se realizará mediante la recogida de datos del libro de reclamaciones del C.S.Delicias Norte, tanto al inicio del estudio como al finalizar el mismo.

La monitorización del indicador 2 y 3, se realizará mediante revisión de la Historia Clínica (OMI) al final del período de estudio.

La monitorización del indicador 4, se hará haciendo una revisión por todas las consultas de enfermería del C.S. Delicias Norte, mediante una encuesta. Al inicio y al final del estudio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio proyecto: abril 2013.  
Finalización proyecto: 30 de abril 2014.

Actividad 1. Revisión del libro de reclamaciones: al comienzo del proyecto (1 de abril de 2013) y al finalizarlo (1 de abril del 2014).

Actividad 2. Obtención datos prevalencia. Al inicio del proyecto: 1 de abril de 2013 y al final: 1 de abril de 2014.

Actividad 3. Elaboración encuesta para revisar material en consultas. Abril/Mayo 2013.

Actividad 4. Revisión bibliográfica: Abril/Mayo/Junio de 2013.

Actividad 5. Elaboración de la hoja informativa para el paciente. Junio/Julio 2013.

Actividad 6. Revisión de consultas mediante encuesta. Junio 2013 y Marzo 2014.

Actividad 7. Elaboración de la hoja de consentimiento informado, en octubre de 2013

Actividad 8. Reunión informativa al EAP del C.S. Delicias Norte. Noviembre 2013.

Actividad 9. Evaluación : Marzo/Abril 2014.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

073

## 1. TÍTULO

**ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA URBANO DEL SECTOR ZARAGOZA III**

2. RESPONSABLE ..... MARIA FE GONZALEZ MIR  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA  
· ALONSO LEJ TORRES ELENA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA  
· SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA  
· MARTINEZ SEDILES XIOMARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD  
· LOPEZ SAENZ CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION DE ENFERMERIA  
· MATARREDONA PAREJA ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SE HA OBSERVADO UNA GRAN VARIABILIDAD EN EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS UTILIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS CURAS Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN (ÚLCERAS POR PRESIÓN). APROVECHANDO LA RECIENTE ADJUDICACIÓN (POR 2 AÑOS PRORROGABLES) REALIZADA POR LA CENTRAL DE COMPRAS DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, SE HA IDENTIFICADO LA NECESIDAD DE MEJORAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE LOS MISMOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN TIPO DE LESIÓN.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. HOMOGENEIZAR Y ADECUAR EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE REALIZARÁ UN CATÁLOGO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES Y SUS INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. DIFUSIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL USO DE ESTOS PRODUCTOS A TRAVÉS DEL CATÁLOGO. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN MEDIANTE ESTUDIO DE RESULTADOS EN SALUD. EVALUAR EL IMPACTO ECONÓMICO DURANTE EL PERIODO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. CATÁLOGO REALIZADO Y PUBLICADO.  
NÚMERO DE ENFERMEROS/AS QUE CONOCEN Y USAN EL CATÁLOGO DE ADECUACIÓN DE USO DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA EL CUIDADO/TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.  
SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL CATÁLOGO REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACTIVIDAD  
NÚMERO DE ASISTENTES A LAS SESIONES FORMATIVAS  
PORCENTAJE DE PACIENTES CON LESIÓN POR PRESIÓN (ÚLCERA) TRATADA CON EL PRODUCTO SANITARIO ADECUADO (NÚMERO DE PACIENTES TRATADO CON PRODUCTO SANITARIO ADECUADO \* 100 / NÚMERO DE PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN)  
VARIACIÓN DEL GASTO EN PRODUCTOS SANITARIOS INCORPORADOS EN CATÁLOGO RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR (CORTES EN NOVIEMBRE 2013 Y NOVIEMBRE 2014)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. COMIENZO EN JUNIO 2013  
REALIZACION CATALOGO: JUNIO-JULIO 2013  
DIFUSION Y FORMACION: SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOVIEMBRE 2013  
MONITORIZACIÓN RESULTADOS EN SALUD:MARZO-ABRIL 2014, JUNIO 2015  
EVALUACION ECONOMICA: JUNIO 2015  
FINALIZACIÓN EN JUNIO 2015

11. OBSERVACIONES. SUPONE UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA ELABORADO POR LA COMISIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS DEL SECTOR ZARAGOZA III, DESAGREGADO POR ÁMBITOS.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS DELICIAS SUR  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA  
· AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA  
· LACARTA VICIOSO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA  
· OLIVEROS GONZALVO PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA  
· VILLANOVA LANUZA AURORA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA  
· LACLETA LORENTE ROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA  
· CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LINEAS DE MEJORA Nombre y apellido
- TABAQUISMO Pilar Lacarta Vicioso (Enfermera)  
Concha Gracia Morte (Enfermera)  
Rodrigo Cordoba Garcia (Médico)  
M<sup>a</sup> Pilar Marín Izaguerri (MIR 4°)  
Nuria Requeno Jarabo (MIR 4°)  
Sonia Coronas Mateos (MIR 4°)  
Laura Val Esco (MIR 4°)  
Rebeca Pérez Vicente (MIR 3°)  
David Ruiz Martínez (MIR 3°)  
Sara Visiedo Sanchez (MIR 3°)  
Jenifer Juez Claveria (MIR 3°)  
Irene Cid Jimenez (MIR 3°)
- CARDIOVASCULAR/MAPA M<sup>a</sup> Jesús Gimeno de la Torre (Enfermera)  
Maite Tirado Hernandez (Enfermera)  
Pilar Oliveros Gonzalvo (Enfermera)  
Beatriz Calvo Sanchez (Enfermera)  
Manuel del Castillo Pardo (Médico)  
Jose Carlos Perez Villarroya (Médico)  
Mariano Blasco Valle (Médico)  
Laura Barroeta Lajusticia (Médico)  
Gabriel Guillén Llovería (Médico)
- SEGURIDAD CLINICA Francisca Gonzalez Rubio (Médico)  
Jose Antonio Monge Campo (Médico)  
Enrique de la Figuera Von Witchman (Médico)
- RETINOGRAFIAS Jose Carlos Perez Villarroya (Médico)  
Araceli Fernandez Revuelta (Médico)
- EPOC Maria Jesús Flores (Enfermera)  
Noelia Aguirre Abadía (Enfermera)  
Pilar García Latorre (Enfermera)  
Araceli Fernandez Revuelta (Médico)  
Lurdes Asensio Asensio (Médico)  
Tomás Fernandez Fortún (Enfermero)  
M<sup>a</sup> Angeles Valencia (Enfermera)
- VACUNAS ADULTO Jesús Miedes Herrero (Enfermero)  
Angela Ostale Sepulveda (Enfermera)
- ESTRÉS Ina Jordan Gil (Enfermera)  
Jose Luis Cantalapiedra Obis (Enfermero)  
Purificación Ochoa Moneo (Médico)  
M<sup>a</sup> Jose Casas Casas (Médico)
- OBESIDAD/LINEAS PEDIATRIA Nuria Garcia Sanchez (Pediatra)  
Amparo Fuertes Domínguez (Pediatra)  
José Mengual Gil  
M<sup>a</sup> Jesús Cabañas (Pediatra)
- VACUNA INMIGRANTES Concepción Esteban Herreiz (Enfermera)  
Asunción Veron Jiménez (Enfermera)  
M<sup>a</sup> Cleofe Crespo Minar (Enfermera)
- PROMOCION DE LA SALUD Angel Antoñanzas Lombarte (Médico)  
M<sup>a</sup> Cleofe Crespo Mainar (Enfermera)

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

Belén Val Lechuz (Matrona)  
Maria Pilar Lacarta (Enfermera)  
Soledad Posteguilo (Fisioterapeuta)  
M<sup>a</sup> Angeles Loidi (Fisioterapeuta)  
M<sup>a</sup> Pilar Marín Izaguerri (MIR 4º)  
Nuria Requeno Jarabo (MIR 4º)  
Sonia Coronas Mateos (MIR 4º)  
Laura Val Esco (MIR 4º)  
Rebeca Pérez Vicente (MIR 3º)  
David Ruiz Martínez (MIR 3º)  
Sara Visiedo Sanchez (MIR 3º)  
Jenifer Juez Claveria (MIR 3º)  
Irene Cid Jimenez (MIR 3º)

LINEA MEJORA EN ADMISIÓN : Aurora Villanova, Belén Borrajo, M<sup>a</sup> José Pérez, Joaquín Callén, Pilar Lamarca, Concepción Rubio, M<sup>a</sup> José García, Almudena Goñi, Celeste Anadón.

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Nos planteamos para 2013 la continuación del plan de mejora de calidad que se inició en 2008. Para este año 2013 el principal objetivo es mantener la motivación y el compromiso de los profesionales del equipo con la mejora de la calidad en un contexto de crisis. Somos conscientes de la dificultad de conseguir este objetivo ante las pérdidas tan significativas de derechos laborales que se han producido en 2012. Ante la perspectiva de una ausencia en la incentiación de los profesionales, este tipo de proyectos de mejora realizados de forma autónoma en las unidades clínicas, sin exigir a cambio nuevos recursos, supone una apuesta por la calidad del sistema público y muestra el alto grado de responsabilidad de sus profesionales. Nuestro equipo ha consolidado 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 y se ha conseguido también 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 de los 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 2012 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 tres 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
  - la recogida de incidencias de los profesionales desde la implantación de la norma ISO.
- 4.. La organización del equipo en grupos interprofesionales responsables de diferentes procesos de atención, que en este momento consituyen 12 líneas de mejora estables con indicadores establecidos.
5. La inclusión de objetivos específicos alineados con el contrato de gestión clínica

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2012**

El Consejo de Salud se reunió durante el año 2012 en 8 ocasiones. Los temas mas importantes tratados han sido:  
- Repercusiones del Decreto 16/2012 en la atención a los usuarios: pérdida de derechos a extranjeros en situación irregular, copago y supresión de financiación de medicamentos.  
-Listas de espera para atención especializada.  
-Seguimiento de reclamaciones del centro de salud

**Implantación de Norma ISO 9001-2008:**

- Durante el año 2012 el grupo de calidad ha preparado toda la documentación para pasar la auditoria interna que se realizó el 5 de Junio de 2012. La comisión de calidad se reunión semanalmente durante el año 2012 haciendo seguimiento de las incidencias y no conformidades que fueron presentando a lo largo del año

**10 Líneas de Mejora****1. Intervención en tabaquismo:**

Consultas atendidas en la consulta de deshabituación 480 visitas, que corresponden a 160 pacientes. Se han realizado menos consultas de deshabituación que en 2011 lo que se explica por una disminución en la prevalencia de tabaquismo en relación con el impacto de la Ley 2010 y de la crisis económica.

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

Durante 2012 se han realizado 112 MAPAS y se han incluido el 100% de los mismos mediante acceso directo en el curso clínico en OMI, lo que ha facilitado el seguimiento de los pacientes tanto en el diagnóstico como en el control de la hipertensión arterial, mediante esta prueba diagnóstica.

**3. Seguridad clínica:**

Se ha continuado con la notificación de RAM durante 2012, la tasa de notificaciones por 10.000 habitantes (TIS) del centro de salud Delicias Sur en este año 2012 fue de 70,41 lo que supone un aumento en las notificaciones sobre años anteriores. Se realizaron 3 sesiones sobre paciente polimeditado mayor de 75 años.

**4. Diabetes: Retinografía digital:** En 2012 se han realizado un total de 2263 retinografías digitales en el centro de salud Delicias Sur, lo que comparado con las 2142 realizadas en 2011 supone un aumento de un 5,5 %.

**5. EPOC:**

Se han realizado 240 espirometrías. Se ha consolidado el servicio de "Espirometrías", que se ofrece a través de profesionales especializados y con formación específica y experiencia, lo que ha redundado en la apreciación de la mejora en la calidad de las pruebas. Se ha impartido un curso de la técnica de realización e interpretación de espirometrías para enfermería por dos profesionales del centro dirigido a profesionales del área de salud. Se ha mejorado el tiempo de espera. Se ha introducido una hoja informativa para el paciente para mejorar la preparación de la prueba y se ha realizado una sesión de aplicación de aerosoles.

**6. Vacunaciones del adulto**

Se envió carta de citación a los mayores de 65 años, y 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 2926, lo que supone una importante disminución sobre la campaña de 2011, lo que coincide con la disminución de cobertura que se viene observando desde 2010 tanto en nuestro medio como en el conjunto del estado.

**7. Gestión del estrés:**

Se han realizado durante 2012, dos grupos de pacientes orientados a manejar el estrés, mediante metodología de abordaje grupal y aprendizaje de técnicas de relajación. Se ha realizado una sesión a profesionales de enfermería sobre la metodología y técnicas empleadas.

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

Se han detectado en 2012, 366 niños de 6-14 años con episodio de obesidad o sobrepeso, con un aumento de 109 nuevos diagnósticos de obesidad en niños de 6-14 años, comparado con 2011, lo que supone una cobertura del 11,6% (en 2011 era de 8,5). Se ha continuado con la intervención por enfermería de los niños con mayor IMC.

**9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes:**

Durante el año 2012 se ha intervenido sobre el calendario de 97 niños pertenecientes a los 4 cupos de Pediatría. Revisando su situación vacunal se han completado 60 calendarios, hay en proceso 13 calendarios y acuden a las citas correctamente. Sin historia en OMI y en histórico 10 niños. Incompletos 14 calendarios que no se han completado por diversos motivos:

-No acuden a las citas de forma reiterada y, algunos, desde hace meses. Se intenta recaptarlos a través de una llamada telefónica e incluyendo en OMI su situación vacunal.

-Otros se marchan a su país de origen definitivamente. Algunos estaban en acogida. Sin número de teléfono para poder contactar o con número no operativo.

**10. ACTIVIDADES COMUNITARIAS****10.1. Proyecto de promoción de la salud: "Prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes"**

Durante 2012 se ha comenzado el proyecto en 2 colegios de enseñanza primaria: Emilio Moreno Calvete y Andrés Manjón y en el Instituto de enseñanza secundaria Jerónimo Zurita. Se ha contactado con los equipos directivos de los tres centros y con las asociaciones de padres, mostrando su acuerdo y disposición para el proyecto. Se han realizado encuestas a los alumnos de 6º de Primaria de los Colegios de Primaria. Se han realizado dos grupos focales en el IES Jerónimo Zurita a alumnos de 3º y 4º de ESO y otro grupo focal con padres y madres del AMPA. Se han extraído las principales conclusiones para realizar a lo largo de 2013 la intervención en las aulas.

**10.2. Intervención Mujeres inmigrantes en aprendizaje de español.**

La frecuencia durante 2012 ha sido de una sesión al mes, de una hora y media de duración sobre hábitos de alimentación, higiene, prevención de accidentes, comportamiento infantil y como crear normas y límites. El número de mujeres ha sido de 10-12 participantes.

Se han realizado sesiones bimensuales sobre información de métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva por la matrona del equipo.

**10.3. Seminario de prevención cardiovascular**

Se realizó en los meses de octubre y noviembre de 2012 con la participación de un médico de familia, y cuatro enfermeras, en la asociación de vecinos Manuel Viola de Delicias. Se realizaron cuatro sesiones sobre los factores de riesgo cardiovascular: alimentación, tabaco, hipertensión arterial y ejercicio físico.

**10.4. Paseos saludables:**

Durante de 2012 se ha iniciado esta nueva actividad comunitaria en coordinación con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias. Se han realizado dos sesiones semanales de hora y cuarto con 15 participantes principalmente derivados por enfermería del EAP. Se ha realizado un taller práctico sobre lectura del

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

etiquetado de los alimentos, impartido por alumnas de enfermería y responsable de enfermería de los paseos. Se ha planificado la incorporación de las fisioterapeutas del equipo a este proyecto.

10.5. Curso de RCP a alumnos de 4º de ESO: se desarrolló por los médicos residentes de 4º año en el Instituto Jerónimo Zurita en el mes de Diciembre de 2012.

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

-Mantener la certificación pasando la acreditación interna y 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

- 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 12 Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo: para 2013 se pretende:

Mejorar la cobertura del servicio para ello se plantea visibilizar mejor las consultas de deshabituación hacia los pacientes del centro.

- Mantener las actividades de Intervención Intensiva en las 4 consultas de deshabituación ya existentes con las actuales coberturas.

2.2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se pretende como objetivo para 2013 reforzar la motivación sobre la importancia de esta prueba diagnóstica entre el personal facultativo, así como mejorar las condiciones de los pacientes para aumentar la calidad de la prueba.

2.3. Seguridad clínica:

Para 2013 seguir mejorando en la detección y registro de los efectos adversos que sufren los pacientes por la toma de medicamentos

Debido a que en 2012 no se pudo iniciar el proyecto del paciente polimedcado debido a la implantación de la receta electrónica, se plantea para 2013 iniciar proyecto alineado con los objetivos del sector sobre el paciente polimedcado mayor de 75 años con mas de 5 fármacos: se pretende revisar al menos 15 pacientes por cupo con inclusión de test de adherencia al tratamiento.

2.4. Diabetes: Retinografía digital:

Como objetivo para 2013 sería conseguir que el 60% de los diabéticos registrados en OMI, sin retinopatía diabética tengan realizadas 2 retinografías digitales a finales de 2013.

2.5. EPOC:

Para 2013 se pretende:

-Continuar con el Servicio de espirometría, mejorando la calidad de éste.

-Disminuir la lista de espera

-Realizar sesiones periódicas del equipo multidisciplinario implicado.

2.6. Vacunaciones en el adulto:

. Vacunación Antigripal.- Para el 2013 pretendemos mantener y/o mejorar la cobertura vacunal mejorando la información y la cita de la campaña antigripal.

. Vacunación Antineumocócica.- Se ofertara la vacuna a todos los pacientes que residan en centros geriatricos de nuestra Zona de Salud y que no la tengan administrada con anterioridad.

2.7.Gestión del estrés:

Para 2013 se plantean los siguientes objetivos:

-Realizar formación a los profesionales del equipo sobre actuación frente al estrés

-Evaluación de la intervención de EpS frente al Estrés en el EAP Delicias Sur tras 5 años desde su inicio.

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 alcanzada en 2012 de sobrepeso y obesidad (T82 y T83) fue de 11,6% en niños de 6-14 años. Para 2013 pretendemos mejorar la detección hasta un 14 %.

2.9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes:

Continuar con las actividades que se realizan de captación, seguimiento para completar los calendarios acelerados.

Nos proponemos este año mantener la misma actitud con la vacunación de Papiloma para que se completen las 3 dosis.

2.10. Actividades comunitarias:

-Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: en conjunto con la AA.VV. Manuel Viola, en los colegios Andrés Manjón y Emilio Moreno Calvete de Educación Primaria y en el IES Jerónimo Zurita. Se pretende realizar una fase de intervención en el aula una vez completada la fase de análisis del problema.

-Grupo de educación para la salud dirigido a madres inmigrantes sobre normas de alimentación y estilo de vida,

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

impartido por una enfermera del equipo

-Grupo de educación para la salud sobre métodos anticonceptivos a mujeres inmigrantes impartido por la matrona del equipo

-Seminario de prevención cardiovascular, impartido por tres enfermeras y un médico de familia.

-Grupo de actividad física en la estrategia PASEAR (promoción de la alimentación y actividad física saludable en Aragón) coordinado por una enfermera del equipo

-RCP en Centro de Educación Secundaria Jerónimo Zurita, a cargo de médicos residentes R4.

**2.11. Líneas de mejora del proyecto de gestión clínica 2013:**

Líneas de mejora del área clínica: el equipo ha propuesto objetivos de mejora en las siguientes procesos clínicos:

1. TABAQUISMO: aumento de la cobertura hasta alcanzar el 50 %

2. EPOC: aumento de la cobertura hasta alcanzar el 70%

3. SEGURIDAD CLÍNICA: inclusión del servicio de pacientes polimedicados mayores de 75 años:

4. RIESGO CARDIOVASCULAR: aumento de la cobertura hasta alcanzar un 50%

5. PACIENTES INMOVILIZADOS: cobertura de inmovilizados hasta el 70 % de los casos esperados

6. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLÓN: continuación del proyecto en coordinación con el Servicio de Digestivo del Hospital Clínico

7. PEDIATRÍA

-Obesidad infantil alcanzar el 14 % de detección entre niños de 6-14 años

-Implementación de la Guía de Lactancia Sector 3

-Gestión integral TDAH desde AP

-Coordinación con equipo de orientación psicopedagógica de los centros escolares de la zona

**2.12. Líneas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente**

Se pretende para 2013 facilitar desde la unidad de admisión el paso del sistema de tarjetas de largo tratamiento a la nueva receta electrónica.

Una vez realizada la implementación de la receta electrónica se plantea una nueva reorganización del equipo de admisión del centro para asumir nuevas tareas de apoyo administrativo al área clínica mediante una distribución del personal de admisión asignando un administrativo/celador para cada dos unidades clínicas médico-enfermera.

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, mediante la gestión de documentos y registros necesarios.

**2. 10 Líneas de mejora:****2.1. Intervención en tabaquismo:**

-Realizar 2 sesiones de equipo para actualizar la información y motivar a los profesionales

- Colocar carteles informativos en las salas de espera con los horarios y consultas de deshabituación que faciliten la cita de pacientes fumadores motivados.

**2.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):**

Realizar una sesión por el equipo de enfermeras que realizan la prueba dirigida todo el equipo para motivar a los profesionales con la importancia de esta prueba diagnóstica.

2.3. Seguridad clínica: mantener el alto nivel de notificación de RAM, continuar realizando formación y realizando estudios de investigación de grupos farmacológicos más frecuentemente usados por nuestros pacientes, y compararlos con años anteriores, comunicarlo en sesiones clínicas en el centro

Se considera paciente anciano polimedicado, pacientes mayores de 75 años de ambos sexos, que figuran en nuestra base de datos, con más de 5 fármacos prescritos y que se encuentran de forma activa en su historial informatizado, para ello se facilitarán los listados por CIAS a cada profesional, para que se revisen los fármacos con los criterios STOP/START, y a su vez utilizando el BOT salud, poder apreciar si existe alguna interacción entre ellos. Por parte de enfermería se les realizará el test de Hamdy todo ello dentro de los planes personales de atención del paciente anciano para ver si existe adherencia o no al tratamiento.

2.4. Diabetes: Retinografía digital: Sesión clínica en el equipo y listado de pacientes que no cumplen el criterio de 2 retinografías en diabéticos sin retinopatía para indicárselas desde la consulta médica y de enfermería.

2.5. EPOC: realizar una hoja informativa por pacientes en el momento de la petición de la prueba. Realizar peso y talla en todos los pacientes que acuden a la prueba. Continuar realizando al menos una sesión formativa para enfermeras y otra para médicos.

**2.6. Vacunaciones en el adulto:**

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

. Vacunación Antigripal.- Se enviara carta a todos los pacientes del Centro de Salud mayores de 65 años y a los menores de 65 años con patología de riesgo, informándoles de la campaña y asignándoles cita para la administración de la vacuna.

. Vacunación Antineumocócica.- Se requerirá periódicamente y en coordinación con los responsables de las Residencias información sobre los pacientes sin vacunar y que deseen ser vacunados, para programar visita domiciliaria y administrarles la vacuna de acuerdo con las existencias en el Centro de Salud.

**2.7. Gestión del estrés:**

Realización de sesiones docentes en el equipo y evaluación de las actividades realizadas hasta el momento para plantear futuras líneas de mejora.

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

Para 2013 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 historia 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, anotaremos , en la pantalla de vacunas, correctamente vacunado.

Nos proponemos este año mantener la misma actitud con la vacunación de Pápiloma para que se completen las 3 dosis. Aprovechando una de las visitas para vacuna vamos a iniciar una nueva línea de mejora en cuanto a la valoración de 4 patrones funcionales en niñas de 14 años. La valoración se realizara mediante una entrevista con la adolescente, basándonos en un pequeño cuestionario orientativo. Los datos se registraran en OMI en Planes de Cuidados de Enfermería: Auto percepción- Autoestima, Rol-Relación-Comunicación, Sexualidad y Adaptación al estrés.

**2.10. Actividades comunitarias:**

- Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: se realizarán intervenciones en el aula en las que participarán médicos residentes de 3º y 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria dirigidas a alumnos de 6º de Primaria y de 4º de ESO dirigidas a la prevención de los riesgos del consumo de alcohol.

-Grupo de educación para la salud dirigido a madres inmigrantes : seminarios mensuales impartidos por enfermera de pediatría

-Grupo de educación para la salud sobre métodos anticonceptivos a mujeres inmigrantes: sesiones bimensuales impartidas por la matrona del equipo

-Seminario de prevención cardiovascular: seminario de cuatro sesiones sobre factores de riesgo, alimentación, ejercicio físico y prevención cardiovascular en la infancia.

-Grupo de actividad física en la estrategia PASEAR (promoción de la alimentación y actividad física saludable en Aragón) coordinado por una enfermera del equipo: captación de pacientes en las consultas, dos sesiones semanales de paseo saludable por monitores de la Asociación de Vecinos, asesorados por la enfermera responsable.

-RCP en Centros de Educación Secundaria del barrio, a cargo de médicos residentes R4 de Medicina de Familia, en el IES Jerónimo Zurita

**2.11 Líneas estratégicas con el sector**

-TABAQUISMO: cortes periódicos de coberturas y sesión clínica

-EPOC: corte periódico de coberturas y sesión clínica

-RIESGO CARDIOVASCULAR: cortes periódicos de cobertura y sesión clínica

-SEGURIDAD CLÍNICA: inclusión del servicio de pacientes polimedicados mayores de 75 años: reunión organizativa y citación progresiva de pacientes en consulta

-PACIENTES INMOVILIZADOS: cortes periódicos de seguimiento y sesiones clínicas de apoyo

-PREVENCIÓN DEL CANCER DE COLON: continuación del proyecto en coordinación con el Servicio de Digestivo del Hospital Clínico: determinación de SOH y seguimiento en pacientes mayores de 50 años sin patología.

-PEDIATRIA:

-Obesidad : cortes periódicos y sesiones clínicas

-Gestión integral TDAH desde AP: las descritas en protocolo

2.12. Líneas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente: Se establecerá una nueva organización de las tareas de admisión de modo que cada unidad clínica médico-enfermera tenga asignado un administrativo para realizar las siguientes tareas: entrega de bajas laborales de larga duración sin pasar por consulta, entrega de certificados para minusvalía o dependencia en coordinación con el trabajador social sin pasar por consulta, contacto telefónico con pacientes para informar de resultados normales de pruebas básicas sin necesidad de pasar por consulta, renovación de receta electrónica con circuito desde admisión para que el paciente no tenga que pasar por consulta.

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

- Mantenimiento en 2013 de la certificación con la norma ISO

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

- Realizar la auditoria 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. 12 Líneas de mejora:
  - 2.1. Intervención en tabaquismo:
    - % de coberturas,
    - Nº de actos en consultas de deshabituacion
    - Nº de pacientes atendidos en consultas de deshabituación
  - 2.2 Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):
    - Numero de MAPA realizados en el periodo
    - Evidencia de presencia del resultado de la prueba en el curso clínico de todos los pacientes a los que se les ha realizado
  - 2.3. Seguridad clínica: Tasa de RAM en 2013. Número de sesiones realizadas en el equipo sobre reacciones adversas
  - 2.4.Diabetes: Retinografía digital: Número de retinografías digitales realizadas en 2013 y porcentaje de diabéticos con al menos 2 retinografías realizadas.
  - 2.5.EPOC:
    - Número de espirometrías realizadas
    - Número de pacientes a los que se ha dado hoja informativa/total de pacientes a los que se realiza espirometría
  - 2.6.Vacunaciones adulto:
    - Cobertura vacunal antigripal en mayores de 65 años y en menores de 65 años con factores de riesgo
    - Cobertura de vacunación antineumocócica sobre total de esperados
  - 2.7. Gestión del estrés:Número de sesiones formativas realizadas en el equipo
  - 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 / total de niños de6-14 años
    - 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: -cobertura vacunal calendarios acelerados/total de niños vacunaciones incompletas
    - Número de niñas vacunadas de papilomavirus a las que se ha recogido patrones funcionales
  - 2.10. Actividades comunitarias.
    - Alcance del proyecto de prevención de consumo de alcohol en el medio escolar
    - Grupos realizados de educación para la salud madres inmigrantes
    - Grupos realizados de educación para la salud anticoncepción
    - Realización de seminario de prevención cardiovascular
    - Grupos realizados de estrategia PASEAR.
    - Grupos de RCP realizados a alumnos de secundaria
  - 2.11. Líneas estratégicas con el sector
    - TABAQUISMO: cobertura alcanzada en el servicio por CIAS
    - EPOC: cobertura alcanzada en el servicio por CIAS
    - RIESGO CARDIOVASCULAR: cobertura alcanzada en el servicio por CIAS
    - SEGURIDAD CLÍNICA: Tasa de RAM en 2013
    - Número de pacientes polimedicados mayores de 75 años con revisión de tratamiento y test de adherencia/total de pacientes polimedicados mayores de 75 años
    - PACIENTES INMOVILIZADOS: cobertura alcanzada por CIAS
    - PREVENCIÓN DEL CANCER DE COLON: número de pacientes a los que se realiza prevención de cáncer de colon/pacientes incluidos en el programa (datos del servicio de digestivo del HCU)
    - PEDIATRIA:
      - Obesidad : -cobertura alcanzada por CIAS T83 y T84
      - Numero de niños a los que se aplica plan de cuidados en alimentación/total de niños T 82 y T83, por cada enfermera de pediatría
    - Gestión integral TDAH desde AP: Nº niños incluidos en protocolo/nº de niños con TDAH
  - 2.12. Lineas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente: número de pacientes

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2013**

en situación de IT de larga duración a los que se entrega el parte desde admisión, número de certificados sin pasar por consulta, número de pacientes a los que se da resultados sin pasar por consulta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: ENERO DE 2013

Fecha de finalización: DICIEMBRE DE 2013

Calendario:

Todas las líneas de mejora con sus objetivos, actividades y medición de indicadores se realizaran a lo largo del año

11. OBSERVACIONES. Es un proyecto de continuidad que quiere recoger todas las líneas de mejora que añaden valor a los objetivos de mejora recogidos en cartera de servicio o en los indicadores de gestión clínica

Se exponen tanto resultados obtenidos como nuevos objetivos, actividades e indicadores para avanzar en líneas de mejora existentes o en nuevas líneas que se incorporan en cada proyecto. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PLAN GLOBAL DE CALIDAD CENTRO DE SALUD

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

148

**MANUAL DE ACOGIDA DE ADMISION**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CARCAS ESCALERA

- Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro ..... CS GALLUR
- Localidad ..... GALLUR
- Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROY MORALES ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. No existe ningún manual a través del cual se pueda guiar cualquier profesional que se incorpore al Equipo del C. Salud en Admisión.

El Servicio de Admisión del C.S. Gallur realiza las siguientes tareas para el buen funcionamiento de todo el equipo. -MOSTRADOR: \*Apertura de equipos y programas. \*Bajar resultados de analíticas con "OMILAB". \*Comprobación de fax, teléfono. Registro de guardias de médicos y enfermeras, envío de guardias lunes y viernes de refuerzos y días 1 y 16 de titulares y refuerzos. \*Los lunes envío de "EDOS". \*Apertura puertas del C. Salud. \* Atención personal y telefónica para la realización de citas con los profesionales del centro. \* En las citaciones de analíticas comprobar si llevan orina para darles los tubos y botes correspondientes. \* Entrega y recogida de documentación para la tramitación de ayudas por desplazamiento y especialidades ortoprotésicas. \*Tramites de tarjeta sanitaria. \*Citación de interconsultas y pruebas diagnosticas con el programa "LEE". Registro de citas que enviamos a Hospital para su citación. \* Recogida, registro, colocación y entrega de recetas de largo tratamiento. \* Reparto de los talonarios de recetas a cada profesional. \*Atención telefónica, tramitación de citaciones y envío por fax de citaciones a los diferentes consultorios. \* Petición de talonarios de recetas de estupefacientes y sobrecupos. \* Recepción altas de hospital y bajas en tarjeta sanitaria de exitus. \* Tramitación de reclamaciones, pagos a terceros, compromisos de pago. \* Tramitación, recepción de licencias del personal. \* Envío recepción y localización de pacientes en las citaciones preferentes que se tramitan por fax.\* CORREO ELECTRONICO: \* Dar a conocer los mensajes que sean para el equipo, recepción de sintromes. \* Petición de lencería semanal. \*Envío de sintromes y TAO a pacientes que no pueden venir a recogerlos al centro. \*Archivar documentación generada a lo largo del día.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la continuidad de los procesos administrativos que se realizan en el Centro de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Exposición de las tareas administrativas a realizar durante la jornada laboral ordinaria. (Anotar del día 1 al 31 las tareas que realizamos en admisión diariamente. Hablar con el coordinador para ver si el equipo tiene alguna necesidad administrativa que no se este realizando).

Responsables: M<sup>a</sup> Pilar Carcas y Ana Isabel Roy

2.- Redactar el manual

Responsables: M<sup>a</sup> Pilar Carcas y Ana Isabel Roy

3.- Obtención del indicador

Responsables: M<sup>a</sup> Pilar Carcas y Ana Isabel Roy

4.- Evaluación de la actividad y propuestas de mejora

Responsables: M<sup>a</sup> Pilar Carcas y Ana Isabel Roy

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ¿Se ha redactado el manual de acogida del Servicio de Admisión del Equipo de Atención Primaria de Gallur?

Resultado: Si / No

Resultado deseado: Si

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 01/04/2013

FINALIZACIÓN: 31/12/2013

CRONOGRAMA:

Actividades 1 y 2: abril y mayo 2013

Actividades 3 y 4: enero 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

148

**MANUAL DE ACOGIDA DE ADMISION**

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

189

**MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS DE LOS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GALLUR****2. RESPONSABLE** ..... MARIA PILAR GARCIA MAYNAR

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

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

- CHICOTE ABADIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- ESPINACH LOSADA ALICIA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- ICART GOMEZ JOAQUIN. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ CUARTERO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- LORENZO RAMIREZ MARIA DACIL. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- MODREGO MOROS MARIA AMPARO. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ FERRANDEZ ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El tétanos es una enfermedad infecciosa provocada por neurotoxinas producidas por la bacteria Clostridium tetani. Bacilo anaerobio, grampositivo, móvil, con una espora terminal. El agente patógeno se encuentra de manera cosmopolita en el suelo, sedimentos marinos, en medio inorgánico, metales en oxidación y también en las heces de determinados animales. Se introduce al cuerpo a través de heridas abiertas en contacto con tierra, estiércol contaminado, cortes o penetración de algún objeto oxidado como clavos, anzuelos, cuchillas oxidadas y mordeduras de perros. El periodo de incubación del tétanos va de 24 horas a 54 días. El periodo promedio es de unos 8 días.

No existe inmunidad natural y el haber padecido la enfermedad tampoco confiere protección, por lo que a parte de medidas higiénicas, la inmunización, mediante la vacunación, es la única forma de prevención de la enfermedad. La pauta completa (tres dosis) confiere inmunidad en el 99% de los vacunados. Los títulos protectores disminuyen con el tiempo pero persisten al menos durante 10 años desde la última dosis, por lo que es imprescindible asegurar la primovacuna en adolescentes y adultos así como la revacunación a lo largo de la vida.

Nuestra Zona Básica de Salud es una zona rural con un elevado número de personas mayores de 60 años con huertos propios, un elevado % de personas mayores de 70 años con pérdida de equilibrio y de estabilidad y con tendencia a las caídas y un elevado uso del automóvil como medio de transporte dada la ubicación geográfica. Además existe un elevado % de inmigrantes de Marruecos, Argelia y Rumanía y no mencionamos el elevado % de personas que tienen en casa animales mal vacunados.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1.- Sistematizar la vacunación frente al tétanos de las personas mayores de 15 años de la Zona Básica de Salud de Gallur.

2.- Aumentar la cobertura vacunal frente al tétanos de los mayores de 15 años de la ZBS de Gallur

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1.- Obtener el listado de las personas mayores de 15 años con tarjeta sanitaria adscrita al EAP Gallur susceptibles de ser incluidos. En los distintos listados se diferenciarán los que estén completamente vacunados, los que tengan la primovacuna completa, los que tengan alguna dosis de recuerdo y los que no estén vacunados.

Responsables: Administrativos y todos los componentes del equipo

2.- Captación directa en la consulta a través de la Cartera de Servicio del programa informático OMI.  
Responsables: los componentes del equipo.

3.- Captación directa en el Servicio de Urgencias a través de la Cartera de Servicio del programa informático OMI.  
Responsables: los componentes del equipo

4.- Elaboración y difusión de una hoja y carteles informativos con el consejo de vacunación y el esquema temporal para su administración.  
Responsables: los componentes del equipo

5.- Obtención de los indicadores y evaluación de los mismos.  
Responsables: los componentes del equipo

6.- Elaboración de propuestas de mejora de la actividad y de su continuidad en el tiempo.  
Responsables: los componentes del equipo

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. Vacunación 1 dosis: (Nº de personas vacunadas con 1 dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) \* 100

2. Vacunación 2 dosis: (Nº de personas vacunadas con 2 dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) \* 100

3. Vacunación 3 dosis: (Nº de personas vacunadas con 3 dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

189

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS DE LOS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GALLUR**

\* 100

4. Vacunación 4 dosis: (Nº de personas vacunadas con 4 dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) \* 100

5. Vacunación 5 dosis: (Nº de personas vacunadas con 5 dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) \* 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 01/04/2013

FINALIZACIÓN: 31/12/2014

Actividad 1: abril 2013

Actividades 2 y 3: mayo a diciembre 2013

Actividad 4: abril, mayo y junio 2013

Actividades 5 y 6: enero 2014

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

111

**VACUNACION SISTEMATICA DE HEPATITIS A DE LOS NIÑOS CON VIAJES FAMILIARES A MARRUECOS Y ARGELIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESPERANZA SAEZ DE ADANA PEREZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS GALLUR
- Localidad ..... GALLUR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHICOTE ABADIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- ESPINACH LOSADA ALICIA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ CUARTERO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
- LORENZO RAMIREZ MARIA DACIL. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hepatitis A es una enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Se transmite por la ingesta de alimentos o bebidas contaminados o por contacto directo con una persona infectada por el virus. Se asocia a la falta de agua salubre y a un saneamiento deficiente. Según la OMS en 2012, cada año se registran aproximadamente 1,4 millones de casos en todo el mundo, siendo una de las causas más frecuentes de infección de transmisión alimentaria. Las epidemias se pueden propagar de manera explosiva y causar pérdidas económicas considerables. Se considera que las mejoras del saneamiento y la vacunación contra la hepatitis A son las medidas más eficaces para combatir la enfermedad.

Los patrones epidemiológicos presentados por el CDC en 2012 clasifican los países en función de la prevalencia de anti-VHA en países de endemia alta, intermedia, baja o muy baja. España se situaría en el grupo de prevalencia estimada muy baja mientras que Marruecos y Argelia estarían en el grupo de prevalencia intermedia.

El Ministerio de Sanidad y consumo del Gobierno de España recomienda vacunarse de hepatitis A para viajar tanto a Marruecos como a Argelia (<http://www.msc.es/sanitarios/consejos/recomendacion/iniciar.do>).

En nuestra Zona Básica de Salud hay un significativo número de menores que periódicamente viajan de vacaciones a sus lugares de origen familiar en Marruecos y Argelia, con el consiguiente riesgo de contraer una hepatitis A durante su estancia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Sistematizar la vacunación de hepatitis A de los niños cuyas familias sea potenciales viajeras a Marruecos y Argelia, logrando de esta manera un aumento en la cobertura vacunal de este grupo susceptible.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Obtener un listado de niños con edad menor o igual a 14 años susceptibles de ser incluidos, a partir de la explotación de los datos del programa informático OMI y de los listados de tarjeta sanitaria.

Responsable: M<sup>a</sup> Esperanza Sáez de Adana

2.- Elaborar una hoja con el consejo de vacunación y el esquema temporal para su administración.

Responsable: M<sup>a</sup> Esperanza Sáez de Adana

3.- Captación de los menores susceptibles en las revisiones del programa del niño sano de los 12 meses, 15 meses, 18 meses y 2 años.

Responsables: todo el grupo

4.- Captación de los mayores de 3 años de forma personalizada

Responsables: todo el grupo

5.- Vacunación de los menores susceptibles y registro en su libro de salud y en el programa informático OMI.

Responsables: Begoña Chicote, Alicia Espinach, Elena López, Dácil Lorenzo

6.- Obtención de los indicadores

Responsable: M<sup>a</sup> Esperanza Sáez de Adana

7.- Evaluación del resultado de la actividad tras el análisis de los indicadores y del proyecto de mejora en su conjunto

Responsables: todo el grupo

8.- Elaboración de propuestas de mejora de la actividad para el periodo del 01/01/2014 al 01/12/2014.

Responsables: todo el grupo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) CAPTACIÓN (%) = (Número de niños con constancia escrita de haber sido informados/Número total de niños susceptibles de ser vacunados) \* 100

2) VACUNACIÓN COMPLETA (%) = (Número de niños vacunados con 2 dosis de hepatitis A/Número total de niños incluidos susceptibles de ser vacunados) \* 100

3) VACUNACIÓN INCOMPLETA (%) = (Número de niños vacunados con 1 dosis de hepatitis A /Número total de niños incluidos susceptibles de ser vacunados) \* 100

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

111

**VACUNACION SISTEMATICA DE HEPATITIS A DE LOS NIÑOS CON VIAJES FAMILIARES A MARRUECOS Y ARGELIA**

Nota: se descontarán de los indicadores de vacunación aquellos niños que a pesar de pertenecer al grupo de susceptibles no hayan cumplido 12 meses en el momento de la obtención de los indicadores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 1/4/2013

CRONOGRAMA:

Actividades 1 y 2: abril 2013

Actividades 3, 4 y 5: mayo a diciembre 2013 incluidos

Actividad 6: diciembre 2013

Actividades 7 y 8: enero 2014, después de lo cual se continuarán las actividades 3, 4 y 5 hasta el 31/12/2014.

FINALIZACIÓN: 31/12/2014

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Inmigrantes

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

177

**MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA - CONTINUACION DE 2011**

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA  
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GASTON FACI ANA. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA  
· PEREZ VILLUENDAS ISABEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA  
· PASCUAL RUBIO OLGA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA  
· MELUS GUTIERREZ ANGEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA  
· MEDRANO GONZALO ANDRES. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA  
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA  
· CLAVERO CHUECA DIANA. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sector Sanitario de Zaragoza III tiene una población de 306.200 TIS. Un 13 % de la población es menor de 15 años. La población inmigrante en el Sector III es de un 15,26 %. La mayoría de ellos son de Rumania ( 14 , 29 % ), los procedentes del Magreb : Marruecos con un 12,63 % y Argelia con un 10,08 %, posteriormente Centro y Sudamericanos,, y finalmente otras procedencias como Bulgaria . En la ZBS de la Almunia la población inmigrante es de 29,95 %. Actualizando la población infantil por TIS a fecha de 1Marzo del 2013 ,se distribuye aproximadamente, según datos del Sector III, de la manera siguiente, aclarando que en las poblaciones de Almonacid y Alpartir, algunos niños de 14 años no están incluidos en este corte  
Almonacid : 5  
Alpartir: 37  
Calatorao. 418  
Ricla: 426  
La Almunia: 1395

Las características de la población infantil de esta ZBS de La Almunia ,dificulta este abordaje, como a continuación exponemos:

- Dificultad del idioma, la población flotante, diferentes calendarios de vacunación según países y según diferentes comunidades autónomas de España.
- Completar registro de OMI actualizando registros de HC de papel y cartillas de vacunación con soporte de papel
- Actualizar registro completo de vacunación Triple vírica y Meningitis C según edad en inmigrantes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Una vez concluido la primera parte del estudio , se mejoraron todos los indicadores esperados :  
El porcentaje de cobertura de Vacunación Infantil de 0-14 años El indicador inicial era un 79,40 % , el esperado un 85 % y el logrado un 97,40 %  
El porcentaje de niños inmigrantes de 0-14 años con triple vírica completa para su edad, el esperado era un 50 % y se alcanzó un 76,56 %.  
Porcentaje de niños de 14 años correctamente vacunados el esperado era de un 95% y se logró un 98,73

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mantener la mejora de la cobertura de la Vacunación Infantil de nuestra Zona Básica de Salud.

- Mejora del porcentaje de Primo vacunación en población de 7 a 13 meses.
- Revisar las vacunaciones de los niños de 6 años.
- Revisar inmunización frente a varicela a los 12 años de edad y 14 años de edad.
- Revisar las vacunaciones de los niños de 14 años de nuestra Zona de Salud.
- Completar vacunaciones de población inmigrante, en los que no se pone de rutina determinadas vacunas.: triple vírica y meningitis C.

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. En los consultorios de Ricla y Calatorao, dado que las coberturas vacúnales en población infantil eran discretamente inferiores y no se dispone de personal de enfermería pediátrica exclusiva, se realizará una revisión manual de las cartillas de vacunación Infantil obtenidas a través de los colegios.

3- Revisión del Calendario de Vacunaciones, a los niños de 14 años, que realizan la Revisión Escolar en Instituto o Colegio de Salesianos en días previos prefijados.

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

5- Revisión de la primo vacunación de la población de 7 a 13 meses de edad.

6- Revisión de calendarios vacúnales a los 6 años de edad

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

177

**MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA – CONTINUACION DE 2011**

7- Revisión del registro a los 12 años y 14 años de edad de inmunización frente a varicela bien por historia clínica de papel o bien por registro en OMI.

8- Registro de Triple Vírica completa en inmigrantes según edad.

9- Registro de vacunación de meningitis C en inmigrantes.

10- Evaluación de resultados obtenidos.

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: 98%

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

Resultado Actual 97,4%

INDICADOR :Porcentaje de población de 7 a 13 meses que ha recibido las dosis de las vacunas correspondientes a los 6 primeros meses de vida

ACLARACIÓN:Se considerará vacunación correcta (3DTP, 3VPI, 3VHB, 3Hib, 2 MC).

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR:95 %

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

Resultado Actual Desconocido

INDICADOR : Porcentaje de niños de 6 años correctamente vacunados

ACLARACIÓN :Que se les haya realizado la revisión de los 6 años

Se realizar un corte a todos los niños que han cumplido 6 años en el periodo de estudio

EXCEPCION.: Ninguna

ESTANDAR: 75%

Resultado Actual Desconocido

INDICADOR: Porcentaje de niños de 12 y 14 años bien inmunizados frente a varicela.

ACLARACION:

Se realizara a los niños que hayan cumplido 12 años en el periodo de estudio y a los 14 años en su revisión escolar.

Inmunizados por pasar la enfermedad o por vacunarse frente a varicela

EXCEPCION: En Ricla y Calatorao se valorará solo los niños que han acudido a la revisión de 11 años.

ESTANDAR: 50%

Resultado Actual Desconocido

INDICADOR: Porcentaje de niños de 14 años correctamente vacunados.

ACLARACIÓN: Se excluirán los que no firman autorización de la vacunación de los 14 años

EXCEPCIÓN: Se excluirán del listado los niños que no vienen ese día a la revisión escolar

ESTANDAR: 98,73%

Se obtendrá del listado de la Revisión Escolar

Resultado Actual 98,73%

INDICADOR: Porcentaje de niños inmigrantes con Triple Vírica completa.

ACLARACIÓN: Niños menores de 6 años 1 dosis y mayores de 6 años dos dosis

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 80%

Resultado Actual 76,56%

INDICADOR:

Porcentaje de niños inmigrantes con Vacunación de Meningitis C

ACLARACIÓN:

Menores de 2 años de 1 a 3 dosis y mayores de 2 años 1 dosis

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 50%

Resultado Actual desconocido

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 1 DE ENERO DE 2013

FINALIZACIÓN: 30 DE JUNIO DE 2014

actividad año:2013

año: 2014

ene feb

mar abr

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

177

## 1. TÍTULO

## MEJORA DEL PROGRAMMA DE VACUNACION INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA – CONTINUACION DE 2011

act 2	X		X		X		X		X		X		X
X	X		X		X		X		X		X		X
act 3													
X													
act 4	X		X		X		X		X		X		X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
act 5	X		X		X		X		X		X		X
X	X		X		X		X		X		X		X
act 6	X		X		X		X		X		X		X
X	X		X		X		X		X		X		X
act 7	X		X		X		X		X		X		X
X	X		X		X		X		X		X		X
act 8	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X
X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X
act 9	X		X		X		X		X		X		X
X	X		X		X		X		X		X		X
act													

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

365

**PROGRAMA DE MEJORA DE LA VACUNACION ANTITETANICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA**

2. RESPONSABLE ..... SILVESTRE GARCIA LISON

- . Profesión ..... ENFERMERIA
- . Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- . Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- . Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . ABENGOCHEA COTAINA BELEN. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- . ANDREU GRACIA SERGIO. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- . CORAO RUIZ BELEN. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- . LABORDA CEBRIAN CARMINA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- . PASCUAL RUBIO OLGA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- . RIVERO SANZ OLGA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- . SORIA ROSEL LAURA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tétanos es una enfermedad infecciosa con una baja morbilidad y una alta letalidad, que cuenta con una vacuna eficaz, segura y barata como principal abordaje para reducir su incidencia.

A partir de la introducción de las campañas de vacunación iniciadas en 1965, y ampliadas posteriormente, se han conseguido coberturas vacunales mayores del 90%, como demuestran los estudios de seroprevalencia, así las cohortes por encima de 1972, mantienen cifras de títulos de anticuerpos de 92.4 a 97,8%, a medida que nos acercamos a las cohortes más recientes. Sin embargo en los adultos las cifras de vacunación completa es escasa, como se demuestra que los títulos de anticuerpos en las cohortes por debajo de 1966, descienden a un 54,6%, aunque es probable que las cohortes de mujeres nacidas en 1965, con una escolarización normal, y los hombres nacidos desde 1954, que pudieron ser vacunados en la escuela y luego en el ejército, estén protegidos.

Todo lo anterior explica el desplazamiento de los casos a los mayores de 60 años, y sobre todo mujeres, así el 65.5% y el 96.9% de las muertes en nuestro país se produzcan en mayores de 60 años.

En nuestro Centro de Salud, en la evaluación de la Cartera de Servicios 2011, había una cobertura de 16.8%, que posiblemente traduzca principalmente, la no traslación de datos existentes de las Fichas de papel de Vacunaciones al OMI, así como registros sueltos, y no incorporar la investigación de la vacuna, cuando la persona acude a consulta, y solo preguntarle, cuando ocurre alguna herida.

Ante todos hechos, hemos decidido desarrollar este ciclo de mejora, con la intención de aumentar la cobertura a nivel global, y en particular ver la cobertura en mayores de 65 años, por ser esta la población con mayores posibilidades, de no tener títulos de anticuerpos elevados, aunque en algunos estudios el 65% cuya VAT era desconocida o no aplicada tenían anticuerpos positivos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

Conocer el porcentaje de vacunación antitetánica en la población mayor de 65 años.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Presentación del Ciclo de Mejora

2.- Realización del Ciclo de Mejora, para lo que se desarrollará, las siguientes acciones :

- Investigación de toda persona que acuda a consulta
- Revisión de Fichas de Vacunación de papel, así como de las fichas antiguas, procedentes de Pediatría, e introducir las en OMI.
- Captación en Urgencias, cuando se acuda para atención de heridas.
- A todo paciente se le imprimirá el estado de su VAT.

3.- Recogida de resultados-Evaluación en Septiembre 2014.

- El primer indicador se obtendrá, de la información remitida desde el sector III, de la cartera de servicios.
- El segundo indicador, se obtendrá, por muestreo de números aleatorios

Los responsables, serán los componentes de Enfermería de la Zona Básica de Salud La Almunia de Doña Godina

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR: Porcentaje de población mayor de 14 años con vacunación antitetánica correcta.

ACLARACION: Se seguirán las recomendaciones del Documento del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicado en el 2009, incluidas en el Anexo 1 y 2 de dicho documento. Así como las recomendaciones añadidas, para mayor clarificación, que se contemplan en el Anexo 1 de este control de calidad.

EXCEPCIÓN:Ninguna  
ESTANDAR: 30%

INDICADOR: Porcentaje de población mayor de 65 años correctamente vacunada

ACLARACIÓN: Se seguirán las recomendaciones del Documento del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicado en el

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA DE MEJORA DE LA VACUNACION ANITETANICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA**

2009, incluidas en el Anexo 1 y 2 de dicho documento. Así como las recomendaciones añadidas, para mayor clarificación, que se contemplan en el Anexo 1 de este control de calidad.

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 30

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 1 DE ABRIL DE 2013

FINALIZACIÓN : 30 DE SEPTIEMBRE DE 2014

actividad	año: 2013												año:2014					
act	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

283

**PROYECTO DE MEJORA PARA EL CONTROL Y MANTENIMIENTO DE SALA DE URGENCIA,  
DEL MATERIAL Y MALETIN DE URGENCIAS DE CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA. SECTOR III ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA  
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· RUBIO GUTIERREZ ISABEL. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA  
· OLLETA MARCO CARMEN. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA  
· ROMAN AHIJADO MARIA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA  
· CAMON CORTES RAQUEL. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA  
· TORRES TRASOBARES MARIA LUISA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA  
· LOZANO JOSA SUSANA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA  
· HIGUERAS SANJUAN PAULA. PEDIATRA. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La revisión sistematizada del material de sala de urgencias y maletín del coche , garantiza la disponibilidad y buen estado del mismo en el momento de su uso, mejorando la eficacia y la seguridad de los pacientes .

En la actualidad cada miembro del equipo revisa su maletín según su criterio .

la falta de estabilidad profesional del personal sanitario , la precariedad de las instalaciones (sala de urgencias con doble uso como consulta )el déficit de mobiliario (ausencia de gavetas , cajoneras , carro de parada ,etc) dificulta el control adecuado .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la atención al paciente (en calidad y rapidez) en situaciones de urgencia.

Disponer de todos los medios a nuestro alcance de forma segura y práctica.

Ausencia de material caducado o defectuoso en sala de urgencia y maletín de urgencia  
Disminuir el gasto sanitario , evitando duplicidad de material .  
Continuar con la actividad de forma permanente si el programa resulta de utilidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar listado de contenido mínimo con fechas de caducidad

Establecer la Periodicidad de la revisión (según las recomendaciones establecidas en el sector ) con responsables de la misma.

Libro de registro de revisiones e incidencias .

Ubicación correcta de material

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de revisiones correctas /total de revisiones , estandar 90% ( lo obtiene el equipo de mejora del libro de registro)

Material caducado estandar= 0

Nº de incidencias registradas (obtenidas por equipo de mejora del libro de registro)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio programa 1 Mayo de 2013 , finalización Diciembre 2013.

Mayo -Junio elaborar listados y establecer la periodicidad de la revisiones .

Julio a Diciembre puesta en marcha del programa y registro de la actividad y consenso en la solución de posibles eventos indeseables.

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

283

PROYECTO DE MEJORA PARA EL CONTROL Y MANTENIMIENTO DE SALA DE URGENCIA,  
DEL MATERIAL Y MALETIN DE URGENCIAS DE CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA. SECTOR III ZARAGOZA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

293

**PROYECTO DE MEJORA PARA LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS EN EL  
DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPOC EN CS MARIA DE HUERVA  
SECTOR III**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MODREGO JIMENEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA  
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FRANCO PORTERO MARINO. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- BUIL LANGARICA SUSANA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ MARTIN CARLOS. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- OLLETA MARCO CARMEN. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- DEL POZO PARA ESTHER. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- CANDIAL HERNANDO LAURA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- SAGRARIO CASTILLO SALABIA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La realización de espirometria resulta imprescindible para el diagnostico y seguimiento de EPOC (GesEPOC)

La EPOC supone la 4º causa de mortalidad , presenta una prevalencia poblacional del 10 %, y un riesgo absoluto en fumadores 25-30%, (GesEPOC)

En nuestra zona de salud ,la ausencia de espacios adecuados , y el no disponer e personal entrenado a dificultado la realización de espirometria con el consiguiente infradiagnostico de EPOC como manifiestan los resultados de la evaluación de cobertura de cartera de servicios .

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en el diagnostico y seguimiento de paciente con EPOC

Aumentar la cobertura de EPOC

Introducir la espirometria entre las pruebas que pueden realizarse en el centro de salud cuando exista indicación para la misma

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar normas para la realización de espirometria e indicaciones de la misma

Hoja de registro para las espirometrias realizadas

Protocolo mantenimiento de espirometro

Sesiones de formación de profesionales en realización de espirometrias

Sesiones de formación para la interpretación de espirometrias

sesión clinica de divulgación de Ges EPOC

los responsables de realizar las tareas son los miembros del quipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nª de espirometrias realizadas ( se obtiene de las hojas de registro , por miembros del Equipo de Mejora)

Nº se sesiones formativas (al menos tres )(se obtienen del registro de sesiones clinicas existente en el centro por el E de Mejora )

Protocolo elaborados

Aumentar un 10% (sobre la actual) la cobertura de pacientes con EPOC (Se obtiene de los datos de evaluación de cartera de servicios

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio mayo de 2013

Finalización diciembre 2013

Sesiones mayo de 2013

Elaboración de normas y protocolos junio de 2013

Realización de espirometrias de Julio a Diciembre 2013

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

293

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS EN EL  
DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPOC EN CS MARIA DE HUERVA  
SECTOR III

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

301

## 1. TÍTULO

**BLOG CENTRO DE SALUD OLIVER: PROMOVRIENDO LA UTILIZACION ADECUADA DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y COMUNITARIOS DE UNA ZONA BASICA DE SALUD**

## 2. RESPONSABLE ..... CARMEN BELEN BENEDE AZAGRA

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ BURGOS BEATRIZ. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- VALIENTE LLORENTE BELEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- LALANA JOSA PILAR. PEDIATRA. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- OLIVEROS BRIZ TERESA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ SANCHEZ CLARA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- ACOSTA ROZA MAYRA. MIR. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- HERRERO LONGAS RAUL. MIR. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud Oliver atiende una población de 15.677 usuarios a través de 12 consultas médicas de pediatría y medicina de familia, consultas de trabajo social y matrona. La población del barrio y la cobertura de las necesidades en el ámbito de la salud adquieren tintes diferenciales en relación con otras zonas básicas de salud del Sector Sanitario. El barrio Oliver es una zona consolidada al suroeste de la ciudad. Se trata de un barrio de fuertes contrastes sociales, debido a la llegada de nuevos vecinos, provenientes de otras zonas de la ciudad, con distintos niveles adquisitivos, y de inmigrantes y a la permanencia en el barrio de su población tradicional, de la que destaca un fuerte número de población gitana con problemáticas de salud muy específicas. Un barrio con gran y rica mezcla social y económica. Un barrio que no merece desatención debido a la frágil convivencia que podemos encontrar en algunas zonas del mismo. El centro de salud como un espacio público más no es ajeno a todo lo descrito. El Centro de Salud es un recurso muy importante de la Comunidad a la que atiende y así se recogen en el Diagnostico Estratégico del Barrio Oliver elaborado en el 2010. En el mismo se objetiva que en muchas ocasiones el centro sanitario y sus servicios no son utilizados de la forma más adecuada o sin existir una necesidad real. En muchas ocasiones la utilización del recurso ha generado situaciones también conflictivas (el centro de salud esta dotado de un guardia de seguridad) que genera mucho malestar tanto en profesionales del mismo como en ciudadanos. Así mismo los profesionales que en el centro trabajan vienen percibiendo que muchas veces los pacientes no acuden a la cita concertada ni la anulan (lo que se traduce en que otros pacientes tengan que esperar de 1 a 4 días). Otros vecinos llegan a diario para ser atendidos sin tener cita previa y en un elevado porcentaje de los casos, los motivos no están justificados, ya que podrían esperar a recibir asistencia por la vía ordinaria. Tampoco muchos de los casos que se atienden en atención continuada son urgentes. Estos datos constatan el mal uso de los recursos --universales, pero no ilimitados--, lo que amenaza la sostenibilidad del sistema sanitario. Como trabajadores y profesionales del servicio sanitario somos conscientes de los derechos y deberes de los profesionales y usuarios del Sistema de Salud Aragonés descritos en la Ley 6/2002 de salud de Aragón (BOE n. 121 de 21/5/2002) , y creemos que en esta época que estamos viviendo, es prioritaria la correcta utilización de los recursos públicos de salud y es por ello que planteamos este proyecto de calidad para trabajar en el intento de mejora de la corresponsabilidad de los ciudadanos y profesionales para que se cuiden instalaciones y equipos y se utilicen de manera adecuada y responsable, respetando la normativa y horarios del Centro, utilizando racionalmente recursos y prestaciones sanitaria. Desde hace meses se están llevando a cabo acciones en el centro de salud en esta dirección. Y ahora lo que se propone es la creación de una herramienta informática en formato de blog del centro de salud Oliver para difundir a través de una guía los recursos de la Atención Primaria (servicios, horarios, profesionales...), para informar de los perjuicios de su mal uso, para que se aprenda a dar solución a los problemas sin necesidad de acudir al centro de salud y para promover un estilo de vida sano que prevenga las enfermedades. También se pretende que la información sobre los recursos no se reduzca únicamente a la asistencia (a la que se dedica el 90% del tiempo), sino que se aborden aspectos sobre prevención, promoción de la salud y la participación comunitaria. Así mismo se pretende que sea un canal de información directo con la comunidad a la que se atiende.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Que los usuarios dependientes del centro de salud conozcan mejor la organización del Centro de salud haciendo una mejor utilización de sus prestaciones e instalaciones.

- Difundir actividades que se realicen desde el centro de salud en relación a autocuidado, grupos de apoyo, educación para la salud y otras actividades de prevención y promoción de la salud.
- Difundir información de interés para grupos de usuarios: visitas programadas de salud infantil, calendario vacunal, atención temprana, vida sana, prevención del sedentarismo, taller de estimulación cognitiva, actividades para mayores, etc.
- Que los profesionales sanitarios conozcan los recursos comunitarios del barrio para poder derivar a sus pacientes (centro comunitario, comedor social, programas sociales, servicios sociales, actividades de otros recursos públicos y privados del entorno.
- Acercar a los profesionales sanitarios el concepto de prescripción social.

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 elaboración del Blog. Difusión del proyecto y difusión de las mejoras que se esperan conseguir entre profesionales y comunidad.

- Técnicas de investigación cualitativa para perfilar las secciones e información

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

301

**BLOG CENTRO DE SALUD OLIVER: PROMOVRIENDO LA UTILIZACION ADECUADA DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y COMUNITARIOS DE UNA ZONA BASICA DE SALUD**

- Elaboración del Blog ( Carmen Belén Benedé y Belén Valiente) creación, distribución de los distintos apartados, contenidos y secciones del mismo.

- M<sup>a</sup> Pilar Lalana: Pediatría
- Belén Valiente: Admisión, tarjeta sanitaria. Acceso a prestaciones sanitarias.
- Beatriz Martínez: Trabajo Social, Prestaciones Sociales, Mesas de Agentes del Barrio. Oferta Sociosanitaria y servicio Sociales del barrio Oliver, Recursos de la comunidad.
- Teresa Oliveros y Clara Sanchez: Enfermería, servicios de Atención a la mujer, embarazo y lactancia. Recursos de la comunidad.
- Carmen Belén Benedé, Mayra Acosta, y Raúl Herrero: Medicina de Familia. Salud Pública. Promoción de la salud.

- Sesión bimensual presentando al resto de profesionales interesados el recurso (blog) elaborado.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación del blog: SI/NO**

Nº de pots creados en 1 año

Nº de visitas al blog realizadas en 1 año.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013- Mayo 2013: Reuniones previas con el equipo de mejora y con el equipo. Evaluar y recoger necesidades de información concretas sobre recursos del centro de salud e información del mismo así como recursos comunitarios. Distribución de tareas y responsabilidades. Creación de secciones. Búsqueda de información

Mayo-Junio 2013: Creación del Blog. Dotación de contenidos. Presentación en el Consejo de Salud y en la Mesa de Agentes del Barrio Oliver.

Septiembre- Octubre- 2013 Puesta en marcha del Blog y revisión del mismo. Elaboración y puesta en común con el equipo de mejora. Sesiones con todo el equipo del centro de salud para propuestas de mejora continuas.

Octubre 2013 -Diciembre 2013 Enero y febrero 2014 : Funcionamiento del Blog.

Marzo 2014: Medida de indicadores y evaluación final. A partir de entonces "Plan de ciclo continuo de mejora": Revisión y actualización de las secciones e información cada dos semanas por parte de dos miembros responsables, uno de la sección administrativa del centro y otro de la sección sanitaria. Ambos del equipo de mejora. Establecimiento de los cauces para facilitar la información en el Blog y el aporte de la misma de todos los profesionales del centro que quieran. Esta estrategia se engloba dentro de el ciclo de calidad destinado a mejorar el uso de los recursos sanitarios que ya se empezó con el proyecto aprobado y desarrollado anteriormente en nuestro centro orientado a disminuir la hiperfrecuentación pediátrica del C.S Oliver. "Elaboración de protocolos comunes para mejorar la atención de urgencias pediátricas en el Centro de Salud de Oliver y coordinación con personal de Atención continuada. Primera estrategia para disminuir la hiperfrecuentación en pediatría.

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

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

298

## 1. TÍTULO

**CARPETA VIRTUAL DE PEDIATRÍA COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS CONSULTAS DEL CENTRO DE SALUD OLIVER**

2. RESPONSABLE ..... PILAR LALANA JOSA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS OLIVER  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CARO REBOLLO JOSEFINA. PEDIATRA. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA  
· BELTRAN LACORT FEDERICO. PEDIATRA. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA  
· HERRERO ALONSO SUSANA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA  
· VILLANOVA MUNIESA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA  
· GALINDO RUBIO CARLOS. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Internet permite a los padres un acceso rápido y fácil a dudas que puedan tener sobre la salud de sus hijos. Frente a esta facilidad, se tiene el riesgo de acceder a una información errónea o de escasa calidad. Los protocolos y recomendaciones pueden sufrir cambios y modificaciones que deben ser aplicados en las consultas por todos los profesionales implicados en la atención de los niños. La fácil accesibilidad a la información a través de internet y lo rápido que cambia esta información, puede hacer que cada profesional en nuestras consultas afrontemos esta demanda de información de una manera que puede diferir de unos a otros. Para conseguir que la información que se transmita a los padres sea rigurosa, homogénea, actualizada y completa se pretende elaborar una carpeta virtual con contenido de educación para la salud para padres, protocolos de actividades preventivas, direcciones web de interés y recursos en la red, consensuada y conocida por todo el equipo de pediatría y en permanente actualización y ampliación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Que el 100% del equipo de pediatría tenga acceso desde su ordenador a una carpeta de "Pediatría virtual" que contenga protocolos, hojas de consejos para padres, direcciones web de interés, etc que puedan ser de utilidad como material de educación para la salud de padres.  
- El 100% contenido de la carpeta ha debido ser consensuado por todo el equipo.  
- Toda modificación de contenido o introducción de nuevo contenido debe ser conocido y consensuado por todo el equipo de pediatría.  
- El material introducido en la carpeta será el único utilizado en consulta para evitar errores y diferencias entre profesionales y así evitar variabilidad en la práctica clínica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesión informativa y formativa de los componentes del equipo de mejora para puesta en común de material utilizado por cada uno y distribución del contenido que se ocupará cada profesional. Pilar Lalana.  
- Creación en dropbox de una carpeta compartida a la que tendrán acceso todos los componentes de equipo.  
- Revisión y actualización de hojas informativas para padres utilizadas en programa salud infantil: Susana Herrero, M José Villanova.  
- Revisión y actualización de hojas informativas para padres sobre actividades preventivas: Josefina Caro y Carlos Galindo  
- Revisión y actualización de hojas informativas para padres sobre patologías: Pilar Lalana y Carlos Galindo  
- Listado de direcciones útiles y de interés para padres: Federico Beltrán y Carlos Galindo  
- El consenso de cada material se realizará vía correo electrónico aceptando o no cada documento que vaya a incluirse en carpeta. En caso de no acuerdo o necesidad de consensuar, se propondrá reunión por parte de cualquier miembro del equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación de carpeta compartida en dropbox: SI/NO

Nº de documentos consensuados/nº de documentos totales x 100. A cada archivo se le llamará de una manera que permita conocer su contenido y se pondrá fecha de consenso para posteriores revisiones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013: Cada profesional recopila material informativo para padres que habitualmente utiliza en consulta para puesta en común con el resto de componentes del grupo de mejora. Mayo-Junio 2013: Reunión del grupo. Distribución de tareas y valoración de material disponible para su consenso. Septiembre- Octubre-Noviembre-Diciembre 2013 Puesta en común y aceptación de documentos vía correo electrónico. Enero, febrero, marzo y abril 2014 : Material nuevo y consenso vía correo electrónico.

A partir de entonces "Plan de ciclo continuo mejora": Revisión y actualización de los contenidos una vez al año. Cualquier componente del equipo y en cualquier momento puede aportar documentación nueva a la que haya podido tener acceso y que considere interesante su inclusión en "Pediatría virtual" previo consenso con el resto de componentes.

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

298

**CARPETA VIRTUAL DE PEDIATRIA COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LAS CONSULTAS DEL CENTRO DE SALUD OLIVER**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

107

**PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES HERRERO GIL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ CABALLERO BONA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- LABORDA EZQUERRA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ GUZMAN TERESA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- MILLAN RUIZ CARLOS. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- MARIN MURILLO PILAR. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN GRACIA GLORIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ MOLINER MARIA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Aragón ha crecido la obesidad infantil un 4% en 10 años. En la actualidad 1 de cada 3 niños está por encima de su peso ideal. Según Ministerio de Sanidad el 99% de Obesidad infantil es nutricional. Los niños obesos mayor posibilidad de padecer DM,HTA,Enf cardiovascular,dislipemia, obesidad en edad adulta. En C.S.SÁDABA hay 345 niños ( 0 a 14 años),no disponemos de datos del número de obesos. La información la recogeríamos de OMI.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detección precoz de sobrepeso y obesidad infantil. Identificación de factores de riesgo asociados a obesidad. Promover hábitos nutricionales en medio familiar,escolar y comunitario. Promover actividad física regular en escolares. Sensibilizar a los miembros del equipo para impulsar la detección sistemática de obesidad y sobrepeso infantil. Promover la lactancia materna

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cita programada a todos niños de 0 a 14 años para realizar la toma de peso y talla para el calculo del IMC.(por enfermeras y médicos)  
Niños con IMC > 25 (sobrepeso) o >30(OBESIDAD): ANAMNESIS :(por medicos)  
Tipo lactancia,HC traumatismos,IQ,enf que obligan a periodos largos de reposo,  
Activ física,tipo de deporte,  
Caracter,relaciones familiares,escolares,  
Rendimiento escolar,aceptación del propio cuerpo por el,compañeros y familiares.  
Anotar peso progenitores y hermanos(habitos) y antec familiares HTA,DM,gota,obesidad ,ECV.

EXPL FÍSICA :p. abdominal, TA,ACP,pulso.  
EXPL COMPLEN:

analitica, glucosa, metab lipidos,h.tiroideas, ac úrico. .  
Dar pautas de alimentación y actividad física.  
Controles de peso cada 3 sem por enfermera y cada 5 por médico.  
Charla a padres para promover alimentación y vida saludable.  
Charlas a niños sobre alimentos y juegos.  
Administrativa se encargara de sacar listados de niños de cada profesional.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° OBESOS C.S.Sádaba DE 0 A 14 años/Total niños C.S.Sadaba X 100

Niños obesos con 1 o más factores de riesgo/total niños obesos X 100

N° niños obesos que desciende mínimo un 10% IMC en mayo 2014/ N° niños obesos en mayo 2013 x 100

LOS DATOS LOS IREMOS SACANDO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL OMI

LOS NIÑOS OBESOS HAREMOS LISTADOS CADA CUPO PARA IR HACIENDO LOS CONTROLES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Del 1 de mayo 2013 al 1 mayo 2014

Mayo y Junio realizar IMC a todos niños (los que este en historia clinica de ese mes o anterior no es necesario)  
A partir de Junio ir citando a niños con sobrepeso y obesos para realizar anamnesis,explor física y pruebas complementarias y dar pautas de alimentación y activ física.  
Septiembre charla en colegio, instituto a padres  
Octubre charla a niños y jovenes.  
En agosto ,noviembre , febrero y mayo hacer cortes para ver como van resultados.

11. OBSERVACIONES. Hemos modificado el tramo de edad de estudio. En vez de 0 a 14 años, es de 2 a 16 años YA QUE HEMOS MIRADO BIBLIOGRAFIA Y NO SE VALORA OBESIDAD EN LACTANTES11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

107

**PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL**

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

219

**DIPTICO DETERMINACIONES LABORATORIO**

2. RESPONSABLE ..... GEMMA ZUECO OLIVAN  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS TAUSTE  
· Localidad ..... TAUSTE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· RODRIGO ALVAREZ MAR. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA  
· MOLINES FUERTES HORTENSIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA  
· JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA  
· FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA  
· MARTINEZ RUIZ VICTORIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha detectado en los EAPs dificultad para asociar determinadas pruebas analíticas con su correspondiente tubo y condiciones de extracción

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. EVITAR ERRORES Y AGILIZAR PROCESO EXTRACCIONES

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-CONOCER TODAS LAS DETERMINACIONES QUE SE REALIZAN EN EL LABORATORIO DEL HCU

2.-AGRUPAR POR LABORATORIOS

3.-CRIBADO DE DETERMINACIONES

4.-ELABORAR DÍPTICO

5.-DIFUSIÓN A TODO EL EQUIPO Y A RESTO DE EQUIPOS DEL SECTOR

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración díptico No  
Elabpración Díptico SI

Porcentaje de EAPs con disponibilidad de díptico 0  
EAPs con díptico/ total EAPs del Sector 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Act 1: octubre- noviembre 2012

Act 2:diciembre 2012-enero 2013

Act 3:febrero-marzo 2013

Act 4:abril-mayo 2013

Act 5:junio 2013

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

133

**MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO DEL CS. UTEBO PARA FAVORECER EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA**

2. RESPONSABLE ..... PAULA GARVI SOLER  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS UTEBO  
· Localidad ..... UTEBO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN. PEDIATRA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· MUÑOZ RUIZ ANA. MATRONA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· LOPEZ GOMEZ HELEN JOAN. MIR. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde 1978 la OMS alerta de las bajas tasas de inicio y duración de la LM, siendo reconocido como problema de salud pública.  
La evidencia científica avala la superioridad nutricional de la LM.  
Distintos factores influyen en la disminución de la LM como forma de alimentación del niño: falta de apoyo social, técnicas de comercialización de sucedáneos, prácticas de profesionales sanitarios...  
Uno de los motivos que influye de forma negativa en la instauración y mantenimiento de la LM es la formación inadecuada e incompleta de los profesionales sanitarios. El médico de familia, junto al resto de profesionales de los centros de AP, desempeña un papel fundamental para conseguir una lactancia exitosa y prolongada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Formar y capacitar a todo el personal sanitario vinculado con la asistencia a mujeres que desean lactar, para que ofrezcan orientación eficaz y asesoramiento competente.  
- Proporcionar pautas claras y eficaces a profesionales de la salud para asegurar una buena lactancia en todas aquellas madres que desean lactar.  
- Recomendar y apoyar la lactancia materna el mayor tiempo posible.  
- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en evidencia científica.  
- Unificar la información que reciban las madres lactantes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Realización de un taller de lactancia materna:

- Beneficios de la lactancia materna.
  - Conocer las preocupaciones más habituales de las madres que lactan.
  - Conocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia materna.
  - Mitos y creencias falsos.
  - Cómo actuar ante situaciones especiales (fármacos, enfermedades...)
- 2- Ofrecer información a los profesionales sanitarios sobre la existencia de grupos de apoyo a LM.  
3- Dar a conocer la existencia y funcionamiento de la página e-lactancia.org para consulta de fármacos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Cuestionario para conocer las actitudes y conocimientos de los profesionales en lactancia materna antes de la de puesta en marcha de las actividades  
- Cuestionario para conocer los cambios en actitudes y conocimientos de los profesionales en lactancia materna. Los cuestionarios se harán de forma anónima e individual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Junio 2013 pasar cuestionario para conocer las actitudes y habilidades de los profesionales en lactancia materna.  
- Septiembre/octubre 2013 realizar las actividades programas.  
- Noviembre 2013 pasar cuestionario para valorar las actitudes y conocimientos en lactancia materna, así como, valorar las satisfacción y utilidad de los actividades realizadas.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Lactancia materna

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

162

## 1. TÍTULO

**ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR, AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN PERSONAS CON DIABETES EN EL CS UTEBO**

2. RESPONSABLE ..... PILAR GRAJERA SANCHEZ  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS UTEBO  
· Localidad ..... UTEBO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· GARVI SOLER PAULA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· NAVARRO GOMEZ CARMINA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· LABAT ALCUBIERRE JESUS. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· VILLARROYA LACILLA PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· WERNER CAPARROS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hace un año y medio los ficheros de pacientes que utilizaban tiras reactivas para medición de glucemia capilar, no estaban informatizados. Las tiras las entregaban las Aux de Clínica en algunos casos y en otros los enfermeros. Se pasaron todos los datos a OMI y desde entonces las tiras son entregadas por cada enfermero. Sin embargo hemos observado: 1. Desconocimiento de las necesidades reales de tiras reactivas para la realización de glucemia capilar en pacientes diabéticos de nuestro centro. Esto ha provocado en ocasiones, el no disponer de dichas tiras, en situaciones en las que se precisaban. 2. Frecuencia de autoanálisis, no adecuada al tratamiento farmacológico antidiabético prescrito. 3. Existencia de variabilidad entre los profesionales sanitarios en el consejo de frecuencia de autoanálisis. 4. Pacientes con información deficitaria respecto al objetivo del autoanálisis. 5. Confusión entre los términos autoanálisis y autocontrol

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuación del autocontrol/autoanálisis a los objetivos terapéuticos del paciente diabético en función de su tratamiento, basándonos en las recomendaciones de la SED (Sociedad Española de Endocrinología) y del departamento de Farmacia de nuestro Sector.

Conocer las necesidades reales de tiras reactivas y disponer de ellas en nuestro almacén en todo momento.  
Disponer de un stock de tiras para situaciones imprevistas como descompensaciones, debut diabetes, diabetes gestacional...

Conseguir consenso entre los profesionales médicos y de enfermería a la hora de recomendar autoanálisis/autocontrol a nuestros pacientes diabéticos.

Mejorar la eficiencia respecto al consumo de tiras reactivas en nuestro centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión de las Historias Clínicas de los pacientes incluidos en el servicio de Atención al Paciente Diabético que posean glucómetro, por cada enfermero para adecuarlos al consenso.

2. Registrar siempre en el protocolo de dispensación de material diabético el nº de tiras entregadas a cada paciente.

3. Realización de sesiones de equipo para informar del proyecto y consensuar las necesidades de tiras reactivas y uso de glucómetro por parte de los pacientes diabéticos, en función de su tratamiento y objetivos terapéuticos teniendo en cuenta las recomendaciones de la SED y del departamento de Farmacia de nuestro Sector.

4. Sesiones de enfermería para actualizar los conocimientos sobre los nuevos tratamientos para la Diabetes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de pacientes diabéticos con adecuación de autoanálisis y consumo de tiras reactivas.

2. Nº de pacientes que poseían glucómetro y que no lo precisaban en función de su tratamiento y objetivos de control.

3. Porcentaje de variación acumulado anual del consumo y del gasto de tiras reactivas.

4. Adecuación del stock de tiras reactivas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión de equipo para informar y unificar criterios 16 Abril 2013

Fecha finalización Febrero 2014

Sesiones de enfermería para actualizar conocimientos en Diabetes Abril- Mayo 2013

Reunión de seguimiento de enfermería Junio- Noviembre 2013

Análisis de los datos e información de los resultados obtenidos al equipo Febrero 2014

11. OBSERVACIONES. El presente trabajo nos servirá para conocer la adecuación de nuestro pacto de almacén con respecto al número de tiras suministradas. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

## POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

162

**ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR, AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN PERSONAS CON DIABETES EN EL CS UTEBO**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. EFICIENCIA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

074

**ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA RURAL DEL SECTOR ZARAGOZA III**

2. RESPONSABLE ..... JESUS LABAT ALCUBIERRE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BADIA BENITO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
- BROTO CIVERA ELENA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
- VILLEGAS BLECUA JOSE MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION ENFERMERIA
- MARCO NAVARRO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA R

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SE HA OBSERVADO UNA GRAN VARIABILIDAD EN EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS UTILIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS CURAS Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN (ÚLCERAS POR PRESIÓN). APROVECHANDO LA RECIENTE ADJUDICACIÓN (POR 2 AÑOS PRORROGABLES) REALIZADA POR LA CENTRAL DE COMPRAS DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, SE HA IDENTIFICADO LA NECESIDAD DE MEJORAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE LOS MISMOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN TIPO DE LESIÓN.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. HOMOGENEIZAR Y ADECUAR EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE REALIZARÁ UN CATÁLOGO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES Y SUS INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. DIFUSIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL USO DE ESTOS PRODUCTOS A TRAVÉS DEL CATÁLOGO. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN MEDIANTE ESTUDIO DE RESULTADOS EN SALUD. EVALUAR EL IMPACTO ECONÓMICO DURANTE EL PERIODO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. CATÁLOGO REALIZADO Y PUBLICADO.

NÚMERO DE ENFERMEROS/AS QUE CONOCEN Y USAN EL CATÁLOGO DE ADECUACIÓN DE USO DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA EL CUIDADO/TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL CATÁLOGO REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACTIVIDAD

NÚMERO DE ASISTENTES A LAS SESIONES FORMATIVAS

PORCENTAJE DE PACIENTES CON LESIÓN POR PRESIÓN (ÚLCERA) TRATADA CON EL PRODUCTO SANITARIO ADECUADO (NÚMERO DE

PACIENTES TRATADO CON PRODUCTO SANITARIO ADECUADO \* 100 / NÚMERO DE PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN)

VARIACIÓN DEL GASTO EN PRODUCTOS SANITARIOS INCORPORADOS EN CATÁLOGO RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR (CORTES EN NOVIEMBRE 2013 Y NOVIEMBRE 2014

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. COMIENZO EN JUNIO 2013

REALIZACION CATALOGO JUNIO-JULIO 2013

DIFUSION Y FORMACION SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOV 2013

SEGUIMIENTO RESULTADOS EN SALUD: NOV 2013, ABRIL 2014, NOV 2014

EVALUACION IMPACTO ECONÓMICO: JUNIO 2015

FINALIZACIÓN EN JUNIO 2015

11. OBSERVACIONES. SUPONE UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA ELABORADO POR LA COMISIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS DEL SECTOR ZARAGOZA III, DESAGREGADO POR ÁMBITOS.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

310

**MEJORAR LA COBERTURA DEL SERVICIO DEL PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA ZBS DE UTEBO**

2. RESPONSABLE ..... ANA MUÑOZ RUIZ  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS UTEBO  
· Localidad ..... UTEBO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LOU ARNAL SALVADOR. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· POLO ARNAL ANA MARIA. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· VALGAÑON PALACIOS DAMIAN. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· CID CASTRO RAFAEL. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· IBAÑEZ ESTRELLA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· GRAJERA SANCHEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA  
· CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Un programa de cribado para resultar eficiente debería alcanzar una cobertura poblacional alrededor del 70%, sin embargo a pesar de que el Servicio de Prevención de cáncer de cérvix del SALUD lleva implantado dentro de la Cartera de Servicios un periodo superior a los 15 años, en la práctica totalidad de las ZBS del S ctor III de Zaragoza, no alcanza el 50%, situándose la media del sector en un 38.5%.

En la ZBS de Utebo, esta cobertura es del 36.3%, dato claramente insuficiente que pensamos que es por un registro deficiente de la actividad, por lo tanto, nos planteamos mejorar el registro de citologías así como buscar activamente aquellas mujeres que nunca han sido incluidas en el servicio.

Datos obtenidos a través de registro en OMI con fecha 31/12/11.

Nuestra propuesta va orientada a:

- 1.- Registrar de forma adecuada las citologías realizadas y sus resultados tanto las realizadas en Atención Primaria como en Especializada, de forma que conste en la historia clínica de la mujer dentro del Plan Personal y por lo tanto figuren dentro del Servicio de Prevención de cáncer de cérvix.
- 2.- Identificar aquella bolsa de mujeres a las que no se les ha realizado nunca una citología, ofreciéndoles la posibilidad de participar en el programa.
- 3.- Rentabilizar al máximo los recursos, siguiendo de forma lo más estricta posible los criterios de inclusión, exclusión y periodicidad de citologías según protocolo aprobado por la SEGO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con fecha 31/12/11 la cobertura del Servicio Prevención Cáncer de cérvix en el CS Utebo era del 36.3 %, con 5260 mujeres en rango de edad  
Nuestro objetivo a la finalización del programa de mejora sería del 50 %.

Cuantitativamente puede no parecer un aumento muy significativo, pero hay que tener en cuenta que la población con criterio de inclusión en nuestra ZBS es del 5260 mujeres, por lo tanto un aumento del 14 %, suponen la inclusión en el programa de aproximadamente 740 mujeres por primera vez a las que habría que sumar las que se incorporan al mismo por edad, restando aquellas que estando ya incluidas, salen del mismo. Por lo tanto creemos que a pesar de estar por debajo del 70 % ideal, el 50% es un objetivo realista y posible y muy por encima del que partimos.

7. MÉTODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realización de una sesión clínica con todo el equipo del centro de salud, con el fin de presentar el proyecto de Mejora en la Cobertura del Servicio de Prevención de cáncer de cérvix, así como el propio Servicio de Prevención de cáncer de cérvix.

2. Registro de forma adecuada de todas las citologías realizadas en el Centro de Salud en la HC OMI, dentro del Plan Personal.

3. Registro de forma adecuada de los resultados anteriores de citologías realizadas en este Centro de Salud o a través de los servicios de Ginecología/Obstetricia del HCU o Inocencio Jiménez, así como las realizadas en consulta privada que aporten resultado por escrito, de aquellas mujeres que acuden a la consulta de la matrona del Centro de Salud.

4. Complementar e imprimir la "hoja para la paciente" en el momento de introducir los resultados de citologías, y adjuntar al resultado con la fecha prevista de la siguiente toma según protocolo aprobado por la SEGO.

5. Crear episodio X86 Citología (frotis) Papanicolau Anormal y derivar a consulta Patología Cervical en Inocencio Jiménez los resultados anómalos avisando a la mujer telefónicamente.

6. Entregar la "hoja para la paciente" e informar del resultado y/o tratamiento si precisa, así como del seguimiento del protocolo y próxima citología.

7. Respetar los criterios de inclusión y exclusión de mujeres participantes en el Programa de Cribado de Prevención de cáncer de cérvix así como la periodicidad de las tomas de citologías.

8. Captación activa de mujeres no incluidas en el programa, ofreciendo la posibilidad de inclusión en el mismo.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

310

**MEJORAR LA COBERTURA DEL SERVICIO DEL PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA ZBS DE UTEBO**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1  
Cobertura del servicio de Prevención de Cáncer de Cérvix.  
Nº Mujeres citologías realizadas/Población con criterio de inclusión.  
Obtenido de resultados de Cartera de servicios del Sector.  
Actual. 36.30% Deseado 45 %

Indicador 2  
Conocimiento y cumplimiento por parte de los miembros del EAP de los criterios de inclusión, exclusión, periodicidad y derivación del Protocolo de Prevención de Cáncer de Cérvix.  
Obtenido mediante cuestionario de conocimientos a finalizar el año 2012, 2013 y 2014. Así como de forma indirecta por disminución de derivación o solicitud de mujeres fuera de protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio proyecto: Enero 2012  
Finalización: Diciembre 2014  
Actividades:  
1. Enero 2012  
2-3-4-5-6-7-8. Enero 2012 a Diciembre 2014.

11. OBSERVACIONES. Tan sólo fue necesario, permitir el acceso (modificando el perfil de consulta) por parte de la Matrona a través de Intranet Clínica del HCU a Anatomía Patológica para consultar resultados de citologías, de TODAS las mujeres y no sólo de aquellas que hubieran sufrido una hospitalización en el HCU como ocurría hasta el inicio del proyecto, este acceso, no fue efectivo hasta Abril del 2012.  
Idealmente, sería preciso poder acceder a todos los resultados de citologías de los diferentes servicios de Anatomía Patológica de los diferentes Hospitales pertenecientes al SALUD.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA  
·EDAD. Adultos  
·SEXO. Mujeres  
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

476

**OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA EN LA POBLACION DEL CS VALDEFIERRO**

2. RESPONSABLE ..... OSCAR ESTEBAN JIMENEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ACHKAR TOUGLAMAM NESIB NICOLAS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO.
- APARCIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO.
- HERNANDEZ BONO ANABEL. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO.
- SOLER PARDINILLA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO.
- TORRES RUBIO FERNANDO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO.
- VIDAL GOMARA ALEJANDRA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 3.1.- Evaluación

Existe gran variabilidad en la intervención clínica y terapéutica entre los profesionales médicos en relación con la osteoporosis (OP). Muchas pacientes con alto riesgo de fractura o fracturas previas permanecen sin tratamiento, y otras que no cumplen criterios están recibiendo medicación tan solo en base a los resultados de una densitometría o incluso sin ésta. Lo fundamental es identificar a las mujeres con mayor riesgo de fractura, que son las que realmente se van a beneficiar del tratamiento.

Otro aspecto importante es la elección de fármacos para el tratamiento de la osteoporosis; según los datos sobre facturación de recetas, algunos de los fármacos que más se están prescribiendo en nuestra Comunidad Autónoma, no son considerados de elección, al disponer de menos evidencias que respalden su eficacia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Mejorar los registros para detectar pacientes de riesgo de osteoporosis , mejorar la indicación de las prescripciones y facilitar la evaluación.

2-Ajustar las indicaciones de fármacos a la medicina basada en evidencia (guías de práctica clínica)

3-Retirar el tratamiento a aquellas mujeres que no lo requieran e instaurarlo en aquellas que sí lo precisan unificando los criterios de prescripción en todos los cupos del centro.

4-Aumentar la seguridad evaluando la retirada de fármacos en el tiempo aconsejado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de una muestra de historias de mujeres de más de 60 años para evaluar el registro de riesgo de osteoporosis.

Revisión de bibliografía, guías clínicas basadas en evidencia.

Revisión de tratamientos ya instaurados con difosfonatos, raloxifeno , ranelato de estroncio, teriparatida hormona paratiroidea y denosumab . Listado de pacientes en tratamiento.

Estudiar la necesidad o idoneidad del tratamiento

Poner en conocimiento de todo el equipo la situación de partida.

Citar en consulta a dichas pacientes para tomar las medidas precisas.

Valorar al año si hemos logrado citar a todas las pacientes y el grado de mejora de acuerdo a los objetivos marcados respecto al inicio del estudio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.\_Mejora del registro del riesgo de osteoporosis. Cumplimentación en la historia informática del protocolo riesgo de osteoporosis en climaterio. Revisión de la historia en una muestra aleatoria.

Nª de historias con registro adecuado/total de la muestra.

2.\_Adecuar la prescripción farmacológica a la evidencia clínica disponible, Número de pacientes con tratamiento bien indicado/total de tratamientos

3.\_Aumentar el nº de prescripciones de fármacos con mayor evidencia y disminuir los de menor evidencia. DHD fármacos de elección/DHD total de fármacos en esa indicación.

4.\_Mejora de la seguridad. No sobrepasar el tiempo de tratamiento aconsejado.

Nº de pacientes que sobrepasan el tiempo aconsejado de tratamiento/total de tratamientos en esa indicación.

Muestreo aleatorio de mujeres mayores de 60 años y revisión de cumplimentación de registro en planes personales \_climaterio-riesgo de osteoporosis.

Nº de pacientes al inicio bien estratificadas en riesgo y tratadas versus al final del estudio

Solicitar a Farmacia datos de DHD de fármacos,

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

476

**OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA EN LA POBLACION DEL CS VALDEFIERRO**

Revisión de muestra de pacientes en tratamiento con difosfonatos y evaluar años de tratamiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -1 año para el total del estudio, .
- 1 meses para selección de muestras para evaluación del registro y listados de pacientes en tratamiento.
  - Revisión de la bibliografía, guías basadas en la evidencia.
  - 1 mes para realizar reuniones con el personal de centro de salud para informar sobre adecuación de registro, criterios de riesgo de fractura, necesidad de tratamiento, adecuación del tratamiento....
  - 4 meses para establecer el riesgo de fractura y adecuación del tratamiento de cada paciente.
  - Primer corte , información al equipo de indicadores de partida.
  - 4 meses para citar a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso.
  - 2 meses para evaluar los resultados obtenidos.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. MUJERES mayores o de 60 años
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

359

**MEJORA DE REGISTRO Y ACCESIBILIDAD EN CIRUGIA MENOR EN EAP**

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO TORRES RUBIO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. COORDINADOR DE ENFERMERIA
- BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Evaluación

Incluir: a) los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión 2012 de la unidad; b) otras actividades realizadas durante 2008 y los resultados conseguidos; c) la valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios mejorar en el conjunto de su ámbito de trabajo; etc

El años 2012 se obtuvo un 26.2% de objetivo de Cartera de Servicios en Cirugía Menor. Interesa trabajar este Servicio en el año 2013. Se ha adquirido un bisturí electrónico nuevo (el mal funcionamiento del antiguo produjo la disminución del número de pacientes atendidos el año pasado) y este proyecto quiere relanzar en dos años la cirugía menor de Valdefierro.

Este proyecto viene apoyado por todo el equipo, tanto médicos, enfermeros como pediatras y residentes de medicina de familia y pediatría.

Se realizará cirugía menor en el quirofanillo de urgencias, en la sala de curas y en las consultas .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Oportunidades de Mejora para 2013

Se ha adquirido un nuevo bisturí eléctrico y se ha instalado en la sala de curas un ordenador portátil para mejorar el registro de curas y cirugía menor.

Lo cual permitirá al E.A.P. S. el mejor registro y accesibilidad al programa de atención a demanda de este tipo de cirugía, en atención primaria de salud.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los indicadores se aportan en la cartera de servicios con una periodicidad de 3-6 meses.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª Reunión de equipo informando de la necesidad de mejora, del uso del nuevo bisturí y de la instalación del ordenador para mejorar el registro. (Alfredo Villafranca y Mª Jesús Blasco)

2º Presentación del proyecto de mejora al equipo (Mª Jesús Blasco).

3º Comienzo a citar y registrar las actividades quirúrgicas. (Fernando Torres y todo el personal del equipo (administrativas controlan las citas, auxiliar clínica el material y médicos y enfermeros realizan la actividad quirúrgica).

4º Se establecerán criterios de inclusión para este tipo de cirugía, a demanda en el CS. Fernando Torres.

5º Revisión de indicadores cada 6 meses para llevar un seguimiento y mejora de objetivos (Dra Blasco y Alfredo Villafranca).

6º Evaluación de resultados (Dra Blasco y Alfredo Villafranca)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivos Indicadores  
Aumentar la cobertura al 35% en 2013 N° casos/N° casos esperados O.M.I.  
Aumentar la cobertura al 45% en 2014 N° casos/N° casos esperados O.M.I.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2013 Fecha de finalización: Diciembre 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

359

**MEJORA DE REGISTRO Y ACCESIBILIDAD EN CIRUGIA MENOR EN EAP**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

**NUEVOS RETOS DE ENFERMERIA EN AP HACIA UN FUTURO/PRESENTE EN NUEVAS ACCIONES DE ENFERMERIA EN SU LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA EN EAPS. ATENCION A DEMANDA POR ENFERMERIA EN PROCESOS AGUDOS EN EAPS**

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA  
• Profesión ..... ENFERMERIA  
• Centro ..... CS VALDEFIERRO  
• Localidad ..... ZARAGOZA  
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
• Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ENFERMERIA DE ADULTOS
- APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ENFERMERA DE ADULTOS
- ATANCE MELENDO ESTHER. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ENFERMERA DE PEDIATRIA
- BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. COORDINADORA DEL C.S. VALDEFIERRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las debilidades del modelo actual de la Atención Primaria de Salud es la, insuficiente participación de los profesionales de Enfermería, en la atención de las personas con Procesos Agudos a Demanda.

Para la Enfermera, al igual que para otros profesionales del ámbito sanitario, el objetivo de su labor asistencial, docente e investigadora, es el Ciudadano, Ciudadano que está en continua evolución.

La atención a las personas con procesos agudos, esta de una forma mayoritariamente unida, a la aplicación de tratamientos, técnicas y cuidados indicados por el médico. Actualmente se debería apostar por el papel más activo de la Enfermera, en el abordaje de las personas con Procesos Agudos.

La implicación de la enfermera en este proceso tiene sus referentes en el Real Decreto 137/84 y la orden del 6 de Mayo de 1990 que aprueba el Reglamento Marco de funcionamiento de los EAPS.

Es fundamental, la protocolización de todos los procesos de salud agudos, que se ven habitualmente en los EAPS. Esta protocolización debe de estar basada en la mayor evidencia científica posible, y consensuada por los profesionales de los EAPS. Cada profesional, debe de aportar su visión, para lograr la mejor forma de atención de las personas con procesos agudos, debiendo haber un consenso de actuación en los EAPS.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. .- Oportunidades de Mejora para:  
La atención de la enfermera en procesos agudos es una oportunidad para:

- Dar a conocer los servicios y competencias de la enfermería.
- Mejorar la accesibilidad.
- Fomentar los autocuidados.
- Aumentar la cobertura de actividades preventivas.
- Detectar a las personas susceptibles de beneficiarse de su participación en programas de salud, (grupos de educación para la salud).
- Potenciar la visión específica de la enfermera ante este tipo de procesos.
- El EAPS. Debe de asumir la Cartera de Servicios, y organizarse para la mejor forma de prestar ésta a la población. Debe de haber un proceso de protocolización y organización del trabajo en el EAPS. Para poner en funcionamiento la atención de enfermería en procesos agudos.
- Los protocolos y guías de actuación, han de facilitar a los profesionales del EAPS. Una metodología consensuada así como los circuitos de actuación y la toma de decisiones.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se establecerán algoritmos de patologías agudas que deberán de constar de:

- Definición del motivo de la demanda.
- Información que se ha de recoger (anamnesis).
- Evaluación y toma de decisiones.
- Tiempo de tratamiento.
- Documento para el usuario de soporte de la atención realizada y las pautas de seguimiento (curas, consejos enfermeros etc.).
- Criterios de derivación.

La dirección del EAPS. ( Coordinador de EAPS, Responsable de Enfermería y responsable de Admisión) deberá consensuar con todos los profesionales del EAPS el sistema de circuitos asistenciales y establecer una dinámica de trabajo que todo el personal deberá de conocer y asumir.

Se deberán ir implantando de forma paulatina en el CS. los nuevos protocolos de la atención enfermera en procesos agudos.

En la actualidad ya se está trabajando en la atención a procesos agudos en diferentes situaciones clínicas.

- Anticoncepción de emergencia.
- Diarrea.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

362

## 1. TÍTULO

**NUEVOS RETOS DE ENFERMERIA EN AP HACIA UN FUTURO/PRESENTE EN NUEVAS ACCIONES DE ENFERMERIA EN SU LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA EN EAPS. ATENCION A DEMANDA POR ENFERMERIA EN PROCESOS AGUDOS EN EAPS**

- Dolor lumbar.
- Disuria.
- Heridas.
- Odinofagia.
- Odontalgia.
- Ojos rojos. (cuerpo extraño, lesiones traumáticas, etc).
- Quemaduras.
- Sintomatología respiratoria.

Causas y/o debilidades/dificultades para la implementación del Proceso de Atención a Demandas Agudas por personal de Enfermería.

1- Respecto a los pacientes:

- a) Resistencia al cambio de la atención por personal de Enfermería.
- b) Condicionamientos debidos a la información que reciben por parte de algunos profesionales.

2- Profesionales:

- a) Falta de motivación, sensibilización y concienciación del modelo de atención.
- b) Sentimiento de mayor carga de trabajo.
- c) Visión de que el Proceso, proporciona escaso beneficio para el paciente, solo mejora la accesibilidad.
- d) Desconfianza en el cambio, valores y variabilidad respecto al Proceso.
- e) Miedo a cometer errores.
- f) Dudas sobre su indicación.

Actividades a desarrollar:

Por parte de la Enfermería:

- ? Asumir la responsabilidad de su formación académica en el plano profesional.
- ? Implicación en los nuevos retos que la profesión demanda.
- ? Establecer como método de trabajo la Enfermería Basada en la Evidencia.

Por parte de la Organización:

? Establecer Equipos de Trabajo Multiprofesionales para la elaboración de Protocolos, para la implementación de la Atención a Demanda por Enfermería en Procesos Agudos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores se aportan en la cartera de servicios con una periodicidad de 6 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario de acción.

Fecha de inicio: Marzo 2013                      Fecha de finalización: 2015  
Calendario: 2013/2015

11. OBSERVACIONES. Dada la magnitud de este programa se realizará en tres años y éste se deberá ir definiendo según las dificultades de implementación del mismo, debiéndose implicar:

Dirección de Enfermería.

Dirección Médica.

Y la formación de una comisión técnica de expertos que desarrollen las Guías de Práctica Clínica para la atención de Procesos Agudos por Enfermería. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Proceso Agudos en Atención Primaria tratados por Enfermería

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

253

**DISMINUCION DEL RIESGO DE FRACASO RENAL AGUDO, EN LA POBLACION ATENDIDA POR AP DEL SECTOR ZARAGOZA III, MEDIANTE REVISION DE LA PRESCRIPCION DE DOBLE TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA (IECA/ARA II + DIURETICOS) MAS AINES (TRIPLE WHAMMY)**

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES AZA PASCUAL SALCEDO

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESTUPIÑAN ROMERO FRANCISCO RAMON. MIR 3º. DAP ZARAGOZA 3. TECNICO DE SALUD
- BARRERA LINARES FERNANDO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. MEDICINA FAMILIA
- GONZALEZ RUBIO FRANCISCA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. MEDICINA FAMILIA
- CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. TECNICO DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha probado la existencia de una asociación significativa entre la prescripción de la doble terapia antihipertensiva (compuesta por un fármaco antihipertensivo (IECA ó ARA-II) y un diurético) más un anti-inflamatorio no esteroideo (AINE) y la aparición de fracaso renal agudo en los 30 días posteriores al comienzo de la toma de este último.

La hipertensión es una enfermedad crónica muy prevalente en nuestro medio. El tratamiento de doble terapia (anti-hipertensivo más diurético) es común en nuestro medio en los casos en los que no es posible controlar la tensión arterial dentro de la normalidad con un solo fármaco. A esto se añade la aparición en el mercado, con una amplia penetración en la prescripción, de productos que combinan ambos principios activos en un mismo fármaco. Por otro lado, el tratamiento con AINES es muy frecuente en los casos de dolor o inflamación aguda, así como en una gran cantidad de procesos inflamatorios crónicos muy prevalentes a partir de cierta edad.

Estos antecedentes configuran un marco de riesgo de aparición de eventos adversos relacionados con la combinación de estos medicamentos que puede ser evitado mediante la monitorización de los consumos de esta combinación de fármacos, la formación de los profesionales y la revisión de la prescripción de estos medicamentos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo es la monitorización de la prescripción combinada de estos tres grupos de fármacos, con objeto de permitir la revisión individualizada de los pacientes que están recibiendo estos fármacos por su médico de atención primaria, de modo que tengan la oportunidad de variar su prescripción y, en lo posible, evitar el riesgo de ocurrencia de fracaso renal agudo por este motivo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Obtención de los datos a través de la Base de Datos de Consumo de Fármacos para el mes de ENERO de 2013 para los grupos terapéuticos de ANTIHIPERTENSIVOS (IECA y ARA-II), DIURÉTICOS y AINES; desagregados por Centro de salud, CIAS y CIP, con objeto de análisis de la concurrencia en la prescripción de los tres grupos.

Posteriormente se enviarán a cada médico los datos desagregados de sus pacientes en riesgo de evento adverso para que puedan revisar y en su caso modificar la terapia farmacológica. Adjunto a estos datos se enviará una nota bibliográfica de la evidencia disponible sobre la concurrencia de fallo renal en sujetos sometidos a esta terapia.

Pasados 6 meses se reevaluarán los datos de consumo de fármacos para estos tres grupos de medicamentos en combinación, con el fin de evaluar el impacto (en variación de la prescripción) de esta medida.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. "Porcentaje de variación de pacientes con doble terapia anti-hipertensiva (IECA o ARAII + Diurético) + AINES"; calculado como:

Número de pacientes con doble terapia anti-hipertensiva + AINES (antes de la intervención) \* 100 / Número de pacientes con doble terapia anti-hipertensiva + AINES (6 meses después de la intervención)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio 2013

Fin: Diciembre 2013

11. OBSERVACIONES. Los datos de consumo disponibles en este momento para el análisis preintervención son los del mes de Enero del ejercicio 2013.

Se espera disponer de los datos de Junio de 2013 en el mes de Diciembre del mismo año.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

253

DISMINUCION DEL RIESGO DE FRACASO RENAL AGUDO, EN LA POBLACION ATENDIDA POR AP DEL SECTOR ZARAGOZA III, MEDIANTE REVISION DE LA PRESCRIPCION DE DOBLE TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA (IECA/ARA II + DIURETICOS) MAS AINES (TRIPLE WHAMMY)

OTRA PALABRA CLAVE 1. seguridad

OTRA PALABRA CLAVE 2. triple whammy

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

011

## 1. TÍTULO

**PROYECTO PARA MEJORAR LA INFORMACION Y DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES EN AP DEL SECTOR ZARAGOZA III**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ENFERMERA DE ENLACE-MIRALBUENO
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
  - ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
  - VILLARES ANDRES ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
  - GRIMA MOLINER JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
  - MARTINEZ GALLEGU TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
  - LOMBARDO MURILLO JOSEFA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mayoría de las personas dependientes que son atendidas en sus hogares por cuidadores (formales o informales), necesitan consejos útiles para hacer frente a los problemas que se les presentan.

Por estas razones con esta ampliación de Proyecto pretendemos mejorar la información y atención a los cuidadores para que puedan afrontar los retos que se les presentan y dándoles el máximo apoyo posible.

Durante el año 2007 se realizó y presentó un preyecto de calidad para mejorar las consultas de enfermería y trabajo social y la realización de talleres de 8 días de duración con una participación interdisciplinar. Se pretende continuar en esta línea tras un parón de los años 11 y 12.

Elaboración de cuestionarios para valorar en consulta de enfermería al Cuidador y Especifico de 1 control del Estrés, así como elaboración de la Consulta de T, Social para el cuidador.

Folleto informativo elaborado en cuidados (UPP, disfagia. Cuidados de la Espalda. Movilizaciones. Alimentación en Diabetes. Higiene y Cuidados básicos. Cuidados de la Sonda Nasogástrica, Riesgo de caídas).

La inclusión del formato de consultas establecido en 3 centros de salud (Bombarda. Miralbueno y Valdefierro).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Resultados de la experiencia en talleres impartidos durante 3 años en 9 centros de salud: 55 cuidadores de edades entre 38 a 78 años (25 amas de casa 4 varones y 26 cuidadores no formales) Manifiestan la falta de tiempo para actividades personales y nos manifiestan el uso de recursos personales tales como rezar, hacer ejercicio etc. En relación a los cuidadores Formales les preocupa la falta de ayuda para la realización de las ABVD y la falta de información que reciben.

Las edades de los pacientes ha sido de (70 a 87 años) local en opinión de los cuidadores es otro problema añadido

Los resultados de la encuesta de satisfacción dejan claro que la mayoría de ellos están satisfechos con el método, contenidos y condiciones de la sala y la valoración en la realización de los talleres ha sido de muy buena en el 50% y buena el otro 50%.

En relación a los profesionales que han impartido los talleres es de resaltar la enorme dificultad que manifiestan para poder juntar un grupo de cuidadores si no se les ayuda con algún tipo de cuidados en el domicilio para que puedan asistir a los talleres.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) La continuidad de los Talleres en grupos en aquellos centros que no han hecho nunca. Este año se intenta 4 centros más.

2) La divulgación de los cuestionarios sobre consultas individualizadas en el resto de centros de salud. Este tema correrá a cargo de la E. de enlace del Sector.

3) Mejorar la calidad de los cuidados

4) Mejorar los Circuitos de Información.

5) Desarrollo de los procesos formativos en concimiento y habilidades en la zona de Miralbueno a cuidadores Formales de residencias aprovechando el Proyecto ya existente de Atención a Residentes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Analizar grupalmente los resultados.

2) Realizar una medición de indicadores previos

3) Planificar al menos 3 talleres educativos

4) Diseñar algún Folleto más educativo

5) Difundir la información tanto de los Talleres como de las consultas individualizadas.

6) Realizar una medición de indicadores tras la puesta en marcha de esta nueva fase.

7) Realizar encuestas de satisfacción

8) Analizar los resultados obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de cuidadores que participan en los Talleres

Satisfacción de los cuidadores atendidos en Consulta individualizada y en los Talleres.

Nº de Centros de salud a los que se les ha hecho la difusión de la existencia de consultas y Talleres.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Difusión de las consultas Individualizadas 2 meses

Análisis Grupal de la situación actual 2 meses

Impartición de Talleres Formativos 9 meses

Realización de una medición de los Indicadores establecidos 11 meses

Análisis de los resultados obtenidos y de las encuestas de satisfacción 12 meses

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

011

1. TÍTULO

**PROYECTO PARA MEJORAR LA INFORMACION Y DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES EN AP DEL SECTOR ZARAGOZA III**

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Variedad según edad del Cuidador
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

270

**¿PODEMOS MEJORAR LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS EN LAS INFECCIONES URINARIAS EN ATENCION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ASENSIO ASENSIO LOURDES. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- CID CASTRO RAFAEL. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
- CABRERIZO PEREZ DAVID. INFORMatico/A. DAP ZARAGOZA 3. INFORMATICA
- ESTUPIÑAN ROMERO FRANCISCO RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras conocer la información sobre la evolución de resistencias a los antimicrobianos elaborada por el Servicio de Microbiología del Hospital Clínico Lozano Blesa, se observó un aumento de la resistencia de E. coli a amoxicilina-clavulánico y se decidió conocer cuál era la utilización de antibióticos en infecciones urinarias extrahospitalarias, en las que el patógeno más frecuente suele ser esta bacteria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer cuáles son los antibióticos más utilizadas en el tratamiento de las infecciones urinarias en atención primaria y adecuar el perfil de utilización a las recomendaciones de guías y a la evolución del perfil de resistencias bacterianas de nuestro medio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se extraerán los datos del tratamiento antibiótico (cualquier código ATC del grupo de antibióticos sistémicos J01) utilizado para el tratamiento de una infección urinaria (cistitis o pielonefritis: códigos U71 y U70 respectivamente) del programa OMI-AP.

Se analizarán las variables: antibiótico utilizado, edad y sexo del paciente ya que pueden existir diferencias debido a estas variables.

Se enviará a todos los profesionales un mail informándoles de que están disponibles en la intranet los datos de resistencias bacterianas en el sector y a cada equipo de atención primaria la utilización de antibióticos en infecciones urinarias en su zona y las recomendaciones más actualizadas valorando su adecuación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se medirá el perfil de utilización de antibióticos antes y después de enviar la información.

Indicador: porcentaje de utilización de antibióticos que se ajustan a las recomendaciones de una guía de antimicrobianos actualizada

Numerador: Antibióticos recomendados en infecciones urinarias.

Denominador: Total de antibióticos utilizados en infecciones urinarias.

Se medirá este indicador en hombres y mujeres y por grupos de edad, diferenciando población pediátrica (menores de 14 años), adultos y mayores de 65 años.

Indicador: porcentaje de utilización de amoxicilina-clavulánico respecto al total de los antibióticos utilizados en infecciones urinarias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio 2013

Fin: Diciembre 2013

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

346

## 1. TÍTULO

**FORMACION DE FORMADORES EN EL AUTOCUIDADO Y CONTROL DE LA DIABETES TIPO 2**

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SARASA BELLOSTA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO LEJ TORRES ELENA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- ARANDA MARTIN ROSARIO. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El abordaje de la cronicidad es una prioridad en nuestro sistema sanitario por el alto coste de recursos que conlleva. La Atención Primaria es un ámbito asistencial de especial sensibilidad en esta necesidad y generadora de iniciativas de gran impacto en el manejo de los pacientes crónicos. Uno de los pilares que deben sustentar la política sanitaria de la cronicidad es la educación sanitaria en su más amplio sentido y ello conlleva la capacitación del paciente para la autogestión de su enfermedad. Los profesionales sanitarios sólo somos una parte transmisora de los conocimientos para la gestión de la enfermedad, pero es el propio paciente crónico el protagonista de su cronicidad y puede ser el mejor formador de sobre su propia enfermedad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto y resultado esperado es capacitar a un grupo de pacientes con diabetes tipo II para ser formadores de grupos de pacientes diabéticos en el autocuidado y autogestión de la enfermedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Selección de pacientes activos diabéticos tipo II: pacientes diabéticos tipo 2 receptivos y buenos transmisores de la información y creación del grupo de formadores.

- Talleres formativos para pacientes activos, con material adaptado al paciente sobre el conocimiento de la diabetes y cuestiones referentes a su cuidado, su gestión y difusión.
- Despliegue de talleres dirigidos a grupos pacientes impartidos por el paciente activo formador y experto.
- Supervisión del proceso por un grupo de profesionales director de la experiencia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes activos formados.

- Porcentaje de diabéticos que han recibido la formación.
- Grado de Satisfacción medido por una encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Selección de pacientes activos: MAYO-JUNIO 2013

- Talleres formativos para pacientes activos: JUNIO-SET 2013
- Talleres dirigidos a grupos pacientes: SET-JUNIO 2014
- Encuesta satisfacción: Junio 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

458

**MEJORA DE LA PAGINA WEB DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SECTOR III DE ZARAGOZA Y CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... CELIA BUISAC RAMON
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... UNIDAD DOCENTE MF Y C Z3
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE MEDICINA DE FAMILIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- RIVAS JIMENEZ MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
  - GARCIA LOZANO MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 3. UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIA
  - VILLAVERDE ROYO MARIA VICTORIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. IDEM
  - CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
  - VELA CONDON PABLO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
  - TRIGO GARGALLO DANIEL. INFORMatico/A. DAP ZARAGOZA 3. IDEM

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector III de Zaragoza-Calatayud, dispone de un página Web donde se gestionan las múltiples actividades propias de dicha unidad a múltiples niveles: organizativos, de comunicación entre los distintos integrantes de dicha unidad, formativos, educativos y de gestión.

Con este proyecto se pretende realizar una mejora de dicha página en dos vertientes. Por un lado, seguir con criterios de mejora continua a las actividades antes mencionadas para dicha página y, por otro, iniciar una nueva andadura desde el punto de vista formativo: establecer un programa de formación continuada <<on-line>> sobre electrocardiografía para todos los usuarios de la página y del ámbito de la Atención Primaria del Sector III-Calatayud.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en el siglo XXI. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/INFORMEAP22010.pdf>
2. Ayerbe García-Monzón L, Milazzo Loma-Osorio J, Pérez-Piñar López M, González Martínez S, González López E. Atención primaria en España e Inglaterra; aprender de las diferencias. Opinión de médicos de familia españoles con experiencia en ambos países. Aten Primaria. 2010; 42:109-11.
3. Simon Ch, Everitt H, van Dorp F, Schroeder K. Oxford Handbook of General Practice (third edition). Oxford: Oxford University Press; 2010.
4. NHS. Quality and Outcomes Framework. Disponible en: <http://www.qof.ic.nhs.uk/>
5. Arcelay A. EFQM: veinte años alumbrando el camino de la excelencia. El modelo se remodela. Rev Calidad Asistencial. 2010; 25:117-9.
9. Royal College of General practitioners. Disponible en: [http://www.rcgp-curriculum.org.uk/nmrcgp/wpba/competence\\_framework.aspx](http://www.rcgp-curriculum.org.uk/nmrcgp/wpba/competence_framework.aspx)

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la formación en ECG de todos los usuarios de la página WEB de la Unidad docente, así como los médicos de Atención primaria del Sector III-Calatayud.
- Avanzar en la mejora de la gestión de las guardias de los MIR que están haciendo la residencia en nuestra U. Docente.
  - Mejorar la comunicación de las sesiones clínicas que se imparten en la U. Docente y su distribución por los tutores MIR, MIR y profesionales sanitarios de la Atención Primaria del Sector, así como el resto de actividades formativas de la Unidad.
  - Establecer un cauce adecuado de las incidencias, sugerencias y gestión de la actividad MIR, asistencial o de otro tipo.
  - Mejorar en la gestión y organización de los cursos de la Unidad Docente, así como en el préstamo y reserva de material de reanimación cardiopulmonar de la misma.
  - Mejorar el entorno y funcionamiento de la página WEB.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Crear una base de datos, colgada en la WEB, de curso anual, para la gestión anual de todo tipo de guardias MIR, así como una ficha de control de las mismas.
2. Publicar en formato libro, las mejores sesiones clínicas presentadas durante el año en el ámbito de la Unidad Docente.
  3. Organizar un curso participativo de electrocardiografía <<on line>> con el soporte de la página y solicitar acreditación al Gobierno de Aragón.
  4. Distribuir sistemáticamente entre todos los tutores de la unidad, aquellos documentos formativos que sean de utilidad para la mejora de la tutorización.
  5. Colgar un "buzón de sugerencias" en la WEB para todos los usuarios de la Unidad Docente.
  6. Colaborar con el personal informático para la mejora del diseño de la página
  7. Colgar en la página todo el calendario docente y formativo de todos los usuarios de la Unidad docente (tutores-MIR).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. NOMBRE DEL INDICADOR (CRITERIO): Presentación de sesiones en la "WEB"
- Definición: Mide aquellas sesiones que no se han colgado en el tiempo adecuado para ello (una semana antes) en la WEB para su difusión.
- FÓRMULA DEL INDICADOR: N° de sesiones que se han colgado correctamente en el tiempo indicado x 100 / N° de

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

458

**MEJORA DE LA PAGINA WEB DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SECTOR III DE ZARAGOZA Y CALATAYUD**

sesiones presentadas en la la Unidad Docente/año.

Excepciones: Ninguna

Estándar: El 95 % de las sesiones se han debido colgar de la página, una semana antes de su presentación.

2. NOMBRE DEL INDICADOR (CRITERIO): Control de guardias de residentes

Definición: Mide realmente las guardias hechas por cada residente por un periodo mensual

FÓRMULA DEL INDICADOR: N° de guardias no controladas por el total de MIR en dos meses x 100 / N° de guardias reales hechas por todo el colectivo MIR en esos dos meses

Excepciones: Ninguna

Estándar: El 100 % de las guardias han debido ser correctamente controladas.

3. NOMBRE DEL INDICADOR (CRITERIO): Matriculación en el curso <<ON-LINE>> de electrocardiografía.

DEFINICIÓN : Número de alumnos que se matriculan en el curso, pertenecientes a la Atención Primaria, del sector III y Calatayud.

FÓRMULA DEL INDICADOR: N° de alumnos inscritos x 100 / Número total de médicos de Atención Primaria del sector, incluidos los MIR.

Excepciones: Ninguna

Estándar: No disponemos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Crear una base de datos de guardias MIR: Mes de Mayo. Responsable Dra. Buisac y Daniel Trigo, juntos con los MIR.

2. Publicación libro de sesiones clínicas: Primer trimestre del 2014. Responsables Dr. Rivas, Buisac, Villaverde y Vela.

3. Organizar un curso participativo de electrocardiografía <<on line>> con el soporte de la página y solicitar acreditación al Gobierno de Aragón. Dres. Rivas y Buisac. MIR. A lo largo de todo el curso (Junio de 2013 a Junio 2014)

4. Distribuir sistemáticamente entre todos los tutores de la unidad, aquellos documentos formativos que sean de utilidad para la mejora de la tutorización Dres. Vela, Villaverde y Castán, junto a Maribel García. Todo el curso (Jujio 2013 a Mayo 2014)

5. Colgar un "buzón de sugerencias" en la WEB para todos los usuarios de la Unidad Docente. Dra. Buisac, Maribel García y Daniel Trigo. Junio 2013

6. Colaborar con el personal informático para la mejora del diseño de la página. De Mayo a Julio de 2013. Todo el grupo de mejora

7. Colgar en la página todo el calendario docente y formativo de todos los usuarios de la Unidad docente (tutores-MIR). Mayo de 2013. Dra. Buisac, Daniel Trigo, Silvia Castán y Maribel García.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Electrocardiografía

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

3. Mejorar utilización de recursos. .... 4 Mucho

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante

5. Atender expectativas de los profesionales. .... 4 Mucho

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

226

**POTENCIAR EL ASOCIACIONISMO ENTRE USUARIOS Y FAMILIARES DEL CENTRO DE DÍA ROMAREDA**

2. RESPONSABLE ..... ENCARNA LAS HERAS LOPEZ

- . Profesión ..... OTROS
- . Centro ..... CENTRO DE DIA ROMAREDA
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. TERAPEUTA
- . Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . TARI GARCIA ANTONIO. PSIQUIATRA. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSIQUIATRIA
- . GARCIA MARCO ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSIQUIATRIA
- . GIMENEZ NAVARRO ROSA. ENFERMERO/A. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSIQUIATRIA
- . PEREZ PASCUAL MANUEL. PSICOLOGO/A CLINICO. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSICOLOGIA CLINICA
- . ALONSO GOMEZ RAQUEL. PIR. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSICOLOGIA CLINICA
- . BALLESTIN NUEZ MIRIAM. ESTUDIANTE DE PSICOLOGIA. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSICOLOGIA CLINICA
- . GONZALEZ RAQUEL. ESTUDIANTE DE INTEGRACION SOCIAL. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSICOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La guía práctica clínica del TMG (trastorno mental grave) coincide con la bibliografía consultada en la recomendación de intervenciones familiares y multifamiliares en los procesos de rehabilitación de pacientes con TMG para evitar su aislamiento y facilitar la integración comunitaria. Por otra parte, consideramos que asociarse e implicarse en las actividades de la Asociación de Familiares y Usuarios del Centro de Día favorece el desarrollo, continuidad y mantenimiento de dicho proceso rehabilitador. Nuestra experiencia nos demuestra la satisfacción que expresan los pacientes cuando sus familiares se preocupan por cuestiones de tipo sociosanitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. - Incrementar la participación de usuarios y familiares en las actividades de la asociación.

- 1. 1. - Ampliar el conocimiento y el autoconocimiento de las necesidades familiares en relación con la situación de la enfermedad mental grave.
- 1. 2. - Incrementar la afiliación de usuarios y familiares a la asociación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Selección de Cuestionario validado de Necesidades Familiares, para familias de pacientes con Trastorno Mental Grave.

- 2.- Envío y recogida del Cuestionario de Necesidades Familiares.
- 3.- Análisis de datos. Necesidades sentidas con mayor frecuencia.
- 4.- Diseño del programa educativo multifamilias. Contenido según las necesidades recogidas en los cuestionarios iniciales.
- 5.- Implantación y desarrollo del programa. 11 sesiones de dos horas: 30 minutos de exposición 90 minutos de debate. La exposición informativa la realizan personas del equipo y colaboradores invitados.
- 6.- Evaluación:
  - 6.1.- valoración de los cambios mediante la segunda pasación del Cuestionario de Necesidades Familiares.
  - 6.2.- datos de asistencia por sesión multifamilias. Se invita usuarios y familias.
  - 6.3.- análisis cualitativo de la dinámica de sesiones. La recogida de las intervenciones es llevada a cabo por la terapeuta, análisis de la dinámica grupal por parte del psiquiatra y ejerce de moderador en el debate el psicólogo clínico.
  - 6.4.- evaluación del grado de satisfacción de los participantes mediante un cuestionario de satisfacción.
- 7.- Registro de datos de afiliación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Índice de participación: N° de asistentes a cada sesión / N° de invitados

1.1.- % Cuestionario de necesidades familiares (CNF) en envío inicial y en envío final:

N° de CNF contestados / N° de CNF enviados

1.1.- Calendario de sesiones multifamilias:

N° de sesiones realizadas  
N° de sesiones programadas

1.2.- Incremento de socios:

N° de socios final - N° de socios iniciales / N° de socios finales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Act 1: noviembre 2012

Act 2: noviembre y diciembre 2012

Act 3: diciembre 2012, enero 2013 y enero 2014

Act 4: enero 2014

Act 5: todos los meses de 2013 salvo agosto

Act 6.1: diciembre 2013

Act 6.2: todos los meses de 2013 salvo agosto

Act 6.3: todos los meses de 2013 salvo agosto

Act 6.4: diciembre 2013

Act 7: diciembre 2013

## 1. TÍTULO

**POTENCIAR EL ASOCIACIONISMO ENTRE USUARIOS Y FAMILIARES DEL CENTRO DE DIA ROMAREDA**

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. trastorno mental grave y sus familiares

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pacientes con trastorno mental grave y sus familiares

OTRA PALABRA CLAVE 2. Asociacionismo

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

221

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE PREPARACION CENTRALIZADA DE MEDICACION DE PERMISOS LARGOS PARA LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DEL CRP NTRA SRA DEL PILAR**

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ARENERE MENDOZA  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

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

· MARTIN GRACIA ANDRES. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA  
· QUEROL NASARRE AURORA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA  
· MORELLON SANCHO CRISTINA. AUXILIAR DE FARMACIA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. SERVICIO DE FARMACIA  
· VILLARROYA LACILLA MARIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA  
· POLO PALACIOS ISABEL. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA  
· BIESA FERNANDEZ MARIA SAGRARIO. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA  
· VIDALLER ESCUDERO OLGA LUCIA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los Planes Individualizados de Rehabilitación de los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia "Alonso V ", incluyen permisos a sus domicilios de duración variable con la finalidad de mantener el contacto con su familia y su entorno social y prepararse para su vuelta a la Comunidad tras el Alta. Para cubrir el tratamiento en dicho periodo, las enfermeras de la UME preparan la medicación de los permisos. Cuando se trata de permisos largos, de más de 4 días, los botiquines de medicación de la unidad se quedan desabastecidos para la medicación de los pacientes que continúan en la UME, ya que para dar cobertura de tratamiento durante los días que dura el permiso se necesita preparar la medicación gastando el stock del botiquín. Por otra parte, el tiempo que la enfermera dedica a la preparación de la medicación (solicitud a farmacia y acondicionamiento con las dosis exactas para el periodo de permiso) lo tiene que disminuir de otras tareas propias de enfermería. La centralización de la preparación de la medicación de los permisos largos de la UME desde el Servicio de Farmacia evitaría desabastecer el stock de medicación del botiquín así como un acondicionamiento adecuado del medicamento proporcionando las dosis exactas con su lote y caducidad. Por otra parte la enfermera de la UME se vería liberada de las tareas de solicitud a farmacia y acondicionamiento del medicamento y que podría dedicar a tareas de rehabilitación de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Detección del problema y oportunidad de mejora por parte de la UME y planteamiento al Servicio de Farmacia para su colaboración.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evitar el desabastecimiento del stock de medicación de la UME. Disminuir el número de pedidos al Servicio de Farmacia fuera de la programación con el fin de dar cobertura a la rotura de stock que se origina al realizar la preparación de pedidos. Acondicionar adecuadamente las especialidades farmacéuticas necesarias para dar cobertura al tratamiento del permiso. Ahorrar tiempo de enfermera de la UME en preparación de medicación de permisos para que se pueda dedicar a tareas rehabilitadoras de pacientes. Valorar la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado y detectar puntos de mejora en la implantación de la actuación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones entre la UME y el Servicio de Farmacia para conocer los circuitos del medicamento de ambos servicios. Elaboración de los procedimientos normalizados: notificación desde la UME al Servicio de Farmacia del permiso, preparación de la medicación del permiso desde el Servicio de Farmacia (gestión stock, elaboración lista de medicación, acondicionamiento de la medicación exacta para cubrir permiso), distribución de la medicación a la UME.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % permisos largos UME preparados por el Servicio de Farmacia= Permisos largos preparados por el Servicio de Farmacia/ Total permisos largos en UME \*100  
Valorar la satisfacción de los pacientes con una encuesta.  
Tiempo total de enfermera ahorrado.  
Fármacos dispensados.  
Dosis dispensadas.  
Días de permisos preparados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013. Reuniones UME y Servicio de Farmacia.  
Mayo 2013. Elaboración de los procedimientos normalizados de trabajo.  
Junio 2013. Implantación de la actuación.  
Noviembre 2013. Entrega de encuestas de satisfacción a los pacientes.  
Diciembre 2013. Evaluación de los resultados por parte del Servicio de Farmacia.

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

221

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE PREPARACION CENTRALIZADA DE MEDICACION DE PERMISOS LARGOS PARA LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DEL CRP NTRA SRA DEL PILAR**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

396

## 1. TÍTULO

**REDUCCIÓN / ELIMINACIÓN DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN EL ÁREA DE PSICOGERIATRÍA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LANZAN SANCHO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNUES FAÑANAS JESUS. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. ULE-PSICOGERIATRIA
- SANCHEZ VELILLA ROSA MARIA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. ULE-PSICOGERIATRIA
- MAICAS CORTES MONICA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. ULE-PSICOGERIATRIA
- MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. ULE PSICOGERIATRIA
- LEZCANO CISNEROS AMELIA. FISIOTERAPEUTA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. ULE PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La contención mecánica es un procedimiento que según la bibliografía se usa en España con una frecuencia mayor que en muchos otros países europeos. La tendencia actual debe ser por tanto la homologación con países de nuestro entorno con una mayor atención a los derechos de los usuarios. Atendiendo a esta nueva orientación, el Justicia de Aragón organizó en 2012 un jornada invitando a profesionales que presentaron experiencias de centros sin contenciones mecánicas que comenzaron siendo pioneros, pero que en la actualidad están siendo una red con capacidad de influencia y en expansión, liderada por la Fundación Cuidados Dignos.

Tras la visita efectuada a servicios gestionados por miembros de la citada Fundación, se ha considerado oportuno el poner en marcha las medidas necesarias para conseguir resultados similares en nuestro Centro. En él, las contenciones mecánicas están prácticamente suprimidas en la atención a personas jóvenes y adultas con Trastorno mental grave, pero se mantienen en algunos casos en personas mayores, habitualmente por motivos de seguridad para ellas.

La contención mecánica, aun usada teóricamente para la seguridad del paciente, supone una merma importante en sus derechos, por lo que procede una revisión exhaustiva de todas las alternativas, que existen, para reducir al mínimo absolutamente imprescindible la realización de estas contenciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta la fecha se ha organizado una visita del personal directivo a dos centros sin sujeciones. Tras ellos, se realizó una evaluación de la situación de sujeciones detectándose una serie de oportunidades de mejora vinculadas a cambios en aspectos asistenciales y estructurales, bastantes de ellos factibles, aun sin inversión económica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es reducir las contenciones mecánicas, tanto en la cama como en los sillones, de personas mayores ingresadas en el C.R.P.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Dados los excelentes resultados obtenidos en los servicios visitados integrados en la red de no sujeciones, la metodología a desarrollar es la propuesta en esos servicios. De forma previa a la instauración de esa metodología está prevista la realización del curso "Eliminación de sujeciones (metodo libera-ger), sensibilización". Curso de 15 horas, que se impartirá del 8 al 9 de mayo de 2013 en el C.R.P.

El método libera-ger es el método homologado y avalado por abundante bibliografía para desarrollar este tipo de programas, y es el que vamos a utilizar.

Tras ello, está prevista la realización de las siguientes actividades:

- Evaluación de usuarios contenidos de forma habitual o en riesgo de entrar en protocolo de contención.
- Valoración individualizada de alternativas
- Puesta en marcha de las medidas asistenciales y estructurales oportunas.
- Valoración de resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de pacientes que en la actualidad están en un protocolo de contención mecánica.

N° de pacientes en contención tras la implantación del programa de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El programa comenzará a ejecutarse con la realización del Curso que comienza el 8 de mayo de 2013, y tendrá una duración de un año, por lo que finalizará el 1° de mayo de 2014, si bien se valorará la pertinencia de su prórroga en años sucesivos, como programa de mejora o como protocolo permanente del Centro.

11. OBSERVACIONES. El proyecto tiene su elemento principal en el trabajo con los equipos para modificar pautas de actuación en relación con los pacientes.

Un elemento secundario para su ejecución es la realización de pequeñas modificaciones estructurales. El proyecto incluye la determinación de necesidades en ese sentido, asumiendo que aunque su coste sea muy pequeño es posible que las restricciones económicas actuales hagan imposible su implantación de forma inmediata. Se enumeran simplemente las modificaciones a implantar, aclarando que éstas permiten una óptima ejecución el proyecto, pero no son condición imprescindible para una ejecución con algunas limitaciones.

- Acolchamiento del suelo de una o dos habitaciones.
- Adquisición de 2-3 camas adaptadas (con bajada hasta el suelo).
- Adquisición de dispositivos de regulación de puertas RF (dispositivos normalizados que permiten un uso

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

396

**REDUCCIÓN / ELIMINACIÓN DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN EL ÁREA DE PSICOGERIATRÍA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR**

adecuado en caso de incendio, pero permiten el cierre de las puertas de manera habitual, lo que aumenta la libertad de los usuarios en el interior de los edificios.

Aclaración sobre el apartado de componentes:

El Proyecto será desarrollado por el personal de las Unidades Psicogeriatricas. Se enumera a los facultativos y personal de enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia implicados. Se valora como oportunidad de mejora en la sistemática de trabajo el inminente cambio que supone la jubilación y sustitución del psiquiatra de las Unidades, así como el nombramiento de un nuevo supervisor de enfermería. El proyecto contará con el apoyo del conjunto del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de la Unidad).11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

340

## 1. TÍTULO

**TENGO UN E-MAIL, Y TU?**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ABADIA ABIOL
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. SUPERVISORA CONSULTAS EXTERNAS
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUPERVISORA CONSULTAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad todas las comunicaciones recibidas en la Supervisión de consultas externas del HCU Lozano Blesa., son transmitidas en soporte papel. Así como la innumerable cantidad de solicitudes que se reciben de los profesionales para diferentes áreas: Petición de vacaciones, solicitud de material, sugerencias, etc.

En este momento no existe una costumbre generalizada de utilización del correo electrónico ó SMS para este tipo de comunicaciones, lo habitual es el tablón de anuncios o el documento en papel en la pared del puesto de trabajo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como resultado de este plan de mejora seria por un lado el minimizar la cantidad de papel utilizado, cosa que agradecerá el medio ambiente, y por otro lado crear una cultura del manejo de las tecnologías que no por sencillas, como es el correo electrónico en el personal de enfermería de consultas, son utilizadas. El objetivo final es la mejora de la comunicación y difusión de la información entre profesionales y supervisión .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Esta idea parte de la supervisión de enfermería. y sabemos que no será sencillo pues partimos de profesionales que no han utilizado el soporte informático.

## Actividades:

1. Informar a todos los profesionales de Enfermería de consultas del inicio y objetivos del proyecto- Responsable supervisión-
2. Crear un grupo de trabajo con profesionales de las diferentes especialidades (trauma,vascular,alergias, etc)- Responsable supervisión-
3. Consensuar entre el grupo de trabajo un documento de solicitud de vacaciones en formato electrónico (excel)- Responsable supervisión y grupo de trabajo-
4. Formar a los profesionales en el manejo del correo electrónico y SMS
4. Pilotar en dos especialidades para detectar mejoras en el documento y en la organización- responsables Responsables Grupo de trabajo
5. Desplegar en todas las consultas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores seran.

- 1- Profesionales que entregan su dirección de Correo al equipo de supervisión (90%)
- 2- % Profesionales Formados en el manejo del correo electrónico y SMS( Estándar 95%)
3. % de profesionales que solicitan las vacaciones en el formato electrónico (Estándar 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio del proyecto será el 2 de Mayo.

## El cronograma

- 1- Informar a todos los profesionales de Enfermería del inicio del proyecto 15 al 30 de Abril
- 2- Recogida de las direcciones de correo aprovechando las reuniones de vacaciones del 15 al 30 de Abril
- 3- Preparar los grupos por especialidades. del 6 al 30 de Mayo
- 4- Pilotar con una ó dos consultas durante el verano .
- 5- Si todo se ajusta a lo previsto se podría funcionar una vez acabado el periodo vacacional

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

231

**PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) EN GESTANTES ADOLESCENTES**

2. RESPONSABLE ..... SONIA ALGARATE CAJO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - TEJERO SANCHO SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - RUBIO CALVO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - ARRIBAS GARCIA JORGE. FIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - BELLES BELLES ALBA. FIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
  - PEIRO CODINA FABIOLA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las ITS y sus complicaciones están entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria. Son frecuentemente asintomáticas y además la co-infección no es infrecuente, especialmente importante para identificar infecciones por Chlamydia, la ITS más común en Europa, en la que la ausencia de síntomas es la norma. Las ITS bacterianas de declaración obligatoria en España muestran una tendencia ascendente desde el año 2002, si bien es cierto que los sistemas de vigilancia son todavía insuficientes. Las ITS pueden provocar morbilidad materno-fetal y a esto debemos añadir el mayor riesgo obstétrico asociado a la etapa de la adolescencia, especialmente por debajo de los quince años. En diversos estudios realizados en adolescentes embarazadas, existe una alta incidencia de infecciones de transmisión sexual y por tanto un mayor riesgo de resultados adversos, como prematuridad y bajo peso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detección temprana de ITS (especialmente de infecciones asintomáticas) en gestantes adolescente con el fin de mejorar tanto los resultados obstétricos y perinatales como la educación sanitaria en este grupo de población.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El estudio se llevará a cabo durante un año en gestantes menores a 20 años atendidas en el área III. Se realizará, en frotis de exudado vaginal, visión directa y cultivo en medios específicos para detectar la presencia de Trichomonas vaginalis, Candida spp. y/o vaginosis bacteriana (pH, KOH al 10% y tinción de Gram). En una muestra endocervical, se realizará visión directa, cultivo de bacterias aerobias y anaerobias, Candida spp. e investigación de Neisseria gonorrhoeae en medio de cultivo específico. En otra toma endocervical se realizará prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para detección de Chlamydia trachomatis y Virus del Papiloma Humano (VPH).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Nº de infecciones de transmisión sexual en el grupo de gestantes adolescentes.

Indicador 2: Nº de infecciones asociadas, factor que puede contribuir a detectar aquellas pacientes con mayor riesgo de complicaciones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013-Abril 2014: Introducción del protocolo con recogida de las muestras en 1ª visita obstétrica en gestantes adolescentes y realización del procedimiento microbiológico para la detección de ITS.

Abril 2014: Estudio de resultados obtenidos y valoración.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. 1. diagnóstico

OTRA PALABRA CLAVE 2. 2. mejora

**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

272

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL PRECOZ EN MEDICINA INTERNA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALLENDE BANDRES

- . Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- . Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . PEREZ CALVO JUAN IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- . RUIZ LAIGLESIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- . TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- . ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- . MILLAN SAEZ LOURDES ANTONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- . ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE FARMACIA
- . ABAD BAÑUELOS BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La vía de de administración intravenosa, desde el punto de vista clínico, es la vía de elección en situaciones que requieren concentraciones plasmáticas terapéuticas de forma rápida o garantizar el cumplimiento del tratamiento.

Sin embargo, resulta frecuente que se prolongue más tiempo del necesario, aún cuando los pacientes no presenten contraindicaciones para la administración por vía oral del mismo medicamento.

Los programas de terapia secuencial precoz promueven el cambio de la vía de administración intravenosa a la vía oral, durante la fase inicial de mejoría clínica del paciente basándose en una biodisponibilidad en magnitud adecuada para proporcionar el efecto farmacológico adecuado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El paso precoz a la vía oral presenta las siguientes ventajas:

- . Ahorro económico: Formas farmacéuticas orales son de menor coste
- . Menos complicaciones que la vía parenteral
- . Mayor comodidad para el paciente
- . Menor tiempo de enfermería
- . Menor consumo en dispositivos para la preparación y administración de los fármacos.
- . Posibilidad de continuar los tratamientos en el domicilio de los pacientes facilitando el alta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un protocolo de terapia secuencial precoz con el objetivo de reducir los riesgos y los costes inherentes a la administración parenteral de fármacos mediante un procedimiento sistemático de intercambio a vía oral cuando las condiciones clínicas y dietéticas del paciente y la biodisponibilidad del fármaco lo permiten.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de recomendaciones de terapia secuencial emitidas

N° de recomendaciones de terapia secuencial aceptadas/ N° de recomendaciones de terapia secuencial emitidas

Estimación del ahorro obtenido

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2013: Elaboración ,consenso y difusión del protocolo  
Junio 2013-Diciembre 2013: Implantación y seguimiento

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

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Ancianos
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

276

## 1. TÍTULO

**ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS CUANDO SE SEA REQUERIDO PARA AGILIZAR EL MANEJO EN LOS PACIENTES REUMATOLOGICOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA EMILIA AZNAR VILLACAMPA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BOSQUE PERALTA MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA  
· DEL RIO MARTINEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA  
· PERALTA GINES CILIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA  
· MERIÑO IBARRA ERARDO ERNESTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA  
· CUELLAR CRUZ VICTOR. MIR 4º. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA  
· FORNOS ROCA XAVIER. MIR 3º. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1.- Evaluación

a) Además de los pacientes que son derivados a nuestras consultas desde Atención Primaria o de otras especialidades, es el Servicio de Urgencias quien con frecuencia atiende a los pacientes reumatológicos y desde donde se remite a nuestras consultas externas ó se solicita ingreso hospitalario tanto para estudio como para control de síntomas. En otras ocasiones son pacientes conocidos en Reumatología que por diversas causas acuden a Urgencias y aun sin precisar ingreso hospitalario requieren un más cercano seguimiento en las consultas.

b) El que los pacientes puedan ser vistos durante su estancia en el Servicio de Urgencias, valorar si precisan ingreso hospitalario en nuestro servicio y si no lo necesitan remitirlos a las consultas con pruebas diagnosticas solicitadas, acelera el diagnostico y la posibilidad de poner tratamientos más efectivos lo antes posible.

c) Durante el año 2012, se planteó un plan de mejora de la calidad para que los pacientes fuesen citados por los propios reumatólogos, quienes establecen las agendas de citación para establecer prioridades en función de la patología y gravedad de cada paciente, esto permite que si un paciente ya controlado en Reumatología acude a Urgencias con nuevos síntomas o por empeoramiento de su patología se pueda comunicar a su reumatólogo habitual y éste lo pueda incluir en corto plazo en su agenda, favoreciendo que el paciente sea visto siempre por el mismo reumatólogo.

4.2.- Oportunidades de Mejora para 2013

- Se plantea el que los pacientes reumatológicos (conocido ó no en nuestro servicio) que acudan al Servicio de Urgencias o que estén en ese Servicio para control de síntomas; sean valorados durante las mañanas de lunes a sábado, por la persona que se encarga de los pacientes hospitalizados o por los residentes de III o IV año de la especialidad; en caso de precisar ingreso hospitalario realizar desde el mismo Servicio de Urgencias la historia clínica, poner tratamiento y solicitar pruebas complementarias para acortar en lo posible la estancia hospitalaria así como en caso de no precisar ingreso hospitalario hacer un seguimiento de cada paciente evitando que pacientes graves se retrasen en ser vistos en nuestras consultas.

-De forma asociada el adelantar pruebas diagnosticas tanto de imagen o analíticas para que cuando los pacientes sean valorados se tenga la mayor información y poder poner tratamientos eficaces lo antes posible.

-Por otra parte, los pacientes conocidos en Reumatología, pacientes crónicos, demandan ser vistos por el mismo reumatólogo en revisiones sus periódicas; es importante el hecho de que se pueda notificar a su reumatólogo habitual que el paciente ha acudido al Servicio de Urgencias, si se ha modificado su tratamiento, si se ha solicitado alguna prueba diagnosticas y si precisa ser visto con más celeridad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende conseguir.

-Que el 70% de los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias y son ingresados en nuestro servicio hayan sido valorados previamente por un reumatólogo o por los residentes de III y IV años de la especialidad.

-Que un 70% de los pacientes no conocidos previamente en Reumatología que acuden al Servicio de urgencias por presentar una patología reumatológica y que no precisan ingreso hospitalario, se remitan a las consultas de Reumatología con solicitud de pruebas diagnosticas si precisan.

-Que de los pacientes vistos en Urgencias nuevos (no conocida patología reumatológica) remitidos a consultas de Reumatología se vean en el tiempo adecuado en función de la gravedad de su patología, en el caso de un cuadro inflamatorio articular remitir a "consulta de artritis precoz" para valoración inmediata.

-Que el 80 % los pacientes reumatológicos ya conocidos y con seguimiento en nuestras consultas que acudan al Servicio de Urgencias por empeoramiento de su patología o nuevos síntomas, sea notificado a su reumatólogo habitual para valorar y si procede adelantar la cita del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Duración: 1 año.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

276

**ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS CUANDO SE SEA REQUERIDO PARA AGILIZAR EL MANEJO EN LOS PACIENTES REUMATOLOGICOS**

1º. A partir del 1 de Abril 2013 Los facultativos de Reumatología que están en planta de Reumatología, apoyados por los residentes de III y IV año de la especialidad, de lunes a sábado en horario de mañana (de 8:00 a 15:00), acudirán a valorar los pacientes reumatológicos (tanto nuevos como ya conocidos) que acuden al Servicio de Urgencias por empeoramiento o aparición de nuevos síntomas.

2º. Los pacientes que requieran ingreso hospitalario, ingresarán con la historia clínica realizada y las peticiones de pruebas complementarias solicitados, se encargarán de realizarlo quienes hayan valorado a los pacientes en Urgencias.

A valorar el seguimiento en Julio de 2013

3º. A los pacientes no conocidos previamente en consultas de Reumatología, que no requieran ingreso pero que si precisen seguimiento en consultas de Reumatología se les citará directamente en dichas consultas en un tiempo variable; en función de la gravedad de la patología que presenten; no será preciso que sea remitido por su médico. A valorar el seguimiento en Julio de 2013

4º. Los pacientes con patología reumatológicas ya conocida ( y en seguimiento habitual por un Reumatólogo del servicio), que acuden al Servicio de Urgencias, se valorarán por los responsables de acudir a Urgencias si son requeridos y posteriormente se notificará a su médico habitual los cambios en el tratamiento o las pruebas solicitadas si las ha habido, su médico habitual si lo cree necesario adelantará la cita. A valorar el seguimiento en Julio de 2013

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

-Porcentaje de pacientes que ingresan procedentes de Urgencias que han sido valorados por Reumatología

-Número de pacientes que se deriva a las consultas desde el Servicio de Urgencias a los que se les ha solicitado pruebas diagnosticas/ total de los pacientes derivados desde Urgencias a Reumatología x 100

-Número de pacientes que se han derivado a "consulta de Artritis Precoz" desde Urgencias/ pacientes que se han visto por Reumatólogos en Urgencias

-Número de pacientes reumatológicos que ya son conocidos que han acudido a Urgencias y su reumatólogo habitual ha sido notificado/ total de pacientes en que se siguen en Reumatología que han acudido a Urgencias x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1º Evaluación de indicadores en Julio y en Diciembre de 2013  
Fecha de inicio el 1 de Abril de 2013 y fecha de finalización el 31 de Marzo de 2014

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

**POBLACIÓN DIANA**

.EDAD. Todas las edades

.SEXO. Ambos sexos

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con enfermedades reumatologicas ( conocida o no) que acuden al Servicio de urgencias

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

015

**PLANIFICACION 3D "EN VIVO" DEL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA EN EL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA**

2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD BASCON SANTALO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GARCIA ROMERO ALEJANDRO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA  
· CANELLAS ANOZ MIGUEL. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PR  
· ESCO BARON RICARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA  
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La braquiterapia prostática de alta tasa de dosis es una técnica de tratamiento que pretende mejorar el control bioquímico y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto.

**Utilidad del proyecto**

Los implantes de braquiterapia prostática se realizan en el quirófano de urología con el paciente anestesiado (anestesia epidural) con la intervención de profesionales del Servicio de Oncología Radioterápica, Urología y Física. En un primer tiempo se realiza el implante y con posterioridad se traslada al paciente en la misma posición, al bunker de tratamiento situado una planta más abajo. El tiempo total del procedimiento completo ronda las 3 horas. Durante este tiempo el paciente está anestesiado. Cualquier mejora orientada a reducir estos tiempos nos ha parecido interesante.

Para conseguir que el tratamiento sea efectivo, es necesario que la próstata del paciente esté bien cubierta por las agujas que colocamos, esto permite que la fuente radiactiva consiga acceder a todo el volumen. La planificación del tratamiento hasta ahora se realizaba en otra sala situada junto al bunker de tratamiento (punto al que se traslada al paciente para que reciba el tratamiento) y en ocasiones hemos comprobado que hubiera sido interesante colocar alguna aguja adicional, tras ver en la planificación que el volumen que queríamos tratar (la próstata) no estaba bien cubierto por las agujas. En estos casos aunque la próstata también se irradia, el porcentaje de ella que recibe la dosis que consideramos indicada está por debajo de lo que consideramos óptimo.

**Métodos de detección**

Hemos revisado la experiencia de los primeros 20 pacientes realizados con esta técnica

Hemos interactuado con otros centros con experiencia dilatada en los que se realiza esta técnica de tratamiento y hemos seguido las mejoras que han ido implementando

La adquisición de este nuevo software nos permitirá desarrollar algunas mejoras sobre estos aspectos comentados, tiempo total del procedimiento y mejor cobertura del volumen prostático

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) Disminuir el tiempo total del procedimiento que realizamos al paciente

b) Poder realizar modificaciones al implante en el quirófano tras ver la planificación sobre las imágenes reales del paciente, En los casos de que exista una cobertura insuficiente de la próstata con la dosis que consideramos óptima colocar agujas adicionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Con la implantación del Software Vitesse 3.0, ya adquirido, pretendemos realizar la planificación del tratamiento mientras se tiene imagen real del paciente, lo que permite por un lado ahorrar el tiempo total del implante y por otro mejorar la planificación introduciendo o quitando agujas del paciente mientras todavía se puede y se tiene conocimiento de sus consecuencias. El ahorro de tiempo proviene de que ya no es necesario pasar por el planificador Brachyvision 8.6, y no se pierde tiempo importando lo adquirido durante el implante en otro programa. Del radioquirófano o quirófano sale ya un dispositivo USB de almacenamiento con un archivo que directamente lee la máquina para el tratamiento, por lo que el paciente puede ser conectado a la unidad inmediatamente y tratado sin mayor dilación.

La capacidad de modificar "en vivo" la planificación permite optimizar el tratamiento que recibe el paciente pudiendo detectar áreas subdosificadas en la próstata y permitiendo hacer modificaciones y añadir nuevas agujas en el quirófano cuando el paciente aun está con los dispositivos necesarios para continuar implantando agujas

. También podrían realizarse modificaciones de agujas ya implantadas si consideramos que al detenerse la fuente

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

015

**PLANIFICACION 3D "EN VIVO" DEL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA EN EL PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA**

en ellas los organos de riesgo reciben dosis inaceptables.

Los profesionales implicados en este proceso serian el radiofisico que realiza la planificacion, el oncólogo radioterápico que la aprueba y constata si es necesario colocar agujas adicionales y donde, y el urólogo que es el que realiza la inserción

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. \* Tiempo total de la realización del implante, planificación y tratamiento.

\* Número de implantes modificados tras la insercion de las agujas y tras ver la planificación.

\* V 100 o volumen de prostata que recibe el 100 % de la dosis. y D90, dosis que recibe el 90 % del volumen prostático

Este último indicador se calcula habitualmente en las dosimetrías de los pacientes . Consta en todos lo pacientes tratados con el planificador anterior , siendo su mediana para el V100 del 88 % y para el D90 del 90 % de la dosis. Podremos realizar una comparativa de estos valores medios con la de los proximos pacientes tratados con el nuevo planificador con la técnica en vivo.

Estos datos seran recogidos en cada implante . Se incluiran estos dos indicadores dentro de la informacion de planificacion y dosimetrica. En la actualidad contamos con una hoja exccel en la que se recoge la informacion dosimetrica del paciente. Incluiriamos estos indicadores en esta hoja

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El nuevo software ya ha sido utilizando en algunos pacientes,

El proyecto tendria una duracion de un año. proponemos revision cada 3 meses.

11. OBSERVACIONES. VERSION CORREGIDA DEL PROYECTO 015 , RUEGO SUSTITUYAN EL ANTERIOR POR ESTE.

Ruego nos remitan dudas adicionales sobre el proyecto. Algunos aspectos tecnicos son muy especificos de la especialidad11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cancer de prostata

OTRA PALABRA CLAVE 2. ALTA TASA DE DOSIS

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

103

**SISTEMA INFORMÁTICO PARA CONTROL DE DEMORA EN LA PROGRAMACION DE LITOTRÍCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE**

2. RESPONSABLE ..... BENJAMIN BLASCO BELTRAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· FERRUZ GIMENEZ MONTLER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· GONZALEZ VARGAS FRANCISCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· ROCHE ASENSIO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Litotricia del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza es Unidad de Referencia en Aragón para el tratamiento de la litiasis urinaria mediante Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque. Tras la recepción de una Solicitud de Tratamiento, se registra la fecha de entrada de la misma en la Unidad, debiendo ser evaluado el caso clínico por un Urólogo para priorizar y programar el tratamiento. Registrada la fecha de evaluación del caso clínico, se asigna día y hora para el tratamiento en función de la calificación de prioridad.

El número de entrada de Solicitudes de Tratamiento no es homogéneo en el tiempo, existiendo una gran variabilidad a lo largo del año. Se precisa asignar fecha de tratamiento no sólo en función de la fecha de entrada de la solicitud sino también según lo requiera la situación clínica de cada caso. Se hace por ello imprescindible el conocimiento de la presión asistencial en tiempo real, la disponibilidad de huecos de tratamiento y la situación actualizada de cada una de las fases para la asignación de cita de tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la incorporación de este Sistema de Control se espera racionalizar la citación y evitar demoras superiores a las asumibles, en función de su Preferencia, aumentando la efectividad y eficacia del proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Incorporación de un sistema de identificación de "tiempo de demora" para cada fase del proceso, en la Base Informática de la Unidad, mediante la incorporación de nuevos campos de cálculo y construcción de tablas de resultados automáticos, en base a los datos introducidos por los implicados. Para ello debe registrarse en la Base de Datos, la fecha de entrada de la Solicitud de Tratamiento, fecha de la asignación de Preferencia y fecha prevista del Tratamiento por parte de la Administrativa, Facultativo y Enfermera respectivamente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Complimentación del Campo "Fecha de Entrada", en el 100% de los Registros.  
- Complimentación del Campo "Fecha de Preferencia", en el 100% de los Registros.  
- Complimentación del Campo "Fecha de Tratamiento", en el 100% de los Registros.

El propio sistema alerta de los campos no cumplimentados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se estima instaurar el sistema de control en el mes de mayo de 2013 con una duración de carácter indefinido.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

**COORDINACION DE ACTIVIDADES NECESARIAS CON LOS ACELERADORES LINEALES DEL SERVICIO DE RT CON EL FIN DE OPTIMIZAR EL TIEMPO DISPONIBLE PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL CANELLAS ANOZ  
· Profesión ..... RADIOFISICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· HERNANDEZ VITORIA ARACELI. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PR  
· MILLAN CEBRIAN ESTHER. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PR  
· ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PR  
· FERRER MARIA LUISA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PR  
· LUENGO TOLOSA ELENA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PR  
· AGUIRRE COLLADO AURORA. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El funcionamiento de los aceleradores lineales de RT requiere de una serie de actividades interdisciplinarias imprescindibles para el aseguramiento de calidad de los tratamientos radioterápicos.

Todos ellos necesitan del uso de las unidades de tratamiento para su realización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las actuaciones dosimétricas y de control realizadas por el S° de Física vienen siendo consensuadas con el S° de Radioterapia, algunas de ellas en función también de las actuaciones del S° técnico de los aceleradores

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se va a empezar con el acelerador ONCOR.  
Los tratamientos de los pacientes venían empezando a las 8,30 y el S° de Física disponía desde las 13,30 a las 15h además de un día por mes para realizar las dosimetrías y controles necesarios.  
Se propone probar a realizar todas las medidas y controles a lo largo del mes en horario desde las 7,30h a las 9h, evitando la parada de fin de la mañana y la de un día por mes, optimizando así el tiempo disponible para el tratamiento de pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se han programado tanto los controles de periodicidad mensual como anual que es preciso realizar en el acelerador ONCOR, a lo largo del mes, en el horario establecido, de forma que se cubran todos los aspectos necesarios

Cada día un radiofísico de los que inician su horario laboral a las 7,30 y un técnico realizarán las tareas programadas

Será preciso incluir en el programa aquellas tareas dosimétricas no programadas que deban realizarse (dosimetrías IMRT, calibración nuevo equipamiento, calibración equipos existentes,..)

Se anotarán las incidencias surgidas e informará al equipo de trabajo si todo marcha según lo previsto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de controles previstos que no han podido realizarse a lo largo de un mes

- N° de horas necesarias/mes para actividades no programadas

- N° de cambios que ha sido preciso realizar según el plan previsto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Abril/13 Fecha final: Diciembre/13

Cronograma: Abril/13-Octubre/13: Seguimiento del plan establecido

Junio/13 hacer una primera valoración del seguimiento del plan

Diciembre /13: Análisis de resultados.

11. OBSERVACIONES. El S° de Física y PR está dispuesto a realizar este mismo plan en el acelerador Primus, siempre y cuando el S° de Radioterapia valore positivamente los logros alcanzados.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

280

## 1. TÍTULO

**ATENCIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

2. RESPONSABLE ..... AMPARO CANTIN GOLET
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DEL RIO AISA JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
  - MILLAN LOPEZ ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
  - GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
  - MARTELES CASAJUS SANTIAGO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
  - RIVAS JIMENEZ MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
  - JUEZ CLAVERIA JENIFER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
  - JORDAN DOMINGO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En todo el mundo, la cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de mortalidad. 7 millones de personas mueren cada año por cardiopatía isquémica, representando el 12,8% de todas las muertes. Uno de cada 6 hombres y una de cada 7 mujeres en Europa morirán por un infarto de miocardio. La incidencia de ingresos hospitalarios por SCA varía entre los países de la Comunidad Europea. El registro más completo es probablemente el de Suecia, donde existe una incidencia de 66 SCACEST/por cada 100000 habitantes y año. Datos similares aportan Bélgica y Estados Unidos.

La incidencia de SCACEST descendió de 121 a 77 por 100000 habitantes y año, mientras que la incidencia de SCASEST aumentó de 126 a 132 por 100000 habitantes y año. Parece que hay un descenso de SCACEST a la vez que aumenta el SCASEST.

La auténtica historia natural del IAMCEST es difícil de establecer por una serie de razones: la frecuente incidencia del infarto silente, la frecuencia de la muerte súbita fuera del hospital y los distintos métodos y definiciones utilizados para el diagnóstico de esta entidad.

En estudios poblacionales se ha observado de forma constante que la tasa total de mortalidad en pacientes con un diagnóstico presumible de infarto de miocardio o síndrome coronario agudo durante el primer mes es de un 50%, y alrededor de la mitad de estas muertes ocurren durante las primeras 2 h. Esta elevada mortalidad inicial no ha cambiado mucho en los últimos años, a diferencia de lo que ha sucedido con la mortalidad hospitalaria, en la que se ha observado un acusado descenso.

Antes de la introducción de las unidades de cuidados coronarios en la década de los sesenta, la mortalidad intrahospitalaria alcanzaba una media de un 25-30%. En la revisión sistemática de los estudios sobre mortalidad realizados en la era previa a la reperfusión de mediados de la década de los ochenta, se observó una mortalidad intrahospitalaria de un 16%. Con el uso generalizado de las intervenciones coronarias, agentes fibrinolíticos, tratamiento antitrombótico y prevención secundaria, la mortalidad total al mes se ha reducido a un 4-6%.

La reperfusión farmacológica o mecánica (ICP) temprana debe practicarse durante las primeras 12 h de la aparición de los síntomas en pacientes con presentación clínica de IAMCEST y con elevación persistente del segmento ST o con un nuevo o sospecha de un nuevo bloqueo completo de rama izquierda.

Hay consenso general en que se debe considerar la terapia de reperfusión (ICP primaria) cuando se dispone de evidencia clínica y/o electrocardiográfica de isquemia en curso, incluso cuando, según el paciente, los síntomas hayan comenzado más de 12 h antes, ya que el momento exacto de la aparición de los síntomas suele ser impreciso. Teniendo en cuenta los estudios y registros realizados, la ICP primaria (dilatación con balón) debe realizarse en las primeras 2 h tras el PCM en todos los casos. En pacientes que se presentan antes con gran volumen de miocardio en riesgo, la demora debe ser más corta.

El momento más crítico del IAMCEST es el momento inmediatamente posterior a su presentación, cuando el paciente se encuentra con dolor y puede sufrir una parada cardiorrespiratoria. Cuanto antes se inicie el tratamiento, especialmente la reperfusión, mayor es su efecto beneficioso ("tiempo es músculo").

Por lo tanto es fundamental un reconocimiento precoz, un diagnóstico rápido y la estratificación temprana del riesgo en pacientes que se presentan en el Servicio de URGENCIAS con dolor torácico agudo, siendo imprescindible identificar a los pacientes en que una intervención temprana puede mejorar los resultados, aplicando las guías de práctica clínica publicadas al respecto y el Programa Nacional y Autonómico para la Atención Integral al Paciente con Cardiopatía Isquémica. Por otra parte, cuando se descarte el diagnóstico de IAMCEST, la atención puede centrarse en la detección de otras causas cardíacas o no cardíacas de los síntomas, como la disección aórtica, el embolismo pulmonar o la pericarditis.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Steg G, James K, Atar D, Badano L, Blömsstrom-Lundqvist C et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2012) 33, 2569-2619.
2. O'Gara P, Kushner F, Ascheim D, Casey Jr D, Chung M, de Lemos J et al. 2013 ACC/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;127:00-00.
3. Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, Garg S et al. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2010;31:2501-2555.
4. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blömsstrom-Lundqvist C, Crea F et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación

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

280

**ATENCIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2009;62(3):e1-e47.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1. Mejorar la atención a los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo con elevación del ST en nuestra población, aplicando la evidencia científica para aplicar un correcto tratamiento a cada paciente.

- Disminuir la demora en los tiempos de respuesta en la aplicación al tratamiento de reperfusión farmacológica y/o mecánica según la indicación y los recursos disponibles en ese momento.
- Identificar aquellos pacientes que se van a beneficiar claramente de la revascularización mecánica en la fase inicial del proceso, evitando demoras y retraso diagnóstico que van a condicionar su pronóstico.
- Conocer en profundidad el plan integral de tratamiento revascularizador del infarto agudo de miocardio en Aragón, para aplicar en cada caso el organigrama adecuado, y coordinando los recursos disponibles según el momento.
- Aplicar correctamente el uso de la terapia antiagregante/anticoagulante, según la actitud terapéutica decidida.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1. **ESTUDIO INICIAL RETROSPECTIVO:** Se realizará un estudio retrospectivo de unos tres meses en todos los pacientes con SCA vistos en el Servicio de Urgencias, revisando las historias clínicas informatizadas del PCH (programa informático de los servicios de urgencias hospitalarios de nuestra comunidad autónoma), haciendo especial hincapié en los indicadores de calidad mencionados. Se designa como responsable a la Dra. Cantín.

2. **COMUNICACIÓN AL SERVICIO:** Comunicación al resto de los miembros del Servicio de Urgencias, por medio de varias sesiones clínicas, del proyecto de mejora y de los resultados obtenidos inicialmente en el estudio retrospectivo, así como los planes de mejora y la evaluación final de los mismos. Se designa como responsables a los Dres: Millán y Del Río.

3. **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:** Se hará una revisión bibliográfica del tema basada en las guías de práctica clínica. Se designa como responsable a los Dres. Rivas y Gómez

4. **REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTE CON SCACEST EN URGENCIAS:** Se llevará a cabo en colaboración con la Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio de Hemodinámica del Servicio de Cardiología, aplicando las guías clínicas existentes al respecto. Se designa como responsable al Dr. Del Río con la colaboración de los Dres. Cantín, Millán, Juez y Rivas.

5. **CREACIÓN DE UN REGISTRO DE CASOS:** Creación de un registro de casos de los pacientes atendidos en nuestro servicio de dicha patología. Se designa como responsable al Dr. Rivas. Deberán colaborar en la recogida de datos para el registro, todos los pertenecientes al equipo de mejora.

6. **DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO:** Será el Dr. Del Río el encargado de remitir, para su aprobación, a la Unidad de Calidad del Sector III el protocolo mencionado y de su difusión entre los miembros del servicio de urgencias.

7. **EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO:** Se llevará un control de calidad de los indicadores comentados para la evaluación y seguimiento del protocolo. Se encarga de dicho estudio los Dres. Rivas y Cantín. A su vez, serán los responsables de la difusión de los resultados entre los integrantes del Servicio de Urgencias.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Nombre del indicador (Criterio): Tiempo "PUERTA-BALÓN"  
Definición: Mediana del tiempo desde el primer contacto médico hasta el inicio de la angioplastia primaria en pacientes con IAM con ST elevado o BRIHH en el ECG realizado a la llegada del paciente al hospital.  
Excepciones: a) Pacientes menores de 18 años; b) Pacientes trasladados desde otro hospital tras fracaso de fibrinólisis; c) Pacientes que reciben fibrinólisis prehospitalaria.  
Estándar: 90 minutos (el 80 % de los pacientes no deben superar dicho tiempo)

**NOMBRE DEL INDICADOR (CRITERIO):** Administración de ácido acetil salicílico (AAS) a la llegada al Servicio de Urgencias.

**FÓRMULA DEL INDICADOR:**  $\frac{\text{Pacientes con SCACEST sin contraindicación para AAS que reciben AAS a la llegada al hospital}}{\text{Pacientes con SCACEST sin contraindicación para AAS}} \times 100$

**EXCEPCIONES:** Pacientes recibidos como traslado de otro hospital donde ya se ha administrado. Negativa del paciente. Contraindicaciones o razones para no prescribir AAS, documentadas en la historia clínica: sangrado activo, alergia a AAS, intolerancia al AAS.

**ESTÁNDAR:** >90%

**NOMBRE DEL INDICADOR (CRITERIO):** Tiempo de demora en la realización del ECG en paciente con sospecha de Síndrome coronario agudo.

**DEFINICIÓN:** Tiempo desde que el paciente con sospecha de síndrome coronario agudo llega a urgencias y se le hace el ECG y es interpretado por el médico. Es un indicador de seguridad. Se considera, por las sociedades científicas, que no ha de ser superior a 10 minutos. Es de vital importancia.

**FÓRMULA:**

$\frac{\text{Nº de pacientes con SCA y más de 10 minutos de demora en la realización del ECG}}{\text{Nº de pacientes con SCA}} \times 100$

**ESTÁNDAR:** 5 %.

**NOMBRE DEL INDICADOR (CRITERIO):** Tiempo puerta-aguja en pacientes con SCACEST. Expresa la demora en el inicio del tratamiento fibrinolítico. Su dimensión es de efectividad.

**DEFINICIÓN:** Es el tiempo transcurrido desde la entrada del paciente en urgencias y el inicio del tratamiento fibrinolítico. Las sociedades científicas consideran que ha de ser igual o menor a 30 minutos.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

280

**ATENCIÓN AL PACIENTE CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

## FÓRMULA:

Nº de paciente con SCACEST y tributarios de fibrinólisis y tiempo puerta-aguja menor o igual a 30 minutos X 100 /  
Nº pacientes con SCACEST tributarios de fibrinólisis.

EXCEPCIONES: Pacientes menores de 18 años. Pacientes que reciben fibrinólisis prehospitalaria. Paciente que remiten de otro hospital tras fracaso de fibrinólisis. Contraindicaciones para la fibrinólisis.

ESTÁNDAR: 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. ESTUDIO INICIAL RETROSPECTIVO: A lo largo del mes de Mayo
2. COMUNICACIÓN AL SERVICIO: Mes de Mayo
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: Mes de Mayo y Junio.
4. REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTE CON SCACEST EN URGENCIAS: Mes de Mayo a Finales de Julio.
5. CREACIÓN DE UN REGISTRO DE CASOS: Julio a finales de Agosto.
6. DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO: Meses de Agosto-Septiembre.
7. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO: Estudio de calidad durante los meses de Octubre a Noviembre.
8. FINALIZACIÓN DEL PROYECTO: Diciembre de 2013-Enero de 2014.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

009

## 1. TÍTULO

**MODIFICACION DEL SISTEMA DE IDENTIFICACION DE RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MORENO LAMANA VIRGINIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - CARRERAS CASANOVA VICTORIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - FERRER SAMATAN ELENA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - TEIRA SOLANO YOLANDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - OROS LOPEZ DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En España, la Ley de Registro Civil de 1957 y sus posteriores modificaciones legislaron la obligación de la identificación del recién nacido. Por tanto, la correcta identificación del recién nacido en el nacimiento constituye una obligación de los Servicios de Salud y del Profesional Sanitario.

Los cuestionarios de declaración de nacimiento para el Registro Civil utilizados en nuestro centro incluyen datos referentes al propio nacimiento, datos identificativos del personal sanitario que certifica el nacimiento y datos identificativos de la madre y del recién nacido (mediante inclusión de las huellas digitales o plantares). Clásicamente la identificación del recién nacido en el nacimiento consiste en la toma de las huellas (ya sea plantar o dactilar) y los brazaletes o pulseras identificativas pero diversos estudios nos muestran que dichos métodos de identificación ofrecen escasas garantías para una adecuada identificación del recién nacido.

Ante la afirmación de que "huellas plantares y huellas dactilares no son métodos adecuados para la identificación de los recién nacidos para garantizar la identificación del neonato cuando sea precisa, valoramos la obtención de material genético (sangre) del niño y de la madre para garantizar la huella genética (ADN) como opción óptima en la identificación del recién nacido. El objetivo de nuestro proyecto es desarrollar una investigación amplia de nuevas posibilidades de identificación del recién nacido basadas en la obtención de sangre fetal, para consensuar en el seno del Servicio de Obstetricia y Ginecología un nuevo método que sustituya al método de identificación actual

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Investigación de sistemas de identificación fetal basados en ADN fetal.
2. Valoración y acuerdo del Servicio sobre la nueva versión de sistema de identificación en nuestro medio.
  3. Implantación del nuevo sistema de identificación de ADN fetal (Huella genética).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación de un equipo multidisciplinar (obstetras, matronas) para el desarrollo del proyecto
2. Investigación de otros sistemas de identificación del Recién Nacido basados en el toma de muestra de sangre fetal ya utilizados en otros Centros Hospitalarios y evaluación de dichos sistemas de identificación.
  3. Decisión consensuada respecto al nuevo método de identificación del Recién Nacido.
  4. Presentación del nuevo sistema de identificación al Servicio de Obstetricia y Ginecología para que sea conocido.
  5. Implementación del método de identificación del recién nacido
  6. Evaluación de adecuación de conservación de la identificación y almacenaje de los nuevos documentos de identificación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Número de sistemas de identificación de ADN fetal encontrados
- 2) Grado de aceptación por el servicio
  - 3) Consecución en la implantación del nuevo sistema de identificación
  - 3.1 Autorización del servicio de obstetricia y del Hospital
  - 3.2 Implantación en la historia clínica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013. Creación del equipo de trabajo
- Mayo 2013. Búsqueda de nuevos sistemas de identificación basados en ADN fetal.
- Mayo 2013. Valoración y aprobación de la nueva versión del sistema de identificación
- Junio 2013. Presentación global al servicio de obstetricia.
- Junio 2013. Inicio del estudio piloto.
- Julio 2013. Valoración e incorporación de modificaciones según problemas detectados en el estudio piloto
- Septiembre 2013. Aprobación por la comisión de dirección y calidad de nuestro Servicio.
- Octubre 2013. Implantación global de uso del nuevo sistema de identificación

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Recién Nacidos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

009

**MODIFICACION DEL SISTEMA DE IDENTIFICACION DE RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

438

**ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS POR PATOLOGIA EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA****2. RESPONSABLE** ..... CLARA MARIA DEL RIO PEREZ

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- . DOMINGUEZ MELERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . OLMOS FRANCISCO EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . DE MIGUEL DE LA MERCED ANA CELIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La especialidad de Neurocirugía, abarca el tratamiento quirúrgico de patología muy diversa, localizada a nivel intracraneal, raquídeo o nervios periféricos. La técnica quirúrgica empleada para tratar cada patología conlleva abordajes propios y complicaciones específicas relacionadas con la patología y la vía de abordaje.

Es imprescindible, para mejorar la atención e información del paciente, y garantizar los derechos de los usuarios, individualizar cada patología y ofrecer al paciente un consentimiento informado específico en el que conste la información básica acerca de la intervención que se le va a realizar y sus posibles complicaciones.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** 1. Actualización de los consentimientos informados de forma específica por patologías para implantar su uso en el Servicio de Neurocirugía.

2. Aumentar el nivel de satisfacción del paciente, mejorando la comunicación médico-paciente y aportarle información específica acerca de su patología, tratamiento y posibles complicaciones.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** - Revisión bibliográfica de las complicaciones más frecuentes de cada patología.

- Estudio de las directrices marcadas por la sociedad Española de Neurocirugía sobre consentimientos informados.
- Redacción de consentimientos informados específicos para cada patología.
- Revisión de los mismos por parte de la Comisión de Calidad.
- Una vez aceptados por la Comisión de Calidad, implantarlos para su uso por parte del Servicio de Neurocirugía.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** - Grado de satisfacción acerca de la información proporcionada sobre el tratamiento quirúrgico de su patología.

- Grado de satisfacción acerca de la información proporcionada sobre las posibles complicaciones derivadas del tratamiento quirúrgico.

Ambos se obtendrán mediante encuesta previa al alta

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Hasta Agosto de 2013 se revisarán los consentimientos informados actuales y se realizarán las modificaciones pertinentes.

En septiembre de 2013 se enviarán para su revisión por parte de la Comisión de Calidad.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- .EDAD. Todas las edades
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes subsidiarios ed tratamiento quirúrgico por nuestro Servicio

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

282

**REVISION DE LOS VOLANTES DE DERIVACION A LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGIA PARA EVITAR DUPLICIDADES Y FOMENTAR CELERIDAD EN REALIZAR DIAGNOSTICO Y PONER TRATAMIENTO****2. RESPONSABLE** ..... CONCEPCION DELGADO BELTRAN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- BOSQUE PERALTA MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
- GRACIA ESTEVEZ JULIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
- AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
- DEL RIO MARTINEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
- PERALTA GINER CILIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
- MERIÑO IBARRA ERARDO ERNESTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
- CUELLAR CRUZ VICTOR. MIR 4º. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1.- Evaluación**

a) Los pacientes reumatológicos en su mayoría son derivados a nuestro servicio procedentes de los médicos de Atención Primaria y en menor medida de otras especialidades. Cuando son derivados se hace a través de un volante de derivación. Durante los años 2010 y 2011 se realizaron planes de mejora de la calidad enfocados a la derivación de los pacientes reumatológicos a las consultas, sin embargo no han ofrecido los resultados esperados ya que sólo la mitad de las derivaciones se ajustaban al protocolo establecido.

b) En numerosas ocasiones se duplican las derivaciones, porque los pacientes son remitidos desde distintos servicios; porque son derivados a consultas extrahospitalarias y de forma simultánea se realiza seguimiento en el hospital; porque se remite por clínica en distintas articulaciones pero dentro de la misma patología, etc.

c) Cuando los pacientes son derivados según se aconseja, con analíticas recientes y realizado estudio radiológico de la parte afecta, es posible hacer un diagnóstico y poner un tratamiento en un único acto médico, sin embargo esto no es posible si los pacientes no son derivados según este protocolo y se requieren más visitas a nuestras consultas.

**4.2.- Oportunidades de Mejora para 2013**

- Se pretende el realizar evaluación de todos los volantes de derivación de los pacientes cuando estos son remitidos a la consulta, para detectar lo antes posible las duplicidades o los pacientes que ya han sido vistos e incluso que han sido dados de alta y de esta forma anular esas duplicidades.

- De forma asociada evaluar el motivo por el que se remite a nuestras consultas y si es necesario (si su médico no lo ha hecho antes) se solicitan pruebas diagnósticas para que estén realizadas antes de acudir el paciente, de esta forma se pretende realizar una única visita que sirva para realizar el diagnóstico y establecer un tratamiento en un único acto médico.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS:**

- La valoración del 95% de los volantes cuando son enviados a consultas de Reumatología.

- Detectar las duplicaciones en las derivaciones de los pacientes; así como detectar pacientes que ya se han evaluado e incluso se han dado de alta, de esta forma estos pacientes pueden ser sacados de "buzón" ( en espera de ser vistos).

- Realizar solicitud de pruebas diagnósticas que son necesarias para hacer un único acto médico en el caso de que su médico no las haya realizado antes de derivar al paciente.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1º. Semanalmente se hará valoración de los volantes de derivación, de forma que se puedan detectar duplicidades y sacarlos de buzón lo antes posible. Se comenzará en Abril 2013, A valorar el seguimiento cada 3 meses, en Julio, Octubre de 2013 y en Enero y Abril de 2014

2º. Los pacientes que no tengan realizadas las pruebas diagnósticas de derivaciones que se ajusten al protocolo establecido, solicitarlo, de forma que cuando el paciente acuda a la consulta si es posible se realice la valoración por nuestra parte en un acto único. Para ello, se realizará estudio de los pacientes que acuden con las pruebas diagnósticas realizadas en Julio y en Diciembre 2013 remitido por su médico. A valorar el seguimiento en Julio de 2013

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

-Porcentaje de volantes evaluados de todos los enviados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

282

## 1. TÍTULO

**REVISIÓN DE LOS VOLANTES DE DERIVACIÓN A LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA PARA EVITAR DUPLICIDADES Y FOMENTAR CELERIDAD EN REALIZAR DIAGNÓSTICO Y PONER TRATAMIENTO**

-Pacientes que son sacados de buzón por tener cita previa ó tener seguimiento en consultas de Hospital Clínico/  
total de los pacientes remitidos a consultas de Reumatología x 100

-Número de pacientes vistos en un único acto médico/ total de los pacientes remitidos a consultas de Reumatología x  
100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Duración: 1 año: inicio en Abril de 2013 y hasta Abril 2014

-1º Evaluación de indicadores en Julio y posteriormente en Octubre de 2013 y en Enero y Abril de 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

406

**PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE PATOLOGIA DEL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL DIAZ VEGA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SANZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· GARCIA SIMON RAQUEL. MIR 3°. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· GRACIA COLERA DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· CARBAJO MARTINEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· BOILLOS CALVO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las patologías más frecuentes que acuden a las urgencias del servicio obstetricia y ginecología son las hemorragias del primer trimestre acompañada o no de dolor. Nos encontramos con dos escenarios que requieren control o tratamiento:

1) En la mayoría de ellas diagnosticamos pérdida de gestación precoz (aborto diferido), requiriendo un legrado obstétrico, lo que conlleva generalmente, un estudio preoperatorio, la intervención quirúrgica con anestesia general y dos días de hospitalización.

2) Otras veces, no se localiza el embarazo, pudiendo ser en estas ocasiones, un embarazo incipiente, un aborto preimplantacional o una gestación ectópica. En estas ocasiones, la paciente se le solicita desde urgencias una serie de pruebas, acudiendo a los días o cuando aumenta la sintomatología de nuevo a urgencias, lo que conlleva un control por distintos facultativos y una saturación de urgencias.

Dada la problemática observada, y pudiendo ofertar otras alternativas de control y terapéuticas en estos procesos nos hemos propuesto desarrollar un procedimiento de tratamiento de estas patologías tan frecuentes y unificar su control y seguimiento en la consulta denominada de patología del primer trimestre. De esta manera:

1) Pérdida Gestacional Precoz: Ofertar la posibilidad de tratamiento farmacológico, con la finalidad de disminuir el número de legrados obstétricos. El tratamiento se indica en urgencias y se remite a control a la consulta de patología del primer trimestre.

2) Gestación de localización desconocida: Controlar el diagnóstico de esta patología en consulta, observar su evolución y potenciar el tratamiento farmacológico del embarazo ectópico desde consultas, intentado evitar los tratamientos quirúrgicos de esta patología

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Pérdida Gestacional Precoz: De las 260 pérdidas gestacionales, aproximadamente en el 95% de las ocasiones se ha realizado un legrado obstétrico, con ingreso hospitalario. Durante el último mes hemos comenzado con el tratamiento médico, realizado 6 tratamientos farmacológicos, que ninguno de ellos requirió intervención quirúrgica ni hospitalización.

Gestación de localización desconocida: No tenemos documentado correctamente este apartado. Las gestaciones ectópicas que requieren tratamiento quirúrgico suelen ser de 18-22 al año, y los tratamientos farmacológicos de 10-14. La finalidad sería un mejor y precoz diagnóstico de la gestación ectópica para comenzar ante el tratamiento farmacológico si fuera necesario.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pérdida Gestacional Precoz: Reducción en un 20-25% las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones.

Gestación de localización desconocida: Mejor control y seguimiento de esta patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Medidas previstas: Derivar a las pacientes desde urgencias ginecológicas a la consulta de patología del primer trimestre, que será llevado por los facultativos que integran el grupo de mejora. Se ofertará esta consulta los lunes, miércoles y viernes a partir de las 12, 30 horas.

-Responsables: Facultativos: Dres: Lapresa, Lou, Mateo, Sanz, Díaz.

Enfermería: Esther Carabajo

-Procedimientos: El día 2-04-2013 la comisión de dirección del servicio de Obstetricia y Ginecología aprobó los dos procedimientos de actuación. Gestación de localización desconocida y el de pérdida gestacional precoz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a) Indicadores de actividad.

- Pacientes con gestación de localización desconocida.
- Pacientes con pérdida gestacional precoz.
- Relación Tratamiento médico / Tratamiento quirúrgico.
- Pacientes con gestación ectópica.
- Relación Tratamiento conservador / Tratamiento quirúrgico.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

406

**PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE PATOLOGIA DEL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION**

## b) Indicadores de calidad

- Número de consultas / paciente.
- Pérdida gestacional precoz
- Gestación de localización desconocida
- Pérdida gestacional precoz: Tratamiento farmacológico con misoprostol que ha evitado el tratamiento quirúrgico (legrado)
- Gestación ectópica: Tratamiento conservador que ha evitado el ingreso y tratamiento quirúrgico (laparoscopia).
- Valoración de la reducción del gasto con los tratamientos médicos.

## c) Evaluación y seguimiento:

- Trimestral: Evaluación del procedimiento, de los indicadores de actividad y calidad.
- Anual: Aportación de los datos estadísticos con los indicadores de actividad y calidad y presentación de los mismos en la sesión clínica del servicio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer trimestre: Puesta en marcha de la consulta de patología del primer trimestre de gestación. Valoración y posible corrección de los indicadores de actividad y calidad.

- Segundo trimestre: Obtención de datos semestrales de los índices de actividad y calidad. Valoración de
- Finalizar el año: Presentación de datos, índices de actividad y calidad en la sesión clínica del servicio, en la comisión de calidad del servicio y comunicación final a la unidad de calidad del hospital

11. OBSERVACIONES. Con el material (ecógrafo, aspirador, etc) e instrumental inventariable y desechable que disponemos en la consulta, no es necesario ninguna inversión económica. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. gestacion de localizacion desconocida

OTRA PALABRA CLAVE 2. Perdida gestacional precoz

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

436

## 1. TÍTULO

**VALORACION SOCIAL PRECOZ DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO PARA DISMINUIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS DOMINGUEZ MELERO

- . Profesión ..... ENFERMERIA
- . Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
- . Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . DE MIGUEL DE LA MERCED ANA CELIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . MORENO GIL ROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . DEL RIO PEREZ CLARA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . GIMENO LECHON SARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . BANCES FLOREZ LUCIANO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- . LOPEZ ARANEGA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO, MUCHAS VECES PRESENTA TRAS EL TRATAMIENTO DE SU PATOLOGÍA, DÉFICITS TANTO COGNITIVOS COMO MOTORES QUE PRECISAN TRAS EL ALTA HOSPITALARIA LARGOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN O APOYO DOMICILIARIO PARA INTEGRARSE NUEVAMENTE A LA VIDA EXTRAHOSPITALARIA. DEBIDO A LA SATURACIÓN DE LSO HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA, MUCHAS VECES PERMANECEN EN EL HOSPITAL DE AGUDOS TRAS LA RESOLUCIÓN DE SU PATOLOGÍA LARGOS PERIODOS DE TIEMPO.

CREEMOS FUNDAMENTAL LA VALORACIÓN PRECOZ E INDIVIDUALIZADA DE CADA UNO DE ESTOS PACIENTES, TENIENDO EN CUENTA EDAD, COMORBILIDAD, SITUACIÓN SOCIAL Y POSIBLES DÉFICITS DERIVADOS DE SU ENFERMEDAD PARA PODER INICIAR DE FORMA PRECOZ LOS TRÁMITES PARA ASEGURAR UNA CORRECTA INTEGRACIÓN EXTRAHOSPITALARIA TRAS EL TRATAMIENTO DE SU PATOLOGÍA. PARA ELLO, ES IMPRESCINDIBLE UNA IMPLICACIÓN PRECOZ DE SUS FAMILIARES EN EL CUIDADO DEL ENFERMO, CON APOYO INICIAL DEL TRABAJADOR SOCIAL Y LA ENFERMERA DE VALORACIÓN, Y VALORAR OTRAS OPCIONES AL ALTA, MENOS SATURADAS, COMO LOS CENTROS DE DÍA DE LOS HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA CUANDO LA SITUACIÓN DEL PACIENTE LO PERMITA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. DISMINUIR LA ESTANCIA MEDIA EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA.

2. DAR ALTERNATIVAS INDIVIDUALIZADAS Y ADAPTADAS A LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE DE CARA AL ALTA.

3. IMPLICAR A LOS FAMILIARES DE FORMA PRECOZ EN LAS NECESIDADES A LARGO PLAZO DEL PACIENTE.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - IDENTIFICACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE SUBSIDIARIO DE TRATAMIENTO REHABILITADOR O AYUDA DOMICILIARIA AL (EQUIPO DE ENFERMERIA DE NEUROCIRUGÍA, EQUIPO MÉDICO DE NEUROCIRUGÍA).

- IMPLICACIÓN DE LOS FAMILIARES PARA LA INTEGRACIÓN LO MÁS PRECOZ POSIBLE A LA VIDA EXTRAHOSPITALARIA (EQUIPO DE ENFERMERIA Y AUXILIARES DE NEUROCIRUGÍA).

- TRABAJO CONJUNTO DE TODOS LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA CON LA ENFERMERA DE VALORACIÓN Y EL ASISTENTE SOCIAL.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS. (SE ACEPTARÁ COMO BUEN

RESULTADO ESTANCIA MEDIA INFERIOR A 20 DÍAS EN PACIENTES SIN COMPLICACIONES MÉDICAS DE SU PATOLOGÍA DE INGRESO).

- TIEMPO QUE PASA DESDE EL INGRESO HASTA QUE SE REALIZA LA SOLICITUD PARA TRASLADO A CENTRO DE LARGA ESTANCIA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. HASTA SEPTIEMBRE DE 2013 SE TRABAJARA CONJUNTAMENTE CON LA ENFERMERA DE VALORACION Y EL ASISTENTE SOCIAL PARA DESARROLLAR EL PLAN DE ACTUACIÓN.

EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2013 SE IMPLANTARA LA VALORACIÓN PRECOZ

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Todas las edades
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROQUIRÚRGICA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

048

## 1. TÍTULO

**ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO DE LA UROLOGIA FUNCIONAL. CREACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE LA FLUJOMETRIA MICCIONAL**

## 2. RESPONSABLE ..... ANGEL GABRIEL ELIZALDE AMATRIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Urología Funcional es una disciplina de la Urología que está adquiriendo un mayor protagonismo y proyección en los últimos años. El crecimiento de la Urología Funcional es paralelo al mayor interés de los profesionales sanitarios sobre patologías relacionadas con la incontinencia urinaria, la disfunción miccional, la patología del suelo pélvico y la cirugía reconstructiva, así como una mayor demanda social para la resolución de este tipo de trastornos que afectan de forma significativa la calidad de vida de las personas que los sufren.

En un estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico en Francia, Italia y España (n=666) se observó que la prevalencia global de hipertrofia benigna de próstata en una población que consultaba espontáneamente al médico de atención primaria por síntomas del tracto urinario inferior fue de un 66% (95% CI: 62.3-69.5) confirmado por el urólogo, de los que el 80% tenían síntomas moderados-graves.

La cirugía en pacientes con hipertrofia benigna de próstata obtiene óptimos resultados en aquellos pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a adenoma prostático. La flujometría miccional (registro del volumen de orina evacuada por unidad de tiempo (ml/s)) permite hacer una aproximación diagnóstica de la obstrucción de tracto urinario inferior. Valores por debajo de 10ml/s suelen relacionarse con obstrucción del tracto urinario inferior. Valores superiores a 10-15ml/s se asocian a tasas más altas de fracaso quirúrgico. La cirugía en pacientes con hipertrofia benigna de próstata obtiene óptimos resultados en aquellos pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a adenoma prostático. La realización de la flujometría miccional tras la cirugía es un procedimiento obligado que permite evaluar los resultados obtenidos en comparación con los valores flujométricos previos a la cirugía y detectar aquellos pacientes en los que la cirugía no ha sido efectiva, debiéndose realizarse en los primeros 3 meses tras la cirugía.

Con este objetivo hemos diseñado un proyecto de desarrollo de un modelo de solicitud de la flujometría miccional estandarizado, del que actualmente carecemos, esencial para poder tomar ulteriores decisiones y el seguimiento de los pacientes.

## 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 patología funcional urológica, estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, siguiendo las directrices de la Asociación Española de Urología y European Association of Urology. Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos de urología funcional con alto impacto en la calidad asistencial. Es especialmente importante recalcar que el estrecho contacto con el paciente con disfunción miccional y sus problemas, la atención integral y la aplicación de tratamientos específicos adecuados a la patología funcional subyacente, tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares.

Como consecuencia de este modelo de solicitud se espera:

- Creación de las solicitudes del estudio de flujometría miccional.
- Acortar los circuitos de los pacientes.
- Reducir el número de consultas externas.
- Mejorar la información del proceso de cada paciente.
- Agilizar la recepción de solicitudes disminuyendo la demora.
- Homogeneizar el sistema de envío-recepción.
- Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizaremos un documento de consenso de solicitud de la flujometría miccional práctico y sencillo, integrando diferentes ítems con cuestionarios diagnósticos de rápida y fácil cumplimentación.

Se prestará mayor importancia a aquellos pacientes sometidos a cirugía de la hiperplasia benigna de próstata. Especialmente importante será que todos los pacientes citados en la Unidad para la realización del estudio, se les habrá instruido para acudir con la vejiga llena y ganas de orinar, ya que se requiere un volumen miccional mínimo de 150 ml, evitando la necesidad de suspensión de estudios y necesidad de reprogramar a los pacientes.

Nos serviremos de la actual agenda de estudios de flujometría miccional para incorporar en la misma estos pacientes, ocupando estos días de trabajo de la Unidad. Una vez en marcha el modelo de solicitud será responsabilidad de todos los miembros del Servicio realizar una adecuada cumplimentación de modelo de solicitud. Para ello se intentará que sea sencillo, intuitivo y de fácil cumplimentación.

Según el resultado se procederá a remitir al paciente a la consulta de origen para valorar el resultado, instaurando el tratamiento si fuera necesario acortando el proceso.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Sugerimos estos indicadores:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

048

**ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO DE LA UROLOGIA FUNCIONAL. CREACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE LA FLUJOMETRIA MICCIONAL**

- Creación del modelo de solicitud: estándar = SI
- Pacientes remitidos con el modelo de solicitud del total de pacientes remitidos (estándar= >90%)
- Pacientes con modelo de solicitud completado (estándar= >90%)
- Pacientes con realización del estudio de flujometría miccional prequirúrgica en pacientes con hiperplasia benigna de próstata. (estándar= >90%)
- Pacientes con realización del estudio de flujometría miccional prequirúrgica en pacientes con hiperplasia benigna de próstata. (estándar= >90%)
- Tasa de flujometría obstructiva tras cirugía por hipertrofia benigna de próstata (Nº de pacientes con flujometría miccional < 10 ml/s post cirugía por HBP/Nº de pacientes sometidos a cirugía prostática debido a HBP x 100) (estándar =5%)

Estos indicadores serán medidos cada 6 meses, haciendo hincapié sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las solicitudes archivadas en la unidad de urodinámica y revisión de protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología. Criterios de exclusión: Pacientes portadores de sonda vesical

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dado que ya se dispone del flujómetro, del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, así como la base de datos de protocolos quirúrgicos, es factible comenzar en cuanto el documento de consenso del modelo de solicitud esté elaborado para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 2 años, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio, con la posibilidad de la informatización de las peticiones y resultados de la prueba en un futuro en la base de datos File Maker central del Servicio de Urología con acceso desde ordenadores de todas las consultas, planta y quirófanos de urología.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. FLUJOMETRÍA MICCIONAL

OTRA PALABRA CLAVE 2. HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

024

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DEL MODELO DE SOLICITUD DEL ESTUDIO URODINAMICO**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ELIZALDE AMATRIA ANGEL GABRIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA
- CEITEGUI CUSCULLO BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA
- TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Urología Funcional es una disciplina de la Urología que está adquiriendo un mayor protagonismo y proyección en los últimos años. El crecimiento de la Urología Funcional es paralelo al mayor interés de los profesionales sanitarios sobre patologías relacionadas con la incontinencia urinaria, la disfunción miccional, la patología del suelo pélvico y la cirugía reconstructiva, así como una mayor demanda social para la resolución de este tipo de trastornos que afectan de forma significativa la calidad de vida de las personas que los sufren.

Como ejemplo, la incontinencia urinaria es una patología con alto impacto social y elevada prevalencia, estimándose, según el Observatorio Nacional de Incontinencia, que la prevalencia de incontinencia urinaria en la población española es de 6,51 millones. En la actualidad, se está haciendo énfasis en determinar las opciones de mejor costo-efectividad en el estudio y tratamiento de la patología funcional urológica. Los estudios urodinámicos constituyen una herramienta fundamental para caracterizar la fisiopatología de base y definir esquemas terapéuticos. Se aconseja la realización del estudio urodinámico para una mejor planificación del esquema terapéutico, indicando medidas higiénico dietéticas preventivas, y en el que caso en el que estén indicados, racionalizar el consumo de los fármacos, promoviendo la utilización de los de un mayor nivel de evidencia, y racionalizando las indicaciones de pruebas complementarias y técnicas diagnósticas de urología funcional. El estudio urodinámico no está indicado en la incontinencia urinaria pura antes del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, en la incontinencia urinaria mixta y en aquellos casos en los que la cirugía de incontinencia no fue efectiva permite obtener información imprescindible para planificar otras alternativas terapéuticas.

Con este objetivo hemos diseñado un proyecto que tiene importantes variaciones en el modelo actual de solicitud del estudio urodinámico, del que se han objetivado carencias, esencial para poder tomar ulteriores decisiones, y que implica no solo al Servicio de Urología, sino que al ser una patología multidisciplinar a otros Servicios como Neurología, Neurocirugía, Ginecología y Rehabilitación entre otros.

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 patología funcional urológica, estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, siguiendo las directrices de la European Association of Urology y la International Continence Society entre otras. Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos de urología funcional con alto impacto en la calidad asistencial. Es especialmente importante recalcar que el estrecho contacto con el paciente incontinente y con disfunción miccional y sus problemas, la atención integral y la aplicación de tratamientos específicos adecuados a la patología funcional subyacente, tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares.

Como consecuencia de este modelo de solicitud se espera:

- Optimizar las solicitudes del estudio urodinámico.
- Acortar los circuitos de los pacientes.
- Reducir el número de consultas externas.
- Mejorar la información del proceso de cada paciente.
- Agilizar la recepción de solicitudes disminuyendo la demora.
- Homogeneizar el sistema de envío-recepción.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizaremos un documento de consenso de solicitud del estudio urodinámico práctico y sencillo, integrando diferentes ítems con cuestionarios diagnósticos de rápida y fácil cumplimentación. Se prestará mayor importancia a aquellas circunstancias que puedan condicionar la necesidad de contraindicación o suspensión del estudio urodinámico, destacándolas en el modelo de solicitud, disminuyendo estas situaciones. Especialmente importante será que todos los pacientes citados en la Unidad de Urodinámica para la realización del estudio, se les habrá instruido para haberse realizado unos días antes el urocultivo necesario. La revisión del resultado se realizará con el tiempo previo necesario para en el caso de positividad del mismo, evitar la necesidad de suspensión de la prueba, hasta la negativización del resultado tras instaurar tratamiento por parte del médico de atención primaria.

Nos serviremos de la actual agenda de estudios urodinámicos 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 el modelo de solicitud será responsabilidad de todos los miembros del Servicio realizar una adecuada cumplimentación de modelo de solicitud. Para ello se intentará que sea sencillo, intuitivo y de fácil cumplimentación.

Según el resultado se procederá a remitir al paciente a la consulta de origen para valorar el resultado,

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

024

**OPTIMIZACION DEL MODELO DE SOLICITUD DEL ESTUDIO URODINAMICO**

instaurando el tratamiento médico necesario o incluyéndolo en Lista de Espera Quirúrgica si fuera necesario acortando el proceso.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Sugerimos estos indicadores:

- Creación del modelo de solicitud: estándar = SI
- Pacientes remitidos con el nuevo modelo de solicitud del total de pacientes remitidos (estándar= >90%)
- Pacientes con modelo de solicitud completado (estándar= >90%)
- Pacientes con necesidad de suspensión del estudio urodinámico por falta del modelo de solicitud o contraindicación del mismo (estándar < 5%)
- Estudio urodinámico (EUD) por incontinencia urinaria (IU) "bien indicado" (Nº de pacientes con EUD por IU "bien indicado" /Nº de pacientes con EUD por IU x 100) (estándar= >80%)

Estos indicadores serán medidos cada 6 meses, obteniéndolos de las solicitudes archivadas en la unidad de urodinámica. Se recalcará la solicitud de todas las pacientes con EUD por IU durante el periodo evaluado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dado que ya se dispone del aparato de urodinámica MMS solar, del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, es factible comenzar en cuanto el documento de consenso del modelo de solicitud esté elaborado para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 2 años, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio, con la posibilidad de la informatización de las peticiones y resultados de la prueba en un futuro en la base de datos File Maker central del Servicio de Urología con acceso desde ordenadores de todas las consultas, planta y quirófanos de urología

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Incontinencia urinaria

OTRA PALABRA CLAVE 2. Estudio urodinámico

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

025

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y CRONICA EXACERBADA CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS**

## 2. RESPONSABLE ..... ALVARO FLAMARIQUE PASCUAL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABASCAL RODA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- MEZQUIDA ARNO JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- FALCON REIBAN MARIA FERNANDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- RUIZ FELIPE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) es una modalidad de soporte respiratorio que permite aumentar la ventilación alveolar sin necesidad de invasión artificial de la vía aérea.

Reduce la morbimortalidad de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, disminuyendo la necesidad de intubación orotraqueal (IOT) y evitando las complicaciones secundarias a la misma.

Su empleo está cada vez más extendido en los Servicios de Urgencias hospitalarios como el nuestro, pero con una situación de partida no protocolizada.

La VMNI necesita un seguimiento cercano de los pacientes durante las primeras horas de su implantación y una colaboración intensiva entre el personal médico y de enfermería.

Nuestro proyecto pretende implementar la VMNI en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda en nuestra Unidad:

- Estableciendo su procedimiento de manejo.
- Optimizando los recursos materiales disponibles (dispositivos y respiradores)
- Formando al equipo médico (Adjuntos y MIR) y al personal de enfermería.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Crear un equipo asistencial implicado en la utilización de la VMNI.
2. Implantar un protocolo de seguimiento y cuidados de estos pacientes durante su estancia en Urgencias.
3. Reducir la necesidad de IOT y/o ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos de este tipo de enfermos.
4. Disminuir su morbimortalidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Presentación del procedimiento de manejo de la VMNI al equipo médico y al personal de enfermería de la Unidad adecuado a la evidencia disponible de grupos de trabajo especializados y adaptado a nuestra situación.

2. Formación del personal MIR adscrito a la Unidad Docente de MFyC del Sector III de Zaragoza.
3. Formación del personal de enfermería adscrito a la Sala de Observación de nuestra Unidad (SOU): material y dispositivos disponibles, monitorización, manejo de las posibles complicaciones ...
4. Registro de pacientes que han recibido VMNI en nuestra Unidad incluyendo hoja de valoración de enfermería
5. Monitorización de indicadores de proceso y resultado.
6. Análisis de los resultados con retroalimentación al personal implicado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes que han precisado VMNI según indicación: insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, hipercápnica o paliativa.

2. Porcentaje de Gasometrías arteriales realizadas tras 1-2 h de colocación de la VMNI
3. Porcentaje de registros de enfermería realizados correctamente según el procedimiento.
4. Porcentaje de pacientes en los que se inicia VMNI que precisan intubación orotraqueal (IOT) en su seguimiento.
5. Porcentaje de pacientes en los que se inicia VMNI que precisan ingreso en UCI en su seguimiento.
6. Porcentaje de exitus durante su estancia en urgencias.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se establece una duración inicial del proyecto de 1 año:

1. Segunda quincena de abril de 2013 recuerdo del procedimiento al personal médico y de enfermería completando la formación ya iniciada.
2. Inicio del registro de pacientes con monitorización de indicadores a partir del 1 de mayo del 2013 con revisión trimestras.
3. Presentación de resultados en junio de 2014.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

025

**IMPLEMENTACION DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y CRONICA EXACERBADA CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS**

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

227

## 1. TÍTULO

**ATENCIÓN A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

## 2. RESPONSABLE ..... ALVARO FLAMARIQUE PASCUAL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOSTRES OMEDES CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE DIGESTIVO
- MIGUEL GIMENO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- CARRANZA NAVARRO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Hemorragia digestiva alta (HDA) es un problema de salud muy común en nuestros hospitales y servicios de urgencias, suponiendo entre 50 y 150 casos por cada 100.000 habitante/año, además de una alta morbilidad y no despreciable tasa de mortalidad. En los Estados Unidos de Norteamérica la tasa anual de hospitalización por HDA es de 160 admisiones por cada 100.000 habitantes, lo cual supone más de 400.000 ingresos/año en el país. La causa más frecuente en nuestro medio de HDA, y prácticamente en todo Occidente, es la úlcera péptica que supone alrededor del 50 % de todos los casos, siendo en menos del 10 % de los casos originados en un problemas de varices esofágicas o gástricas de origen en cirrosis hepática, hipertensión portal o patología hepática.

Diversos estudios han sugerido, basándose en datos de estudios poblacionales recientes que la incidencia de HDA estaría en 60 casos/100.000 habitantes/año, con un crecimiento en la proporción de episodios relacionados con el uso de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos. Además, la úlcera péptica como causa de HDA se ve predominantemente entre los pacientes de mayor edad, con un 68 % de casos con más de 60 años y un 27 % con más de 80 años de edad. El coste estimado en los Estados Unidos de Norteamérica a causa de los ingresos hospitalarios por HDA a causa de la úlcera péptica se aproximan a los 2 billones de dólares/año. La mortalidad por HDA se sitúa entre el 5 y el 10 %, aunque su pronóstico es favorable en la mayor parte de los pacientes, precisando únicamente tratamiento médico, observación y seguimiento.

A pesar de ello, la mayoría de los médicos, habitualmente, indican el ingreso hospitalario en todos los pacientes con HDA o con sospecha de la misma, sin tener en cuenta ni la etiología probable ni su gravedad. Obviamente esta decisión simplifica la práctica clínica pero implica un incremento sustancial en los costes de la atención a este tipo de procesos y el número de estancias hospitalarias suponiendo una sobrecarga nada desdeñable en la ocupación hospitalaria.

Por todo, consideramos que analizando detenidamente cada caso y aplicando determinadas reglas protocolizadas para el tratamiento de este tipo de procesos, se puede seleccionar un grupo muy importante de pacientes con sospecha de HDA, que acudan a nuestro Servicio de Urgencias, con bajo riesgo de morbimortalidad y, como consecuencia, puedan ser dados de alta desde nuestro servicio sin necesidad de ingreso hospitalario. A tal fin, numerosas investigaciones han aportados varios sistemas de clasificación que, utilizando parámetros clínicos y endoscópicos, predicen el riesgo de hemorragia persistente o recurrente en la fase aguda de la HDA. Así, son factores de riesgo alto y de evolución desfavorable una presión arterial sistólica menor de 100 mm de Hg y más de 100 latidos por minutos de frecuencia cardiaca, junto con el hallazgo de lesiones endoscópicas de alto riesgo según la clasificación del Forrest.

Nuestro grupo de trabajo pretende, con la puesta en marcha de un protocolo, aplicar en la población que acude a nuestro servicio de urgencias, con sospecha de HDA las distintas guías de práctica clínica que mejoren la calidad de la atención al paciente con sangrado digestivo alto y racionalicen la adecuación de su ingreso hospitalario.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding.- A national clinical guideline  
Disponble en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign105.pdf>
2. Lanás A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A First Spanish consensus on peptic ulcer bleeding management. Consenso sobre Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. [First Spanish consensus on peptic ulcer bleeding management. Consenso sobre Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica]. Med Clin (Barc). 2010;135(13):608-16.
3. María Chaparro, Almudena Barbero, Leticia Martín, Carlos Esteban, Laura Espinosa, Felipe de la Morena, Argeme Sánchez, Irene Martín, Cecilio Santander, Ricardo Moreno-Otero, Javier P Gisbert. Prospective evaluation of a clinical guideline recommending early patients discharge in bleeding peptic ulcer. J Gastroenterol Hepatol. 2010; 25:1525-1529.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la aplicación del protocolo de IBP en estos pacientes consiguiendo un estándar del 90 %.

2. Disminuir la tasa de ingresos de este tipo de pacientes en un 20 %.

3. Difundir nuestro protocolo entre los miembros del Servicio de Urgencias y de los facultativos que hacen guardias en nuestro servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realización de un estudio descriptivo retrospectivo de las HDA no graves durante un periodo de tres meses. Responsables: Carmen Lahoza, Carmen Miguel, Pilar Carranza, Alberto García y Joaquín Gómez.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

227

**ATENCIÓN A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

2. Evaluación de la aplicación del protocolo de uso racional de fármacos (IBP) en este tipo de pacientes.

Responsables: Carmen Lahoza, Carmen Miguel, Pilar Carranza, Alberto García y Joaquín Gómez.

3. Realización de un protocolo de atención en un urgencias a pacientes con HDA no grave: Miguel Rivas, Álvaro Flamarique, Carlos Sostres.

4. Realización de un estudio prospectivo de HDA no grave: Todo el equipo.

5. Difusión del protocolo: Alberto García, Álvaro Flamarique y Unidad de Calidad del Sector III.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nombre del indicador: Porcentaje de ingresos en pacientes con HDA no grave que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario.

Dimensión: Efectividad

Tipo de indicador: Resultado

Objetivo / justificación: Buena herramienta para evaluar la aplicación de las guías de práctica clínica a la atención al paciente con sospecha de hemorragia digestiva alta a su llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

$$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ enfermos con HDA no grave ingresados}}{\text{N}^\circ \text{ total de enfermos que acuden al S. U. H. con sospecha de HDA no grave}} \right) \times 100$$

Explicación de términos: El índice afecta a los pacientes que acuden a urgencias con la sintomatología mencionada que (Hemorragia digestiva alta aguda no grave), que no implican patología de varices esofágicas, cirrosis hepática u otras causas que cursen con síndromes de hipertensión portal y que son mayores de 14 años. Supone un indicador de calidad fácil de evaluar y muy demostrativo de la aplicación del protocolo.

Estándar: &gt; 80 % (Basado en datos propios de nuestra experiencia)

Fuente de datos: Historia Clínica Informatizada.

Población: Pacientes, mayores de 14 años, que acuden S. U. H con sospecha de HDA no grave.

Responsable de obtención: Responsables del protocolo.

Periodicidad de obtención: 6 MESES

Observaciones / comentarios: El estándar es muy aproximado. Se basa en la experiencia previa en los últimos 4 años en nuestro servicio.

Nombre del indicador: Uso racional de IBP en pacientes con sospecha de HDA no grave en el Servicio de Urgencias.

Dimensión: Efectividad

Tipo de indicador: Resultado

Objetivo / justificación: Buena herramienta para evaluar la aplicación de las guías de práctica clínica y el protocolo del Hospital Clínico sobre uso racional de fármacos  
IBP en pacientes con sospecha de HDA no grave en el Servicio de Urgencias.FÓRMULA: 
$$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con HDA no grave que acuden al SUH donde se cumple el protocolo de uso racional de IBP}}{\text{N}^\circ \text{ total de enfermos que acuden al S. U. H. con sospecha de HDA no grave}} \right) \times 100$$

Explicación de términos: El índice afecta a los pacientes que acuden a urgencias con la sintomatología mencionada que (Hemorragia digestiva alta aguda no grave), que no implican patología de varices esofágicas, cirrosis hepática u otras causas que cursen con síndromes de hipertensión portal y que son mayores de 14 años. Supone un indicador de calidad fácil de evaluar y muy demostrativo de la aplicación del protocolo.

Estándar: &gt; 90 % (Basado en datos propios de nuestra experiencia)

Fuente de datos: Historia Clínica Informatizada.

Población: Pacientes, mayores de 14 años, que acuden S. U. H con sospecha de HDA no grave.

Responsable de obtención: Responsables del protocolo.

Periodicidad de obtención: 6 MESES

Observaciones / comentarios:

(1): HDA: Hemorragia digestiva alta

(2): SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario

(3): Inhibidores de la bomba de protones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Estudio descriptivo de las HDA no graves que acuden a nuestro Servicio de Urgencias durante un periodo de 6 meses. Meses de Mayo y Junio de 2013

2. Realización de un protocolo consensuado con el Servicio de Digestivo sobre atención en urgencias a pacientes con esta patología. Meses de Mayo-Julio de 2013.

3. Entrega a la Unidad de Calidad del Sector de dicho protocolo y difusión entre el personal del Servicio de Urgencias y resto de facultativos que hagan guardias en dicho servicio. Septiembre-Octubre de 2013.

4. Estudio prospectivo de las HDA no graves durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2013 con evaluación de los indicadores de calidad reflejados.

5. Meses de Enero de 2014. Presentación de resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

227

**ATENCIÓN A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

**PROYECTO DE DERIVACION DIRECTA DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE TECNICAS INTERVENCIONISTAS ENTRE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGIA Y UNIDAD DEL DOLOR DEL HC UNIVERSITARIO "LOZANO BLES"****2. RESPONSABLE** ..... XAVIER FORNOS ROCA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- CIA BLASCO PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DEL DOLOR
- DELGADO BELTRAN CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
- RODRIGO ROYO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DEL DOLOR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde los servicios de la Clínica del Dolor y Reumatología somos conscientes de la cantidad de pacientes que requieren un tratamiento multidisciplinar para facilitar una mejoría clínica de sus respectivas patologías. Por este motivo, nos hemos puesto de acuerdo para realizar todos los viernes y los lunes, durante 2 horas respectivamente, diferentes tipos de técnicas invasivas (Infiltraciones, bloqueos...) de forma conjunta en las instalaciones de la Clínica del Dolor. De esta forma se realizará una colaboración directa entre servicios, y lo más importante, se iniciará una forma de trabajar multidisciplinar. Lo que queremos potenciar es una atención más óptima y directa sobre el paciente con dolor crónico mejorando de forma sustancial nuestra calidad asistencial, reducir la demora de tratamiento y reducir costes secundarios a tratamientos medicamentosos. Esta práctica no conllevará ningún aumento ni necesidad de personal añadido.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha realizado hasta el momento la derivación directa de 70 pacientes para técnicas invasivas guiadas por imagen. Estos pacientes tras ser diagnosticados por el Servicio de Reumatología y vista a la necesidad de realizar una técnica invasiva para su tratamiento son citados de manera directa para la realización de dicha técnica por personal conjunto de Reumatología y Unidad del Dolor en las instalaciones de la Unidad del Dolor. Estos pacientes no tienen que pasar ya por la lista de espera que sería preceptiva al derivar desde Reumatología a la Unidad del Dolor para valoración de primer día. Por tanto, se evita una demora en la realización de la técnica de aproximadamente 4-6 meses que es el tiempo de espera para citarse en la Unidad del Dolor como primer día. Este tipo de colaboración evita principalmente la visita de primer día en la Unidad del Dolor que en este caso sería innecesaria ya que al paciente se le deriva para la realización de una técnica específica preescrita por el reumatólogo. Se han unificado criterios entre los dos servicios para concretar los criterios de realización de las técnicas. Por tanto ceemos innecesario la revaloración por parte de la unidad del Dolor para indicar la técnica. De hecho el Dr. Fornós cuando cita al paciente para explicar la técnica y la firma de consentimientos se revisa la idoneidad del procedimiento. Una vez realizada la técnica la revisión se hace por parte del servicio de Reumatología de forma directa, evitando la duplicidad de visitas de revisión entre los dos servicios.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La reducción de lista de espera para la realización de determinadas técnicas a la Unidad del Dolor.

Evitar la duplicidad de visitas innecesarias.

La realización de técnicas en dolor crónico supone la reducción del tratamiento farmacológico en la mayoría de ocasiones.

Formar un equipo disciplinar integrado y aprovechar de una forma directa los conocimientos de ambos servicios para agilizar la realización de tratamientos, reducir el coste medicamentoso mediante la realización de técnicas mínimamente invasivas que conseguirán disminuir la ingesta media farmacológica por paciente tratado. Se tratarán mediante estas técnicas pacientes pertenecientes a ambos servicios indistintamente.

El objetivo de esta iniciativa es unificar criterios de realización de las técnicas, hacerlas en un espacio adecuado y contar con la colaboración de miembros de los 2 servicios para llevarlas a cabo.

Las terapias que se realizarán serán diferentes técnicas infiltrativas ecoguiadas o con fluoroscopia de zonas articulares y de partes blandas:

- Infiltración de ácido hialurónico en cadera guiado por ecografía
- Infiltración de articulación glenohumeral guiada por ecografía
- Infiltración facetaria guiada por rayos
- Infiltración de articulación sacroilíaca
- Infiltración de músculos profundos guiado por ecografía

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La necesidad de realización de este tipo de técnicas en este proyecto de mejora la llevan a cabo los reumatólogos del servicio en sus visitas a los pacientes. Una vez detectada la necesidad de dichas técnicas, un miembro del Servicio de Reumatología (Dr. Fornós Roca) se encarga un día concreto de la semana de llamar a estos pacientes, abrirles historia de la Unidad del Dolor y explicarles la técnica a realizar. Esta visita es realizada por el Dr. Fornos en la semana posterior a la realizada por el servicio de Reumatología, lo que evita la demora que supondría la derivación normal del paciente para valoración de primer día por parte de la Unidad del Dolor (4-6 meses). Esta visita la realiza el Dr. Fornos en las consultas de la Unidad del Dolor. Una vez hecha esta visita se cita al pacientes para la realización de la técnica en la semana posterior en el caso de necesidad utilización de fluoroscopia. Si la técnica sólo requiere la utilización de ecografía como guía de imagen, esta se realiza en el mismo día. La técnica se lleva a cabo en el quirófano de la Unidad del Dolor y la realizan en conjunto el Dr. Fornos por parte de Reumatología y el Dr.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

PROYECTO DE DERIVACIÓN DIRECTA DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS ENTRE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA Y UNIDAD DEL DOLOR DEL HC UNIVERSITARIO "LOZANO BLESÁ

Cía por parte de la Unidad del Dolor.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de técnicas realizadas mediante este tipo de derivación en 1 año  
Tiempo transcurrido desde la visita del paciente en el Servicio de Reumatología hasta el momento de la realización de la técnica

Ahorro de medicación tras la realización de la técnica en los 6 meses posteriores

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Pretendemos que la duración de este proyecto sea indefinida ya que supone un gran beneficio para los pacientes por reducir la espera para la realización de las técnicas.  
Asimismo, promueve la forma de trabajo multidisciplinar que es necesario para este tipo de tratamiento

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Dolor crónico

OTRA PALABRA CLAVE 2. Patología degenerativa

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

054

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UNA NUEVA METODOLOGIA DE CALCULO POR MONTE CARLO DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT)**

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GARCIA ROMERO  
· Profesión ..... RADIOFISICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE FISICA Y PR  
· MILLAN CEBRIAN ESTHER. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE FISICA Y PR  
· LALIENA BIELSA VICTOR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE FISICA Y PR  
· VILLA GARZULLA DAVID. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE FISICA Y PR  
· CALVO CARRILLO SHEILA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE FISICA Y PR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Radioterapia por Intensidad Modulada (IMRT) se viene aplicando en nuestro hospital desde la adquisición del acelerador ONCOR, con la consiguiente aplicación de los algoritmos de cálculo correspondientes en el Sistema de Planificación (SP) de Tratamientos del Sº de Física y PR. La complejidad de esta técnica requiere de unas comprobaciones sobre máquina del cálculo realizado, antes de aplicar el tratamiento al paciente.

Existen algoritmos más exactos como son los de Monte Carlo (MC). Estos algoritmos aunque no son aplicables en la práctica diaria por el tiempo de cálculo necesario, si pueden aplicarse a posteriori para calcular el tratamiento de manera redundante (utilizando el tiempo que sea necesario), siendo una herramienta más con la que se puede contar para la verificación del tratamiento previsto por el SP. Potencialmente podrían conllevar un ahorro de tiempo de máquina necesario para la verificación de la técnica de IMRT, en el caso de que quedaran perfectamente validados experimentalmente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento se ha desarrollado el programa de cálculo por MC para tratamientos de RT conformada (no IMRT) verificando su efectividad para la comprobación de los mismos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollar la aplicación necesaria para permitir el cálculo de situaciones más complejas como los cálculos de IMRT con el fin de utilizarla para la verificación de las planificaciones realizadas con el SP. Para ello es necesario un modelado más preciso del colimador multilámina y una modificación de las rutinas que ya se han generado en nuestro Servicio para cálculos MC en radioterapia 3D conformada, basadas en el sistema BEAMnrc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Desarrollar la aplicación propiamente dicha, modelado del colimador multilámina y rutinas de manejo de espacios de fase para el cálculo de múltiples segmentos de IMRT.  
- Desarrollar de un modelo de input/output de información para la aplicación que tenga en cuenta las particularidades de la IMRT.  
- Preparar un conjunto de cálculos reales de pacientes con el fin de probar dichas aplicaciones.  
- Contrastar los resultados obtenidos con las medidas experimentales, según el método que se viene utilizando en la actualidad  
- Analizar los resultados obtenidos y posible puesta en marcha de la aplicación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de tratamientos verificados para la validación del método  
- Desviación media y desviación estándar de la dosis absorbida calculada con el método MC con respecto a la medida en puntos con cámara de ionización. Deberá ser inferior al 3% y al 5% respectivamente.  
- Desviación media del índice gamma comparativo entre cálculos MC (planos de dosis) y planos medidos experimentalmente. La desviación media deberá ser inferior al 5% de puntos con gamma > 1.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Enero/13 Fecha final: Diciembre/13  
Cronograma: Enero/13-Mayo/13: Modelado de la aplicación para leer e incorporar segmentos de IMRT a la construcción de espacios de fase.  
Particularidades del cálculo en maniquí y modelado del colimador multilámina.  
Cálculo de una muestra significativa de los pacientes de IMRT tratados hasta la fecha, con objeto de establecer su exactitud y viabilidad.  
Conclusiones con carácter retrospectivo e implantación con carácter prospectivo.

Diciembre /13: Análisis de resultados.

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

054

**DESARROLLO DE UNA NUEVA METODOLOGIA DE CALCULO POR MONTE CARLO DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT)**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Verificación IMRT

OTRA PALABRA CLAVE 2. Monte Carlo

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

140

## 1. TÍTULO

**DERMATOMICOSIS: OPTIMIZACION DE LA TOMA DE MUESTRAS**

## 2. RESPONSABLE ..... JOAQUINA GIL TOMAS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- ESCARTIN BUISAN ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- BOLSA GORRIZ ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- ABARCA LORIENTE MARIA SOL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- FLAMARIQUE ZABORRAS MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- LAPLAZA SOLANO MARIA ANGELES. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La calidad del resultado emitido por el laboratorio de Microbiología depende en gran medida de la calidad de la muestra recibida. Cada tipo de muestra requiere de un material para la recogida y transporte de la misma y una muestra mal tomada o mal enviada conlleva al fracaso en el aislamiento del agente etiológico o al aislamiento de microorganismos contaminantes que pueden generar tratamientos inadecuados o innecesarios.

En las dermatomicosis, al igual que en cualquier proceso infeccioso, la toma adecuada de la muestra, el transporte idóneo y un procesamiento correcto son premisas esenciales para obtener un buen diagnóstico microbiológico. Tan importante como la muestra es conocer los datos epidemiológicos y clínicos que nos permitan tomar decisiones encaminadas a obtener el mejor rendimiento: selección de medios de cultivo, modificación del tiempo de incubación, técnicas de tinción, etc.

En los pacientes ambulatorios con sospecha de dermatomicosis, la toma de la muestra se realiza en la Unidad Central de Laboratorios (UCL) por personal de enfermería adscrito al Servicio de Microbiología y, ocasionalmente por personal de la UCL. Consideramos de gran utilidad poner en marcha acciones facilitadoras y formativas dirigidas al personal de enfermería centradas principalmente en aspectos técnicos relativos a la toma de muestras y epidemiológico-clínicos que posibiliten un mejor diagnóstico microbiológico evitando resultados falsos negativos, falsos positivos y repeticiones innecesarias.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Que las tomas realizadas por personal del Servicio de Microbiología y de la UCL sean adecuadas en cantidad y calidad.

2. Minimizar la presencia de hongos filamentosos contaminantes.

3. Que las muestras se acompañen de datos epidemiológico-clínicos relativos al paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un cartel con un esquema fácil de seguir en el que se detallan los puntos importantes a tener en cuenta a la hora de realizar este tipo de tomas: localización de la lesión, lesión única o múltiple, contacto con animales, profesión, asistencia a gimnasios, piscinas, antecedentes traumáticos, tratamiento inmunosupresor o tratamiento antifúngico previo, viajes, antecedentes en la familia o en el entorno, como y de donde obtener la muestra, tipo de visión directa, medios de cultivo a utilizar, cantidad de muestra a obtener, etc...

Actividades:

1. Realización de los carteles con las normas descritas de forma breve y clara
2. Colocación de los carteles en las zonas de trabajo
3. Reunión con el personal al comienzo del trabajo para explicar que se pretende con dicha medida y la importancia del seguimiento de las normas y solicitar su colaboración.
4. Reuniones periódicas para comunicar los cambios observados y las posibilidades de mejora

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Reuniones cuatrimestrales con acta (3/año)

2 .-Muestras con datos epidemiológicos: > 50%

3 .-Muestras contaminadas con hongos filamentosos: <10

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MAYO 2013: Realización de los carteles

JUNIO 2013: Colocación en las zonas de trabajo y reunión con el personal

OCTUBRE 2013: Reunión con el personal

FEBRERO 2014: Reunión con el personal

MARZO 2014: Evaluación de los resultados obtenidos

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

140

**DERMATOMICOSIS: OPTIMIZACION DE LA TOMA DE MUESTRAS**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Dermatomicosis

OTRA PALABRA CLAVE 2. Muestras

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS MEDIANTE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE CORTA ESTANCIA**

2. RESPONSABLE ..... GONZALO GONZALEZ GARCIA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARAGORRI OTERO JESUS MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- LACAMBRA ORGILLES ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- FACI ALCALDE ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- AURENSANZ CLEMENTE ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- SARREGUI MARTINEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gestión es cada vez en mayor medida una competencia que nos atañe a los médicos. Y esto es lógico por que el médico es el mejor conocedor de la necesidad real de recursos para realizar su trabajo y, a su vez, la persona responsable de que estos medios sean bien o mal aprovechados. La necesidad de conseguir eficiencia en nuestro trabajo y garantizar una atención excelente es el objetivo que tiene que tener en mente todo medico.

Las urgencias pediátricas han aumentado considerablemente en toda España y concretamente en nuestro hospital, suponiendo una demanda creciente e incontrolable que nos obliga a modificar y adecuar nuestra oferta. Por este motivo las unidades de Urgencias pediátricas han ido creando en los últimos años unidades de observación de corta estancia.

Los objetivos que se persiguen son:

- Permitir la vigilancia de niños, a menudo de corta edad, con síntomas de pocas horas de evolución, con un diagnóstico inicial sindrómico y cuya evolución es difícilmente previsible.
- Seleccionar la hospitalización en planta, disminuyendo el porcentaje de ingresos de baja complejidad y aumentando el peso específico de los diagnósticos del servicio de pediatría.
- Proporcionar una mejor asistencia y un menor coste para el Hospital.

?

Según recomendaciones europeas debería de haber un box de exploración por cada 18-22 visitas diarias. La media anual de pacientes pediátricos vistos en 2011 es de 55 pacientes día. En los meses de mayor incidencia de urgencias pediátricas la media llega a ser de 62 niños por día alcanzando días sobre todo festivos hasta 130 niños atendidos en un día. Por todas estas razones sería necesario un cuarto de exploración adicional. Así se conseguiría una atención más rápida y de mayor calidad a los pacientes.

?

Área de Observación: Sería recomendable y útil la posibilidad de tener 2 puestos de observación más (un total de 5, es decir el 10% de las urgencias diarias atendidas) y que estuviera supervisado por enfermería las 24 horas. Se crearía una unidad de corta estancia y en este puesto se realizaría observación de pacientes no más de 24 horas y se evitarían ingresos de niños con el consiguiente ahorro en costes. ( por ejemplo observación de pacientes que sufren traumatismo craneoencefálico, rehidrataciones rápidas en pacientes con deshidratación leve, lactantes con fiebre sin foco, pacientes con fiebre y petequias, convulsiones febriles, bronquitis, urticarias-angioedema...) La patología en Urgencias de Pediatría tiene unas peculiaridades propias que la diferencian de la del adulto. Los protocolos internacionalmente aprobados nos condicionan a los pediatras a ser extremadamente precavidos con determinados rangos de edad. Cada vez se tiende más hacia la conducta expectante, la observación y evitar en la medida de lo posible, pruebas cruentas.

Las unidades de observación hospitalaria en urgencias de pediatría se han ido implantando paulatinamente en la mayoría de hospitales terciarios del territorio español, europeo y norteamericano. Estas unidades se adaptan perfectamente a las peculiaridades de la patología pediátrica y han demostrado en diferentes estudios<sup>1-3</sup> unos beneficios evidentes para los pacientes, las familias, los profesionales sanitarios y los hospitales que las albergan. Se ha demostrado que el coste-beneficio que conlleva es claramente positivo, disminuyendo el número de ingresos, con la consecuente disminución del gasto y seleccionando mas cuidadosamente aquellos niños que se ingresan, aumentando el peso específico del diagnóstico de los pacientes.

En definitiva, la experiencia de diferentes servicios de pediatría que han implantado una unidad de observación de corta estancia es que a parte de disminuir costes han mejorado la eficiencia en el diagnóstico y atención a los pacientes<sup>1-7</sup>.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Reducción de costes

- Disminución del número de ingresos en planta
- Aumento del peso específico de los diagnósticos en planta
- Reducción del riesgo de infecciones hospitalarias
- Disminución de la ansiedad paterna
- Mejora de las condiciones de trabajo de los Pediatras.
- Protección legal de Pediatras de urgencias y del Hospital frente a litigios resultantes de altas precoces

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA MEDIANTE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE CORTA ESTANCIA**

desde urgencias de pediatría.

AHORRO ESTIMADO CON DATOS DEL 2011 EN HCU LOZANO BLESIA.

- Según el BOA de 10/08/2012 cada día de estancia en hospitalización en el tramo 1 (HCU) supone 508,17 euros.
  - Según el BOA de 10/08/2012 cada día de estancia en observación/box en el HCU supone 254,09 euros, es decir la mitad.
  - Según los datos aportados del 2011 por el Servicio para la Gestión del HCU de Zaragoza:
    - Habría 67 pacientes ingresados que no pernoctan o no se les da una comida principal en el día, con lo cual no generan estancia o el equivalente sería como una unidad de observación es decir 254,09 euros. En este caso no hay ahorro o la cantidad asignada es la misma.
    - Los pacientes ingresados en el 2011 susceptibles de ingresar en la unidad de observación son aquellos que tienen una estancia inferior a 3 días. Incluimos a estos niños porque una vez ingresados y cuando coinciden con su estancia en fin de semana la estancia se prolonga innecesariamente. También se pueden hacer las cuentas con aquellos que su estancia es inferior a 2 días (ajustando más las cifras). Paso a detallar los cálculos detalladamente.
- Gasto de los pacientes ingresados en planta en 2011:
- Niños ingresados 1 día: 232. El coste estimado es de :  $232 \times 508,17 = 117.894,44$  euros.
  - Niños ingresados 2 días: 265 es decir estancias 530. El coste estimado es de:  $530 \times 508,17 = 269.330,1$  euros.
  - Niños ingresados 3 días: 203 es decir estancias 609. El coste estimado es de  $609 \times 508,17 = 309.475,53$  euros.

Gasto de los pacientes si hubiera existido una unidad de observación en 2011. Ahorro estimado:

- En los niños que ingresan únicamente 1 día el ahorro está claro y es de 58.948,88 euros. Esto se puede asumir como un dato innegable y este ahorro estaría garantizado.
- En los niños que ingresan 2 días el ahorro en teoría sería de 134.665,05 euros, (530 estancias x 254,09 euros; siempre y cuando permanecieran las dos estancias en la UOP) pero aquí hay que tener en cuenta varias variables:
  - o Es innegable que al evitar el ingreso en planta el primer día de estancia pasaría a costar de 508,17 euros a 254,09 euros con lo cual únicamente por este motivo ya se hubieran ahorrado (265 estancias x 254,09 euros) 67.333,85 euros.
  - o La intención de crear una UOP sería mandar a los pacientes a casa en menos de 24 horas, pero la realidad, y según datos de UOP híbridas de la Division of Pediatric Emergency Medicine of Primary Children's Medical Center of Utah, Salt Lake City y datos del Hospital de Lille ( con pacientes ingresados desde urgencias y pacientes ingresados ambulatoriamente para la realización de alguna técnica o procedimiento), es que de los niños ubicados en la UOP de un 5% a un 18% precisarían ingreso posterior 2-6. Por lo cual de las 265 estancias que corresponden al segundo día es de suponer que un 18% (en el peor de los casos) necesitarán ingreso (n= 48) y un 82% (n= 217) podrá enviarse a su domicilio. El ahorro vendría de esos 217 pacientes que hemos podido enviar a su domicilio, es decir:  $217 \times 508,17$  euros (que cuesta la estancia en planta): 110.272, 89 euros.
- En los niños que ingresan 3 días el ahorro en teoría sería de 134.665,05 euros, (609 estancias x 254,09 euros) , pero aquí hay que tener en cuenta las mismas variables que en el punto anterior:
  - o Es innegable que al evitar el ingreso en planta el primer día de estancia pasaría a costar de 508,17 euros a 254,09 euros con lo cual únicamente por este motivo ya se hubieran ahorrado (203 estancias x 254,09 euros) 51.580,27 euros.
  - o El segundo y tercer día de estancia podrían contarse o no en función de si el paciente es enviado a su domicilio o ingresa definitivamente. Pero para saber estos datos, necesitaríamos desglosar a los pacientes por edad y por patología para saber si eran susceptibles o no de ingresar en la UOP o en planta directamente. Nos parece aventurado calcular el ahorro que supondrían estas estancias sin disponer de más datos. Así que aunque asumimos que de estos 203 pacientes, seguramente un porcentaje importante sería susceptible de ingreso en la UOP (con el consiguiente ahorro), preferimos no incluirlos en el cálculo de ahorro de costes).

Aportamos por tanto las siguientes cifras como definitivas y basándonos en datos objetivos del 2011.

- Pacientes ingresados 1 día en 2011:
  - o Coste: 117.894,44 euros.
  - o Coste si hubiera existido una UOP: 58.948,88 euros
  - o AHORRO ESTIMADO: 58.948,88 euros
- Pacientes ingresados 2 días en 2011:
  - o Coste: 269.330,1 euros.
  - o Coste si hubiera existido una UOP (y suponiendo un 18% de ingresos en planta): 67.333,85 euros (primera estancia en la unidad de observación) + 24.392,16 ( 18% de pacientes ingresados en planta, n=48) = 91.726,01
  - o AHORRO ESTIMADO: 177. 604,09 euros
- Pacientes ingresados 3 días en 2011:
  - o Coste: 309.475,53 euros.
  - o Como hemos explicado anteriormente no tendremos estos niños en cuenta, pero estamos convencidos de que también se podría ahorrar dinero con este grupo de niños.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

**PROYECTO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa MEDIANTE LA CREACION DE UNA UNIDAD DE OBSERVACION DE CORTA ESTANCIA**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto de mejora de las instalaciones de urgencias pediátricas se sustenta como pilar principal en la creación de un "área real" de observación pediátrica en la sección de urgencias de pediatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa supervisada por enfermería y un pediatra las 24 horas del día.

Actualmente en Urgencias del Hospital Clínico existe una zona de observación de adultos en el que no se permite el ingreso de niños.

Según la organización del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico existirían dos propuestas que pasamos a describir a continuación.

**PROYECTO 1**

El proyecto número 1 conlleva una mayor alteración de los elementos actuales, sin embargo respondería de una forma más adecuada a los estándares que se recomendados la Sociedad Europea de Urgencias Pediátricas, además de ofrecer una solución definitiva para la correcta organización y desarrollo de las mismas.

Consistiría en cambiar la ubicación de las actuales urgencias pediátricas en la zona que hoy día se encuentra designada como sala de espera de familiares.

De esta forma, se conseguiría la separación física total de las urgencias de adultos, que se ubicarían a la izquierda de la puerta de acceso y las pediátricas que se ubicarían a la derecha de la puerta de entrada, quedando entre las dos áreas las áreas de uso común, administración de datos, despachos de médico clasificador, control de celadores, acceso a la hospitalización y los dos boxes de atención vital.

Todo el área que en la actualidad ocupan las urgencias pediátricas comprendería la nueva sala de espera de familiares de adultos que contaría con 77 m<sup>2</sup> (11x7 m).

La ubicación del nuevo área de pediatría se construiría en la sala de espera de familiares que incluso dispone una puerta de acceso individual desde la calle (actualmente es la puerta de entrada de familiares). Esta sala cuenta con 112 m<sup>2</sup> (7m x 16 m) y en ella habría espacio suficiente para la construcción de una UOP, 3 boxes de exploración, una sala de espera para los pacientes pediátricos y sus familiares y un despacho médico.

**PROYECTO 2**

Este proyecto respeta la actual ubicación de la unidad de urgencias pediátricas y las obras necesarias serían escasas.

El proyecto se basa en la desaparición de la sala de espera de pediatría de su actual zona. La sala de espera de pediatría, según recomendaciones europeas, no debería encontrarse en el mismo área de atención. Esta ubicación frecuentemente nos crea problemas a los pediatras, por la presión a la que somos sometidos por parte de los familiares de nuestros pacientes, incluso llegando a interrumpir la asistencia de otros pacientes. Esta sala tiene 2,5 m de ancho por 3,5 m de largo y actualmente existen 11 sillas. Una sala pequeña y que habitualmente está llena con los pacientes esperando por los pasillos.

Creemos que la sala de espera de pediatría podría ubicarse en la sala de espera general de familiares de los pacientes. Esta es una sala muy grande de 16 m x 7 m en la que se podría aislar una zona con cristalerías a los niños con unos familiares. Existiría una megafonía (ya existe la preinstalación) por la que se les iría llamando al área de atención pediátrica. La ubicación de los pacientes en esta área tiene otra ventaja. Esta cerca de clasificación, donde hay enfermería permanente y aquellos pacientes con un nivel de gravedad asigando III, IV y V pueden ser reevaluados más frecuentemente. Por supuesto los pacientes clasificados con un nivel de gravedad I irían directamente al VITAL y aquellos clasificados con un nivel de gravedad II se ubicarían en la sala de observación de pediatría para la atención por parte de un pediatra en menos de 15 minutos.

La sala de espera de pediatría actual de pediatría esta adyacente a la sala de observación de la que disponemos actualmente ( 2,5 m x 3 m). Lo que proponemos es una fusión de estas dos salas con la creación de una UOP de aproximadamente (2,5m x 9 m) es decir de unos 22 metros cuadrados. En este nuevo área se podrían ubicar 1 cama y 2-3 cunas, un puesto de enfermería permanente y reservar una pequeña zona para nebulizaciones.

Otro problema añadido sería la creación de un box mas de exploración y de sala de curas para enfermería y para coger accesos venosos. Ya que en el momento que hay que coger una vía a un niño, enfermería habitualmente bloquea un box con la consiguiente demora en la atención de otras urgencias.

Este problema se solucionaría cambiando de lugar un pequeño vestuario de enfermería ubicado en el área de pediatría y la papelería de urgencias. Uniendo estas dos salas y dándoles un acceso al pasillo de pediatría. Así crearíamos un box de 2m x 3 m donde se podrían atender urgencias y coger accesos venosos.

El baño de pediatría esta ubicado actualmente adyacente a la consulta de psiquiatría de urgencias. Los padres tienen que desplazarse habitualmente hasta allí viendo patología muy desagradable para los niños. La nueva ubicación de los baños estaría al lado de la nueva sala de espera de pediatría. Ya existe la infraestructura porque ahí existen dos baños para adultos. Uno de estos baños se podría adaptar para pediatría y solucionaríamos muchos problemas.

Este proyecto no conlleva mucho gasto y mejoraría mucho la atención a los niños en urgencias, aunque no

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA MEDIANTE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE CORTA ESTANCIA**

soluciona el problema mayor según nuestro punto de vista que es la ubicación del área de atención de urgencias pediátricas. Actualmente está ubicado entre el área de VITALES, psiquiatría y el área de atención de medicina interna. Según todas las recomendaciones europeas y españolas el área de atención de pediatría debería estar separada de la de los adultos.

## PERSONAL NECESARIO

- Enfermería pediátrica las 24 horas
- Auxiliar de enfermería las 24 horas
- Pediatra las 24 horas.
- o Por la mañana se encargaría el adjunto de urgencias y los residentes que rotan en urgencias de pediatría
- o En turno de tarde y noche los responsables serían el adjunto de guardia y los residentes de guardia.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Este trabajo consta de dos partes bien diferenciadas:

1. Un estudio prospectivo de la Unidad de Observación durante los primeros 2 años de actividad (período comprendido desde que se ponga en marcha hasta 2 años después), incluyendo todos los niños ingresados en dicha unidad. Los casos se incluyen en el estudio en el momento del alta de la unidad de observación (ya sea al domicilio o a la hospitalización en planta), mediante la cumplimentación de un protocolo de recogida de datos por parte del médico adjunto de urgencias que ha atendido al paciente. Este protocolo incluye las siguientes variables: edad, fecha de ingreso, hora de ingreso y hora de alta, tiempo de estancia en la unidad, diagnóstico al alta, pruebas complementarias, tratamiento y destino al alta. Los diagnósticos se codifican siguiendo las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.

2. Una parte analítica que compara la actividad hospitalaria en planta durante los 5 primeros meses de su implantación frente al mismo período de tiempo del año anterior, cuando no existía esta unidad. Para ello se utiliza el sistema de clasificación de pacientes hospitalizados en grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Partiendo de ella, en este trabajo se realiza un estudio retrospectivo de los niños ingresados en hospitalización en planta de pediatría durante dos períodos de tiempo: (antes y después de la implantación de la unidad de observación de Pediatría). Se recogen las siguientes variables: número de ingresos mensuales y GRD y peso de cada paciente ingresado

## DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES: GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO

Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes en grupos equivalentes en cuanto a diagnóstico y consumo de recursos<sup>14</sup>. Los pacientes se agrupan en diagnósticos clínicamente identificables, y dentro de un mismo GRD se incluyen aquellos que consumen una cantidad similar de recursos.

El proceso básico de asignación a un GRD sigue esta secuencia: cuando a un paciente, tras recibir el alta médica, se le asocia un diagnóstico principal, se le asigna a una categoría diagnóstica mayor (CDM) de las disponibles en la versión. Ese diagnóstico, por lo tanto, condiciona todo el proceso de evaluación. Posteriormente, se identifican los procedimientos quirúrgicos que hayan tenido lugar en el proceso diagnóstico, creándose así un grupo médico y otro quirúrgico. Los episodios médicos se clasifican según patologías específicas del sistema correspondiente y los quirúrgicos basándose en las intervenciones quirúrgicas realizadas en el proceso diagnóstico. Estos grupos resultantes pueden constituir GRD finales o subdividirse, según variables como la edad, circunstancias del alta y la aparición o no de complicaciones relevantes. Periódicamente se revisan los recursos disponibles, las mejoras demostradas y las novedades tecnológicas para actualizar el sistema, elaborándose una versión anual, que se corresponde con la actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en el caso de disponerse de ella.

A cada GRD le corresponde un valor en peso, que está relacionado con el coste económico de hospitalización, y que equivale a la moneda de cambio en la que se realizan las mediciones en el ámbito de la gestión hospitalaria. El peso total es un indicador del coste total de los pacientes ingresados en el hospital. El peso medio mide la complejidad y el coste medio de los ingresos.

Una vez obtenidos los datos, es posible establecer comparaciones con otros patrones para conocer la tendencia en gestión clínica. Éstas pueden establecerse bien con períodos anteriores del mismo hospital o con un patrón de oro. Sin embargo, no existe un patrón único, por lo que las comparaciones se realizan con hospitales de nuestro entorno.

Los GRD no son el único sistema de clasificación de pacientes, pues existen otros, entre los que destacan el Patient Management Categories, el Disease Staging y los GRD refinados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una vez que se ponga en marcha la Unidad de Observación Pediátrica en Urgencias. Un año a partir de esa fecha.  
Junio 2013-Junio 2014

11. OBSERVACIONES. La demanda asistencial en urgencias de pediatría en el Hospital Clínico tiene una tendencia creciente en los últimos años. Es un dato lógico por el aumento del índice de natalidad desde el año 2000 hasta

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

PROYECTO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA MEDIANTE LA CREACION DE UNA UNIDAD DE OBSERVACION DE CORTA ESTANCIA

nuestros días.

La estructura de urgencias pediátricas del hospital clínico es poco adecuada según las recomendaciones europeas:

- La unidad de urgencias está ubicada "en medio" del área de atención de adultos.
- La sala de espera esta integrada dentro del área asistencial.
- No existe un área de observación adecuada
- Los boxes de exploración son 2, cuando harían falta 3 según el número de urgencias atendidas.
- La sala de espera es pequeña, teniendo que esperar los pacientes habitualmente en el pasillo.
- No se dispone de enfermería propia las 24 horas del día.

Si se llevara a cabo el PROYECTO 2. El desembolso económico sería ridiculo comparado con los beneficios que puede aportar.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. unida de corta estancia pediátrica

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

296

**MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE PARASITOSIS INTESTINALES EN MUESTRAS DE HECES EN NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GUDE GONZALEZ  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· SERAL GARCIA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO. MIR 4º. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· GONZALEZ DOMINGUEZ MARIA. FIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La morbilidad y mortalidad debida a enfermedades diarreicas en países desarrollados continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública. Aunque puede haber muchas otras causas de diarrea, los protozoos entéricos *Cryptosporidium parvum* y *Giardia lamblia* han sido reconocidos como causa importante de brotes y de diarrea esporádica, tanto en población general, especialmente en niños, como en inmunodeprimidos. De hecho son los protozoos entéricos patógenos de distribución más universal. Los quistes de *Giardia lamblia* y los ooquistes de *Cryptosporidium spp* sobreviven bien en el agua, incluso clorada, y son una causa frecuente de enfermedad de transmisión hídrica y feco-oral, especialmente en niños y cuando las condiciones higiénicas son más deficientes. Tradicionalmente, el diagnóstico de estas parasitosis intestinales se realiza mediante técnicas de concentración y/o flotación, seguidas de observación microscópica directa. En el caso de *Cryptosporidium spp.*, por el pequeño tamaño de los ooquistes, se utilizan además tinciones especiales. Este procedimiento implica un consumo importante de tiempo y recursos humanos, además de la necesidad de contar con parasitólogos experimentados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede. Proyecto nuevo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Comparar la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de criptosporidiosis y/o giardiasis en la rutina diaria del laboratorio mediante un método alternativo rápido de inmunocromatografía que pueda ser complementario o sustitutivo de la microscopía. Los resultados obtenidos por las diferentes técnicas serán analizados mediante un programa estadístico con el objeto de calcular la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de los test evaluados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Procedimiento: Durante un periodo de 8 meses las muestras de heces de niños menores de 14 años procedentes del área 3 de Zaragoza a las que se solicite investigación de parásitos se procesarán para el estudio de la presencia de *Cryptosporidium* y *Giardia* mediante CerTest Crypto+Giardia combo card test (CerTest Crypto/Giardia®, Alere), prueba inmunocromatográfica de un solo paso para la detección cualitativa simultánea de ambos parásitos en muestras de heces. La prueba inmunocromatográfica se realiza con una membrana de nitrocelulosa fijada previamente con anticuerpos monoclonales de ratón frente a *Cryptosporidium* y *Giardia*. Esta determinación se realizará de forma paralela a la técnica de concentración de parásitos y tinción de acido-alcohol resistencia modificada para detección de coccidios, técnica que se utiliza en este laboratorio. Responsables: Coordinador y participantes en el proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Sensibilidad de la técnica. Se valorará el resultado obtenido respecto al método convencional de observación microscópica directa.

Indicador 2: Especificidad de la técnica. Se valorará el resultado obtenido respecto al método convencional de observación microscópica directa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013. Introducción de la técnica inmunocromatográfica de diagnóstico. Mayo 2013-Diciembre 2013. Realización del procedimiento a todas las solicitudes de investigación de parásitos en muestras de heces en niños menores de 14 años recibidas en el laboratorio  
Enero 2014. Estudio de resultados obtenidos y valoración.

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE PARASITOSIS INTESTINALES EN MUESTRAS DE HECES EN NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

421

**COMUNICACION POR PARTE DEL LABORATORIO DEL HCU A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE LAS INCIDENCIAS PRODUCIDAS CON LAS MUESTRAS ENVIADAS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGEL JULIAN ANSON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA  
· MORAES RODRIGUEZ HELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA  
· ASINARI CECILIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA  
· SANTAMARIA GONZALEZ MARIA. BIOLOGO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida  
Del total de solicitudes analíticas recibidas cada día en la Unidad Central de los Laboratorios (UCL) desde Atención Primaria, hay un número no despreciable de muestras erróneas, sobrantes o que no se reciben.

**Causas**

- Contenedores incorrectos que no sirven para el análisis solicitado.
- Muestras en condiciones inaceptables para su correcto procesamiento
- Tubos sobrantes
- Muestras no extraídas

**Método de detección**

Las peticiones entran a nuestro sistema informático del laboratorio a través del sistema OMI o de forma manual en la UCL. Son recibidas automáticamente por un robot clasificador.

El Sistema Informático del Laboratorio (SIL) permite conocer de forma automatizada el estado de las muestras así como todas las posibles incidencias.

**Importancia y utilidad del proyecto**

Como consecuencia de todas las muestras no procesadas por alguna de las causas anteriores, una parte de las pruebas solicitadas quedarán sin resultado. Esto genera a posteriori la falta de datos necesarios para el correcto diagnóstico y tratamiento del paciente, y también en muchos casos, la solicitud de una nueva petición al laboratorio.

Pretendemos de forma automatizada informar a cada centro de AP de las incidencias de cada día para que puedan realizar una nueva extracción y enviarnos las muestras pendientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. HCU: Mejorar la comunicación de estas incidencias a los Centros de Salud:

-envío automatizado de informes (fax, correo electrónico...)

-demora máxima de 24 horas

Centros de Salud: recogida o extracción de las muestras pendientes al día siguiente o a la mayor brevedad posible y envío al laboratorio sin necesidad de crear una nueva petición.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Configurar en el SIL las distintas incidencias de contenedor y el proceso de obtención de los listados distribuidos por centros.

Elegir 2 centros de AP, darles a conocer la metodología del proceso y consensuar el modo de envío de los informes.

De lunes a viernes, el personal técnico de la UCL, se encargará de obtener los listados de incidencias y enviarlos entre las 14:00 y las 15:00 horas a estos dos centros piloto.

Hacer extensivo el proceso al resto de centros de AP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de listados enviados en el horario establecido. Indicador de obtención mensual.

Número mensual de muestras recogidas o extraídas consecuencia de estas notificaciones y recibidas por el laboratorio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013

Configurar en el SIL las distintas incidencias de contenedor y el proceso de obtención de los listados distribuidos por centros.

Junio 2013

Elegir 2 centros de AP, darles a conocer la metodología del proceso y consensuar el modo de envío de los informes.

Julio 2013

De lunes a viernes, el personal técnico de la UCL, se encargará de obtener los listados de incidencias y enviarlos entre las 14:00 y las 15:00 horas a estos dos centros piloto.

Agosto a Diciembre 2013

Hacer extensivo el proceso al resto de centros de AP

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

421

**COMUNICACION POR PARTE DEL LABORATORIO DEL HCU A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE LAS  
INCIDENCIAS PRODUCIDAS CON LAS MUESTRAS ENVIADAS**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

163

## 1. TÍTULO

**UNIDAD CLINICA Y DE INVESTIGACION EN ELA Y OTRAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES GRAVES**

2. RESPONSABLE ..... PILAR LARRODE PELLICER
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- COSTAN GALICIA JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA.OXIGENOTERAPIA
  - GARCIA ALVAREZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
  - MARCO SANJUAN CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA.PSICOSOMATICA
  - CALVO GRACIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINO. NUTRICION
  - SIMON MARCO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO. ENDOSCOPIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las Enfermedades Neuromusculares son un grupo numeroso de afecciones neurológicas que por su gran complejidad diagnóstica motivan la existencia de consultas específicas dentro de los servicios de neurología de los hospitales. Todas ellas tienen en común la presencia de debilidad y atrofia muscular, provocan un alto grado de discapacidad y la mayoría no tienen tratamiento curativo. Entre ellas destaca, por su frecuencia y gravedad, la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), enfermedad de curso fatal que conduce a la muerte en un plazo de 3 años y para la cual todavía no existe tratamiento curativo, por lo que un diagnóstico certero y adecuada asistencia e información al paciente y su familia son esenciales.

A lo largo de más de 20 años de actividad asistencial en la Consulta Neuromuscular del Hospital Clínico Lozano-Blesa he adquirido extensa experiencia profesional en el campo de éstas enfermedades neuromusculares graves. Además he ampliado conocimientos en técnicas específicas para la valoración de éste tipo de enfermedades, realizando formación continuada con Máster en Electromiografía (Diploma postgrado por la Universidad Autónoma de Barcelona en 2002), y obtenido Acreditación para la práctica de Electromiografía (examen de capacitación técnica específica por la Sociedad Española de Neurología en 2007).

Con la experiencia acumulada en nuestro hospital he podido detectar importantes necesidades de mejora asistencial para la correcta valoración de este tipo de pacientes, muy especialmente en lo relativo al estudio EMG/ENG, que tradicionalmente en nuestro hospital se realiza de forma exclusiva y centralizada por el Servicio de Neurofisiología, con una demora de 8-9 meses, intolerable para una correcta y adecuada valoración diagnóstica de este tipo de enfermedades. En la práctica totalidad de hospitales de la comunidad europea y la mayoría de los centros españoles, siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Neurología, dicha exploración EMG/ENG, cuando se trata de valorar una enfermedad neuromuscular la realiza el propio neurólogo. Hay que tener en cuenta que la exploración EMG/ENG tiene una interpretación muy subjetiva, y requiere imprescindiblemente de una correlación con la exploración clínica neurológica para su correcta valoración diagnóstica.

Por otra parte en este tipo de enfermedades graves y huérfanas de tratamiento es prioritario promover la investigación, estableciendo puentes de unión entre la investigación básica y la clínica. Siguiendo este interés científico he desarrollado actividad de investigación en colaboración con diversos grupos de la Universidad de Zaragoza: Facultad de Veterinaria (miembro del GRUPO LAGENBIO, Dra. R Osta, Modelos animales de ELA), Facultad de Medicina (Departamento de Fisiología, Prf. JJ García y J Miana, Estrés Oxidativo en ELA) y Facultad de Ciencias (Departamento de Biología y Bioquímica, Dr P. Iñarrea, Actividad Antioxidante en pacientes ELA), fruto de lo cual ha sido la producción publicaciones científicas y la dirección de Tesis Doctorales a residentes de Neurología del Hospital Clínico Lozano-Blesa.

Finalmente la participación en el desarrollo de grupos de estudio de Enfermedades Neuromusculares en Aragón (GENMA) y dentro de la Sociedad Española de Neurología (Grupo Neuromuscular de la SEN), así como la colaboración con asociaciones de enfermos (ARAELA y ASEM Aragón), me ha permitido conocer a fondo las necesidades asistenciales y sociales de este tipo de enfermedades, la mayoría raras e incurables, que reclaman la existencia de consultas y unidades específicas para su valoración e investigación.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. A) OBJETIVOS ASISTENCIALES: atención a pacientes con sospecha de ELA y otras enfermedades neuromusculares graves, realizando la siguiente Cartera de Servicios:

- 1- Valoración Experta de Enfermedades Neuromusculares Graves, mediante:
  - a. Exploración Neuromuscular cualificada y cuantificada (escalas consensuadas).
  - b. Selección e interpretación de pruebas específicas de diagnóstico: EMG, biopsia muscular, estudio genético, bioquímico, anticuerpos específicos, etc.
  - c. Segunda opinión médica muy frecuentemente requerida por este tipo de pacientes.
- 2-Ampliación del Estudio EMG/ENG, orientado por la exploración neurológica, en pacientes con especial dificultad diagnóstica y que precisan correlación con la clínica. Control evolutivo en presencia de enfermedad que puede no estar definida y que precisan un estrecho seguimiento EMG para su confirmación. EMG/ENG para evaluar la respuesta a distintos tratamientos, así como para consideraciones pronósticas en casos de evolución muy agresiva.
- 3- Prescripción y Control de respuesta a distintos Tratamientos: con fármacos de uso exclusivo hospitalario (Riluzol), participación en Ensayos Clínicos, Usos Compasivos de medicación. Indicación y asesoramiento para procedimientos especiales como Apoyo Ventilatorio Mecánico ó nutrición por Gastrostomía.
- 4-Realización de Informes Clínicos, Capacidad Laboral, Minusvalía, Dependencia y Cuidados Paliativos. Coordinación con Atención Primaria y ESAD: Protocolos de actuación y cuidados paliativos en pacientes dependientes en situación terminal.
- 5-Coordinación Asistencial con las consultas de otros servicios implicados con la neurología neuromuscular

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

163

**UNIDAD CLÍNICA Y DE INVESTIGACIÓN EN ELA Y OTRAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES GRAVES**

(respiratorio-oxigenoterapia, digestivo-gastrostomía, endocrino-nutrición, rehabilitación y psiquiatría). Intento de Unidad Multidisciplinar para pacientes con ELA que son atendidos en el mismo día por distintas consultas relacionadas con su enfermedad.

5- Información al Paciente y a su Familia sobre Diagnóstico y Pronóstico muchas veces fatal, que requiere comunicación cuidadosa y experta con apoyo psicológico.

B) OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN: Se han iniciado Proyectos de Investigación, mediante consentimiento informado de los pacientes y siguiendo las directrices del comité de ética, en colaboración con distintos Departamentos de la Universidad de Zaragoza:

1-"Determinación de Actividad SOD Mitocondrial en pacientes con ELA". Dpto. Bioquímica y Biología. Facultad de Ciencias (Dr. Pedro Iñarrea). Tesis Doctoral Cristina Gonzalez Mingot.

2-"Marcadores de Estrés oxidativo en ELA". Dpto Terapia Animal. Facultad de Veterinaria (Dra. Rosario Osta) y Dpto. Fisiología. Facultad de Medicina. (Dr Joaquín García) Tesis Doctoral Cristina Gonzalez Mingot.

3-"Estudio post-mortem de pacientes con ELA: Correlación clínico-patológica y posibles dianas terapéuticas" Dpto Anatomía Patológica Hospital Clínico (Dr Tomás Castiella) y Dpto Terapia Animal. Facultad de Veterinaria (Dra. Charo Osta).

C) OBJETIVOS DOCENTES:

1-Formación de Residentes de Neurología y especialidades afines sobre características específicas y manejo asistencial de pacientes con enfermedad neuromuscular grave.

2-Registro de Base de Datos de, incluyendo una amplia casuística para futuros estudios clínicos y epidemiológicos.

E) OBJETIVOS SOCIALES: Colaboración con Asociaciones de Enfermos: (ARAELA, ASEM-Aragón), formando parte del Comité Médico Asesor y relaciones con la Prensa para divulgación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECÍFICA CLÍNICO-EMG para ELA y otras Enfermedades Neuromusculares Graves, dentro del propio servicio de Neurología y que se desarrollará como actividad continuada en horario de tardes, en sustitución de las guardias que vengo realizando hasta ahora y que he solicitado modificar por cumplir 55 años.

Dicha consulta puede considerarse la base no solo para un mejor diagnóstico y asistencia a los pacientes (Unidad Clínico-Asistencial), sino también para el desarrollo de investigación en este tipo de enfermedades (Unidad de Investigación). La necesidad de dicha consulta específica y especialmente de investigación ha sido una constante reivindicación de los pacientes y la asociación de ELA en Aragón (ARAELA).

RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD CLÍNICA Y DE INVESTIGACIÓN:

A)-Sanitarios:

Médico Responsable: Dra. Pilar Larrodé Pellicer,

Médicos Colaboradores: Dr. Joaquin Costan Galicia (Respiratorio), Dr. Fernando Calvo (Nutrición), Carlos Marco (Psiquiatría), Elena García Alvarez (Rehabilitación)

B)- Investigación Básica: Colaboración con Departamento de Genética animal, Facultad de Veterinaria (Dra Rosario Osta, LAGENBIO), Departamento Fisiología, Facultad de Medicina (Prof J García y J Miana) y Departamento de Bioquímica y Biología, Facultad de Ciencias (Dr. P Iñarrea).

RECURSOS MATERIALES (Medios Técnicos)

A)-Dentro del Servicio de Neurología disponemos de un ELECTROMIOGRAFO, que es preciso amortizar y aprovechar, y que incluye sistemas de estimulación, registro, y amplificación de señales biológicas, conversión analógica-digital (ordenador), y material fungible (electrodos, agujas), para realizar estudios electrofisiológicos, a determinados pacientes con dificultad diagnóstica o con evolución progresiva:

1-Estudios de conducción nerviosa motora y sensitiva para la valoración y seguimiento (cuantificación de respuesta a tratamientos)

2-Estimulación nerviosa repetitiva para valoración de defectos de transmisión neuromuscular.

3-Electromiografía de aguja para la cuantificación, seguimiento y pronóstico de procesos que cursan con denervación progresiva.

4-Otros: Blink-Reflex, Potenciales Evocados Somato-sensoriales, para estudio de vías de conducción central en distintas Enfermedades Neurodegenerativas (Ataxias).

B)-Dentro de los Departamentos de Investigación Básica: disponemos de una estrecha colaboración para el análisis e investigación de muestras biológicas:

1-Laboratorio de Bioquímica de la Facultad de Ciencias (Dr. Pedro Iñarrea),

2-Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina (Dr. Joaquín García y Dr J Miana)

3-Laboratorio de Genética Animal Facultad de Veterinaria (Dra. Rosario Osta).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Registro de base de datos de pacientes que se irán incluyendo conforme son valorados y atendidos durante el seguimiento, incluyendo escalas clínicas de valoración funcional y estudios EMG evolutivos, datos analíticos y de otras pruebas complementarias, monitorización de tratamiento

-Informes Clínicos en Intranet (Valoración Funcional, Minusvalía, Incapacidad, Dependencia)

-Publicaciones científicas derivadas del estudio clínico y de investigación de los pacientes con consentimiento informado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PREVISION DE INICIO: Septiembre-Octubre 2013, coincidiendo con la aprobación por la dirección médica del Hospital Clínico Lozano Blesa del inicio de la consulta de Neurología-Neuromuscular de tardes, como actividad continuada en sustitución de guardias por mayor de 55 años.

PREVISION DE FINALIZACIÓN: El proyecto de mejora asistencial una vez iniciado se mantendría indefinidamente pues esperamos que sea muy beneficioso y mejore en gran medida la atención de los pacientes con ELA y otras enfermedades neuromusculares graves

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PREVISTAS:

1) Septiembre-Diciembre 2013: Creación y Citación de pacientes en Consulta de Neurología de tardes para

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

163

## 1. TÍTULO

**UNIDAD CLINICA Y DE INVESTIGACION EN ELA Y OTRAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES GRAVES**

valoración Clínica y EMG de pacientes con sospecha de ELA.

primeros informes de valoración clínica en Intranet.

2) Enero-Marzo 2014: Coordinación con otras consultas implicadas en atención multidisciplinar de pacientes ELA Neurología. Respiratorio, Rehabilitación, Nutrición, Psiquiatría. Reuniones interdisciplinares para ajustes horarios y de citación de p.acientes

3) Abril-Junio 2014; recogida de primeros registros de base de datos : escalas clínicas, datos EMG, monitorización de tratamientos.

4) Julio-Septiembre 2014 valoración de primeros resultados y posibles publicaciones científicas

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Terminales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. E.Neurodegenerativa grave, huérfanas de tratamiento y de pronóstico fatal

OTRA PALABRA CLAVE 2. Atención multidisciplinar para enfermedad neurodegenerativa grave

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

469

**ADECUACION Y CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE QUIMIOPROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL LASIERRA SANROMAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SERAL GARCIA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lucha contra la infección es un objetivo básico en cualquier disciplina quirúrgica, pero especialmente en Traumatología y Cirugía Ortopédica por las especiales características que adquieren las infecciones asociadas a los biomateriales que implantamos en el tejido óseo, la dificultad en su erradicación una vez establecida y la cantidad de recursos y elevado gasto sanitario que ello conlleva

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tenemos un elevado grado de cumplimiento de nuestro protocolo de quimioprofilaxis antibiótica, pero creemos que tenemos margen de mejora tanto en la adecuación a la indicación como en el momento de la administración del antibiótico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Conseguir la correcta cumplimentación de todos los pasos para alcanzar un 100% de cumplimiento de lo establecido en el protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- % de pacientes con la administración del antibiótico correcto  
2- % de pacientes a los que se les ha administrado el antibiótico en el momento correcto (30 minutos antes de la cirugía)  
3- % de pacientes que han recibido las dosis correctas y durante un periodo máximo de 24 horas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Ya está en funcionamiento el protocolo de quimioprofilaxis antibiótica tanto para Cirugía Ortopédica como para traumatología, pero nuestro objetivo es conseguir un grado de adecuación del 100

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

463

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA PARA DISMINUIR EL RIESGO HEMORRAGICO MEDIANTE OPTIMIZACION DE LA INFORMACION Y HOMOGENEIZACION DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TAO SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO (ICP)**

## 2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO LINARES VICENTE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAVIN SEBASTIAN OLGA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
- SIMO SANCHEZ BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- LUKIC ANTONELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
- PORTERO PEREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- CALLEN SEVILLA LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
- CORNUDELLA LACASA MARIA ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
- RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. INTRODUCCIÓN

El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) mediante implante de stents intracoronarios es un tratamiento eficaz para aliviar los síntomas y mejorar el pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica, tanto aguda como crónica (1).

El implante de un stent coronario implica la necesidad de mantener terapia de doble antiagregación (aspirina-AAS y clopidogrel) durante un determinado periodo de tiempo en función, prioritariamente, del tipo de stent y del escenario clínico en el que se realiza el ICP (2,3).

En los últimos años el ICP ha ido extendiendo sus indicaciones hacia un mayor grupo poblacional, incluyendo pacientes de edad avanzada, en donde convergen las significativas prevalencias de cardiopatía isquémica y fibrilación auricular (FA).

Las últimas guías de práctica clínica de FA, proporcionan a la anticoagulación oral (ACO) una mayor penetrancia en la estrategia antitrombótica de la arritmia. La propia cardiopatía isquémica, que está presente en más de un 20% de los pacientes con FA debido al solapamiento de edad y factores de riesgo cardiovascular como factores etiopatogénicos, condiciona este tratamiento (4).

Así pues, en la última década, muchos pacientes con fibrilación auricular en tratamiento con ACO han sido sometidos a triple terapia antitrombótica (ACO + doble antiagregación con), con un elevado riesgo hemorrágico asociado, sin que existiera una firme evidencia clínica y sin que las sociedades científicas implicadas hubieran realizado recomendaciones formales al respecto.

Recientemente, con el objetivo de disminuir el riesgo hemorrágico, se publicaron unas recomendaciones en formato de Guía de Práctica Clínica sobre estrategias antitrombóticas en pacientes con fibrilación auricular y tratamiento con ACO que eran sometidos a ICP, en donde se varía la intensidad de la ACO, y sobre todo, la duración de las terapias antiagregantes con AAS y clopidogrel, en función del riesgo hemorrágico del paciente, el tipo de stent implantado (farmacoactivo o no), la droga de dicho stent y el escenario clínico del ICP (2,3).

## PROBLEMAS Y OPORTUNIDAD DE MEJORA

1. En nuestro medio la penetración de dichas recomendaciones sobre triple estrategia antitrombótica en la práctica clínica es muy heterogénea.
2. Hemos observado que en un gran porcentaje de pacientes en tratamiento ACO en los que se realiza ICP y se pauta doble antiagregación (AAS y clopidogrel) tan solo se solicita una posología de ACO ambulatoria sin una adecuada transmisión a la Sección de Hemostasia de esta relevante información clínica

## REFERENCIAS

1. Wijns W et al. Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), Guidelines on myocardial revascularization. European Heart Journal (2010) 31, 2501-2555.
2. Lyp GY et al. Antithrombotic management of atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing coronary stenting: executive summary--a Consensus Document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, endorsed by the European Heart Rhythm Association (EHRA) and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Eur Heart J. 2010 Jun;31(11):1311-8.
3. Lyp GY et al. Management of Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation Patients Presenting with Acute Coronary Syndrome and/or Undergoing Percutaneous Coronary Intervention/ Stenting. A Consensus Document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, endorsed by the European Heart Rhythm Association [EHRA] and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions [EAPCI]. Thromb Haemost 2010; 103: 13-28.
4. Camm AJ et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010 Oct;31(19):2369-429.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminuir el riesgo hemorrágico de los pacientes en tratamiento con ACO sometidos a ICP que requieran triple terapia antitrombótica
2. Aumentar el porcentaje de pacientes en triple terapia antitrombótica que son optimamente evaluados y

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

463

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA PARA DISMINUIR EL RIESGO HEMORRAGICO MEDIANTE OPTIMIZACION DE LA INFORMACION Y HOMOGENEIZACION DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TAO SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO (ICP)**

tratados por la Sección de Hemostasia del Servicio de Hematología gracias a la adecuada transmisión de información tras el ICP

3. Homogeneizar las estrategias de triple terapia antitrombótica en pacientes sometidos a ICP en nuestro medio adecuándonos a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La población diana sobre la que se desarrollará el Programa de Mejora serán los pacientes en tratamiento con ACO (dicumarínicos) que sean remitidos para coronariografía y sometidos a ICP en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Clínico Lozano Blesa.

El Programa de Mejora consistirá en:

1. Incluir en el apartado "Recomendaciones" del informe del procedimiento de ICP las recomendaciones sobre triple terapia antitrombótica de las Guías de Práctica Clínica en función de las características clínicas del paciente, su riesgo hemorrágico y el tipo de stent implantado.

2. Cumplimentar el correspondiente volante de Hematología, solicitando a la sección de Hemostasia posología de tratamiento ACO de cara a alta hospitalaria, previa indicación de necesidad de doble antiagregación tras ICP e INR recomendado según Guías de Práctica Clínica en el apartado "Comentario Clínico". Esta medida tan solo será aplicable a los pacientes que pertenezcan al Área III.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACO que sean remitidos para coronariografía y sometidos a ICP en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Clínico Lozano Blesa, en los que en el apartado "Recomendaciones" del informe del procedimiento se reflejen las recomendaciones sobre triple terapia antitrombótica de las Guías de Práctica Clínica en función de las características clínicas del paciente, su riesgo hemorrágico y el tipo de stent implantado

2. Porcentaje de pacientes pertenecientes al Área III en tratamiento con ACO que sean remitidos para coronariografía y sometidos a ICP en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Clínico Lozano Blesa, adecuadamente filiados como terapia de doble antiagregación concomitante (AAS y clopidogrel) en la base de datos de la Sección de Hemostasia

3. Tasa de pacientes pertenecientes al Área III en tratamiento con ACO que sean remitidos para coronariografía y sometidos a ICP en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Clínico Lozano Blesa, y sigan triple terapia antitrombótica según las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, que precisen ingreso hospitalario debido a eventos hemorrágicos mayores.

En función de los resultados existirá la opción de comparar la cohorte sobre la que se aplica el Programa de Mejora con una cohorte retrospectiva de similares características y tiempo de seguimiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Elaboración de archivos informáticos para automatizar y facilitar: Junio 2013

o Inclusión de Recomendaciones terapéuticas en el informe de ICP

o Cumplimentación de volante de información y solicitud de posología de terapia ACO a la Sección de Hemostasia del Servicio de Hematología

• Puesta en marcha del Programa: Junio 2013 - Junio 2014

• Análisis de indicadores: Junio - Septiembre 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Anticoagulación oral

OTRA PALABRA CLAVE 2. Stents coronarios

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

110

**DISEÑO DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN SALUD MENTAL PARA CONFORMAR LA BASE DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA GACELA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL LOBAN IZA
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BENEDI SANZ LUIS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
  - BASTAROS MARTINEZ INES ROXANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
  - GELLA JARNE HENAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
  - REVILLA PEIRO BELEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
  - SANCHEZ LUNA JORGE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
  - SERNA FORTEA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El programa informático Gacela se está implantando en la Unidad, dentro de un proceso gradual. Este programa requiere la creación de una base de conocimiento adecuada y propia de cada especialidad asistencial, adaptada a las características específicas de las necesidades de cuidados, en nuestro caso, a usuarios con patología mental.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Crear una base de conocimiento válida, amplia, especializada, científica y basada en la mejor evidencia para poder desarrollar planes de cuidados propios de salud mental que queden recogidos en la base de datos del programa Gacela y se puedan utilizar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Exposición al gran grupo de la metodología a utilizar, por parte del coordinador, en conexión directa con la responsable de la implantación del programa Gacela en las unidades del HCU, Carmen López.
  2. Seleccionar el listado de diagnósticos enfermeros NANDA indispensables para el desarrollo de planes de cuidados específicos en Psiquiatría.
  3. Repartir entre los participantes los diagnósticos para trabajar sus características de normalidad, características definitorias, y factores de riesgo s/p,
  4. Seguir en proceso, haciendo lo mismo con NOC y NIC.
  5. Hacer lo mismo con los problemas de Colaboración.
  6. Presentarlo a Carmen López para que lo eleve a estudio y aprobación por parte del SALUD y se introduzca en la base de conocimiento del aplicativo Gacela. Todo ello a través de reuniones de gran grupo con carácter mensual, reuniones de gran grupo iniciales para explicación y presentación de materiales bibliográficos, trabajo por parejas y revisiones por parte del coordinador para evitar solapamientos, supervisar adecuación a metodología Nanda-Nic- Noc, y coordinación con la responsable del Gacela.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1. El coordinador recogerá los diagnósticos desarrollados por cada pareja de integrantes con un compromiso temporal: 3 a la semana.
  2. Evaluará su justificación bibliográfica y su adecuación al lenguaje y metodología Nanda-Nic-Noc, conjugando la experiencia profesional con las posibilidades y acotaciones de la Taxonomía.
  3. Se mantendrá fluida coordinación con Carmen López, teniendo en cuenta lo que impone el aplicativo informático Gacela.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Marzo de 2013.  
Fin previsto: Diciembre de 2013.  
Reuniones de trabajo semanales por parejas y mensuales de gran grupo.

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

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

- OTRA PALABRA CLAVE 1. Planes de cuidados  
OTRA PALABRA CLAVE 2. Aplicativo informático  
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

**ANALGESIA PERIOPERATORIA BASADA EN EL BLOQUEO DE LOS NERVIOS INTERCOSTALES EN PLANO TRANSVERSO EN PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ PARA CIRUGIA DE COLON Y RECTO**

2. RESPONSABLE ..... JAVIER LONGAS VALIEN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CUARTERO LOBERA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA  
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· REDONDO ELISABETH. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA  
· AGUILELLA DIAGO VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA  
· RUIZ GARCES TOMAS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· CASANS FRANCES RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El programa de Rehabilitación Multimodal en cirugía lleva funcionando en el HCU Lozano Blesa desde Abril de 2011, incorporándose hasta la fecha 150 pacientes. Ha supuesto desde entonces un salto cualitativo en la asistencia de este tipo de pacientes, reduciéndose significativamente las complicaciones postoperatorias. El principio que rige a este equipo multimodal no debe de ser otro que la continua optimización de la asistencia con el objetivo de conseguir la excelencia. Por este motivo se han estudiado las distintas variables perioperatorias buscando los puntos de mejora. En este sentido se ha identificado una incidencia de complicaciones con el uso de analgesia epidural (gold standard en cirugía abdominal) que puede resultar inasumible en este tipo de cirugía de rehabilitación precoz. En un intento de buscar alternativas al uso de anestesia epidural se ha revisado la literatura existente y el equipo de anesestesiólogos viene practicando con éxito en pacientes no incluidos en cirugía de rehabilitación precoz la anestesia locorreional de la pared abdominal (TAP). Este tipo de anestesia ha demostrado en cirugía abdominal una mejor tolerancia y menos complicaciones mejorando la calidad de vida del paciente al disminuir riesgos per y postoperatorios. La utilización TAP se pretenden incorporar a la vía clínica del manejo perioperatorio del paciente quirúrgico. Por lo tanto, es un técnica de bajo riesgo ya que la punción se realiza bajo control ecográfico, minimizando los riesgos de complicaciones. La repercusión fisiológica sobre el organismo es menor que los bloqueos centrales, constituyendo una alternativa eficaz a la analgesia epidural.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con los protocolos de cirugía de rehabilitación multimodal (fast track), se ha conseguido mejorar el manejo perioperatorio de los pacientes posibilitando un alta en una menor número de días de ingreso con unas condiciones favorables postoperatorias. Todo ello se deriva de una reducción de los días de estancia y de las complicaciones derivadas de este tipo de cirugía.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Queda un largo trabajo para la optimización de los resultados. Por ese motivo se realizó una auditoria de los resultados obteniendo algunos items que necesitan su adecuada valoración. Entre ellos se encuentra la utilización de la anestesia epidural, hasta ahora considerada gold standard en este tipo de cirugía. Se ha detectado una incidencia que consideramos alta (7%), de bloqueo motor en el postoperatorio precoz, además de detectar algunos cuadros de hipotensión mantenida en planta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La mejora de la asistencia en el manejo del dolor postoperatorio se orienta hacia la integración de protocolos de analgesia de pared abdominal en los pacientes incluidos en cirugía de rehabilitación multimodal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Parametros que son necesarios valorar a lo largo de la instauración del proyecto:

Incidencia de bloqueo motor

Incidencia de cuadros de hipotensión mantenida en el postoperatorio precoz.

Tasa de complicaciones asociada a la técnica

Presencia de ileo pertinaz

Satisfacción del paciente con la analgesia en el periodo postoperatorio, variable que se considerará de primera magnitud a la hora de valorar los resultados obtenidos.

Por último en la búsqueda de la excelencia en la atención del paciente oncológico, se estudiará la respuesta inmune que proporciona la anestesia de pared abdominal, haciendo un estudio de supervivencia de nuestros pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El protocolo de anestesia abdominal se iniciará en Mayo de 2013 abarcando un periodo de constitución de un año. Para integrar en lo protocolos a nivel nacional y europeo de la atención perioperatoria de cirugía de rehabilitación multimodal.

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

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

· SEXO. Ambos sexos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

ANALGESIA PERIOPERATORIA BASADA EN EL BLOQUEO DE LOS NERVIOS INTERCOSTALES EN PLANO TRANSVERSO EN PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ PARA CIRUGIA DE COLON Y RECTO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

### INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

#### VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

075

**ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION HOSPITALARIA MEDICA DEL SECTOR ZARAGOZA III****2. RESPONSABLE** ..... NIEVES LOPEZ IBORT

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- CRIADO MAINAR CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- GARIJO CAMARA ROSARIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA B
- GIL BERDUQUE ANA BELEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA C
- GIRON JORCANO GEMMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA C
- RAMOS MUÑOZ CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION ENFERMERIA
- RUFAS CLAVERA ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA R
- AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SE HA OBSERVADO UNA GRAN VARIABILIDAD EN EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS UTILIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS CURAS Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN (ÚLCERAS POR PRESIÓN). APROVECHANDO LA RECIENTE ADJUDICACIÓN (POR 2 AÑOS PRORROGABLES) REALIZADA POR LA CENTRAL DE COMPRAS DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, SE HA IDENTIFICADO LA NECESIDAD DE MEJORAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE LOS MISMOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN TIPO DE LESIÓN.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. HOMOGENEIZAR Y ADECUAR EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE REALIZARÁ UN CATÁLOGO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES Y SUS INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. DIFUSIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL USO DE ESTOS PRODUCTOS A TRAVÉS DEL CATÁLOGO. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN MEDIANTE ESTUDIO DE RESULTADOS EN SALUD. EVALUAR EL IMPACTO ECONÓMICO DURANTE EL PERIODO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. CATÁLOGO REALIZADO Y PUBLICADO. NÚMERO DE ENFERMEROS/AS QUE CONOCEN Y USAN EL CATÁLOGO DE ADECUACIÓN DE USO DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA EL CUIDADO/TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL CATÁLOGO REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACTIVIDAD NÚMERO DE ASISTENTES A LAS SESIONES FORMATIVAS PORCENTAJE DE PACIENTES CON LESIÓN POR PRESIÓN (ÚLCERA) TRATADA CON EL PRODUCTO SANITARIO ADECUADO (NÚMERO DE PACIENTES TRATADO CON PRODUCTO SANITARIO ADECUADO \* 100 / NÚMERO DE PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN) VARIACIÓN DEL GASTO EN PRODUCTOS SANITARIOS INCORPORADOS EN CATÁLOGO RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR (CORTES EN NOVIEMBRE 2013 Y NOVIEMBRE 2014)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. COMIENZO EN JUNIO 2013  
REALIZACION CATALOGO JUNIO-JULIO 2013  
DIFUSION Y FORMACION SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOV 2013  
SEGUIMIENTO RESULTADOS EN SALUD: NOV 2013, ABRIL 2014, NOV 2014  
EVALUACION IMPACTO ECONÓMICO: JUNIO 2015  
FINALIZACIÓN EN JUNIO 2015

11. OBSERVACIONES. SUPONE UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA ELABORADO POR LA COMISIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS DEL SECTOR ZARAGOZA III, DESAGREGADO POR ÁMBITOS.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

**1. TÍTULO****PROYECTO 'ARAGONESAS CON CORAZON' ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO**

2. RESPONSABLE ..... ANTONELA LUKIC
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MORENO ESTEBAN EVA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
  - FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
  - MILLARUELO TRILLO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
  - MARTIN MORENO FERNANDO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
  - ESCUDERO BELTRAN TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
  - SANTOLARIA AISA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMODINAMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en mujeres, pero hay una insuficiente percepción social del problema. Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones con mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, sedentarismo y en las generaciones más jóvenes una tasa creciente de tabaquismo que no existía en la población de mujeres de edad avanzada, que son ahora las más afectadas por la ECV. Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbilidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo. El grado de desconocimiento es mayor entre las adolescentes y mujeres más jóvenes que en muchos casos desconocen o minimizan la importancia que los hábitos de vida poco saludables tendrán en su salud en la vida adulta.

Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón realizamos en 2008 la Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, de medicina y enfermería: PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón). Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular. Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, pero el 49% de las que fuman son menores de 35 años, de las que no hacen deporte o lo hacen de forma esporádica el 62% son menores de 50 años y 34% menores de 35 años. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso. El factor de riesgo más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres y que su presencia se asocia cada vez más al estilo de vida.

Tras los resultados de la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones dirigidas a mejorar la educación para la salud cardiovascular de la población, agrupadas bajo el nombre "Aragonesas con Corazón". En el desarrollo del programa hemos observado que las carencias en la información y los hábitos de vida no cardiosaludables son ya muy importantes en la edad escolar como lo demuestran diferentes encuestas dirigidas a los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (3º y 4º de ESO, bachillerato y ciclos formativos de grado medio).

En la población escolar se identifican los siguientes problemas:

- Escasa información de la población escolar de la Enfermedad Cardiovascular (ECV) en general y de su importancia como problema de salud también en la mujer. La primera causa de muerte en esta población serán las ECV y su prevención debe iniciarse a edades tempranas.
- En el curriculum escolar solo se tratan estos problemas desde el punto de vista descriptivo: "Morfología de...", "Funcionamiento del aparato cardiovascular" y son compartimentos estancos con otros aspectos del problema como "los hábitos cardiosaludables".
- En las situaciones en que se podía tratar el problema es tal la cantidad de información frente a la escasez de horas lectivas, que hacen difícilmente realizable el abordaje de temas tan específicos como la educación para la salud cardiovascular que estamos planteando de una forma eficaz.
- 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. Durante el año 2011 nuestro grupo PAMYC ha realizado varias actividades dirigidas a la concienciación de la población aragonesa sobre la importancia de enfermedades cardiovasculares. Dentro de este proyecto "Aragonesas con corazón escolar" hemos realizado las siguientes actividades:

1. Establecimiento de contactos con profesorado IES, acuerdos sobre contenidos educativos y establecimiento de calendario de charlas.
2. Elaboración de la charla sobre los hábitos cardiosaludables, factores de riesgo y sus consecuencias y sobre la manera de prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares.
3. Coordinación con el profesorado de distintos IES para la impartición de la charla para todo el alumnado de 1º de Bachillerato y algunos cursos de 3º de ESO en horario escolar.
4. Charla para alumnos de 1º de Bachillerato y 3º de ESO, "APRENDE A CUIDAR TU CORAZÓN", dentro del horario

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

218

**PROYECTO 'ARAGONESAS CON CORAZON' ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO**

lectivo (1,30-2 horas por actividad), en colaboración con el profesorado de "Ciencias para el mundo contemporáneo" y/o "Educación Física" impartida en varios centros de Aragón.

Este proyecto ha permitido al PAMYC establecer una coordinación estable con el profesorado de distintos IES, tanto para la impartición de estas charlas como para el desarrollo de futuros proyectos en esta población. Así mismo, hemos difundido el material de educación para la salud en los IES como apoyo curricular. Las actividades tienen una alta participación del alumnado y cuentan con satisfacción tanto de los alumnos como del profesorado. De hecho, en todos los centros visitados se nos ha propuesto continuar con el proyecto y en muchos de ellos ampliar el mismo a los alumnos de la ESO.

Gracias a este proyecto, el grupo ha establecido una red de apoyo a través del profesorado y coordinadores de los centros de educación que nos facilitará el desarrollo y elaboración de futuros proyectos. A pesar de las dificultades para el desarrollo de las actividades, básicamente debidas a falta de tiempo para hacer todas las actividades deseadas y debidas a la ausencia de dotación económica, hemos llegado a más de 900 alumnos y ahora disponemos de una charla estructurada establecida, adaptada a nivel del alumno que abarca distintos aspectos de la importancia de llevar una vida saludable y prevención de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

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 sobre como los hábitos adquiridos a edades tempranas influyen en la calidad y esperanza de vida.

- Sensibilizar de la importancia de las ECV y su prevención en las mujeres.

- Fomentar los hábitos cardiosaludables, alimentación sana y ejercicio físico habitual y prevención del tabaco, alcohol, obesidad y sedentarismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades en IES y centros educativos para alumnos de 2º ciclo de la ESO y Bachillerato (15-18 años) chicas y chicos, con posible ampliación al alumnado del 1º Ciclo de la ESO.

- Charla 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.

- Pequeños talleres del corazón de acuerdo con las actividades extraescolares preparadas en el centro.

- Charlas en coordinación con las APAs.

Responsables: Todos y cada uno de los componentes del grupo, previa distribución de los centros educativos entre los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de charlas en los IES realizadas- monitorización anual.

Número de alumnos que han asistido a las charlas: monitorización anual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración anual con inicio en marzo 2013. Cronograma en dependencia del calendario escolar, se elabora en colaboración con el profesorado.

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ESCOLARES

OTRA PALABRA CLAVE 2. CARDIOVASCULAR

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

185

**INFORMATIZACION DE LA AGENDA DE CITACIONES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (U.P.P.E) INTRAHOSPITALARIA Y AMBULATORIA EN FORMATO HP-HIS****2. RESPONSABLE** ..... JUAN CARLOS MARCO SANJUAN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- LOBO SATUE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- CAMPAYO MARTINEZ ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- MARTINEZ CALVO ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- DOMINGUEZ LOBERA MARIA CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- BELLIDO MARTINEZ MARISA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- RODRIGO MARIN MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- GUILABERT VIDAL MONTSERRAT. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** En la actualidad se cita a los pacientes ambulatorios de la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace (UPPE) con una agenda física para todos los profesionales sanitarios que trabajan en la UPPE.

Hasta ahora se lleva un control de estas intervenciones con los pacientes ambulatorios tanto de los primeros días como de las revisiones en un libro de registro y en una hoja que se baja mensualmente a estadística.

Consideramos que sería oportuno y pertinente llevar el control de citaciones de los pacientes ambulatorios de la UPPE a través de una agenda en formato HP-HIS para cada Psiquiatra de la UPPE.

Se está preparando al personal de la Unidad para que aprenda a manejar la agenda de citaciones desde la propia unidad para conseguir mayor flexibilidad y calidad en la asistencia a los pacientes que acuden a nuestra Unidad.

Se ha activado durante 2010, en colaboración con el Servicio de Citaciones y de Informática del Hospital Clínico, una agenda en formato HP-HIS para cada Psiquiatra de la UPPE en su doble vertiente ambulatoria y de inter-consultas.

Se está preparando al personal de la Unidad para que aprenda a manejar la agenda de citaciones desde la propia unidad para conseguir mayor flexibilidad y calidad en la asistencia a los pacientes que acuden a nuestra Unidad.

Se pretende poner en marcha de forma gradual la agenda de cada psiquiatra, bien desde Citaciones de la planta 0 de Consultas Externas del H.C.U. o bien desde la propia UPPE. Resulta muy compleja la cantidad de datos que hay que meter por paciente para habilitar la primera cita del mismo y las revisiones y con la presión asistencial de la UPPE hay dificultades para materializarlo.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Se pretende poner en marcha de forma gradual la agenda de cada psiquiatra, bien desde Citaciones de la planta 0 de Consultas Externas del H.C.U. o bien desde la propia UPPE. Resulta muy compleja la cantidad de datos que hay que meter por paciente para habilitar la primera cita del mismo y las revisiones y con la presión asistencial de la UPPE hay dificultades para materializarlo.

Se estudia como plan alternativo y una vez activadas las agendas el remitir a los pacientes desde la UPPE al Sº de citaciones de la planta baja de Consultas Externas del H.C.U. El problema es que hay que pasar mucho tiempo en la cola de citaciones y se pierde la agilidad de gestión de las citas y la calidad asistencial a los pacientes.

Se buscarán soluciones alternativas como remitir en grupo varias citaciones al mismo tiempo para que los pacientes no tengan que esperar.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se formará al personal de auxiliar de enfermería, auxiliar administrativo y enfermera para el manejo de la agenda en formato HP-HIS.

Se abrirán las agendas de los cuatro profesionales médicos-psiquiatras y paulatinamente se les irán citando los pacientes por este procedimiento, manteniendo al mismo tiempo (y por ahora) la agenda física.

Se prepararán planes alternativos para que los pacientes puedan ser citados desde el propio servicio general de citaciones del hospital reduciendo los tiempos de espera con los procedimientos aludidos.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1.- Mantener abiertas las actuales agendas de los psiquiatras de la UPPE en formato HP-HIS.

2.- Citar los pacientes ambulatorios a los médicos-psiquiatras de la UPPE en una agenda en formato HP-HIS

3.- Seguir formando al personal sanitario de la UPPE para poder mantener la agenda abierta y actualizada.

4.- Hablar con el personal de citaciones para buscar una solución que agilice los tiempos de espera a los pacientes cuando se les remita allí.

5.- Estudiar con los profesionales de Citaciones la posibilidad de remitirles periódicamente "grupos de pacientes con día y hora programada" con sus datos básicos para citar y que recibirán en sus casas por correo

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

185

**INFORMATIZACION DE LA AGENDA DE CITACIONES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (U.P.P.E) INTRAHOSPITALARIA Y AMBULATORIA EN FORMATO HP-HIS**

la nueva cita de la UPPE ambulatoria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende iniciar desde el principio de este año 2013 hasta finales del 2013 en que se reevaluaran los objetivos conseguidos.

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

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Los pacientes que deriven a nuestra UPPE los diferentes especialistas y los M.A.P. del Sector

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

348

**¡ME LO LLEVO! FOLLETO INFORMATIVO PARA LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN EL ALTA HOSPITALARIA CON UN REDON DE VACIO**

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM MARTINEZ VERA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COMABELLA CALLIZO NATALIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- JIMENEZ BAQUERO JANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las pacientes no quieren recibir el alta domiciliaria con un redón por miedo a los cuidados del mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir el tiempo de estancia hospitalaria que se produce solamente por el mantenimiento del redón.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un folleto informativo sobre los cuidados que requiere el redón y las medidas a adoptar en caso de incidencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. \* Dias de estancia hospitalaria

\* Recogida de datos de posibles incidencias extrahospitalarias referentes al redón

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Convocatoria 2013

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

065

## 1. TÍTULO

**CONTROLANDO LOS EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO CON PSICOESTIMULANTES EN EL TRASTONO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERMOTILIDAD INFANTO-JUVENIL**

2. RESPONSABLE ..... FABIOLA MODREGO AZNAR  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ZAPATA USABEL MAITE ARANZAZU. PSIQUIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTA DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL  
· RUIZ LAZARO PEDRO MANUEL. PSIQUIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTA DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL  
· CORTINA LACAMBRA MAITE. PSIQUIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTA DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en España se sitúa en torno al 5% de los niños en edad escolar y representa entre un 20 y un 40% de las consultas en los servicios de salud mental infantil.

Respecto al tratamiento farmacológico, la evidencia científica recomienda examen físico de cada niño con tratamiento psicoestimulante que incluya peso, talla, índice de masa corporal (IMC), frecuencia cardiaca (FC) y tensión arterial (TA), al inicio del tratamiento y de forma periódica, para prevenir y corregir los efectos secundarios que estos fármacos pueden generar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Durante el año 2012, han sido atendidos en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico 5289 niños y/o adolescentes, de los cuales casi el 50% acuden por TDAH. Dada la sobrecarga de trabajo en las consultas de los psiquiatras, así como en la consulta de enfermería, han sido los psiquiatras quienes han seleccionado los pacientes a revisar. En el resto de los niños y/o adolescentes, cada psiquiatra decide la necesidad del seguimiento en el programa, o no, en función de los efectos secundarios que son manifestados por los pacientes y/o padres. A lo largo de año 2012, se han revisado según el Proyecto descrito, a 166 niños o/y adolescentes que representan el 10% de los atendidos por TDAH. Las alteraciones encontradas afectan al 20,48% de los niños y/o adolescentes revisados. Deseamos poder revisar a todos los niños/adolescentes que utilizan psicoestimulantes como tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Determinar en cada visita médica, por parte de enfermería, el peso, talla, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (FC), previo al inicio del tratamiento con psicoestimulantes, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año. Existe contraindicación absoluta del uso de psicoestimulantes en pacientes que tengan historia de patología cardiaca y es necesario realizar ECG previo al inicio del tratamiento.

Se diseñó, ad hoc, una Hoja de Registro específica para el seguimiento de los parámetros señalados. En caso de aparecer cifras elevadas de TA o FC, según la edad del paciente y percentiles, se modificará el tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra responsable y se incrementarán los controles de TA, derivando al paciente a A. Primaria, si fuera preciso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. IMC (< 19%)  
T Arterial (según edad)  
FC (> 90 pulsaciones / minuto)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio de 2013.  
Finalización: MANTENERLO DE FORMA DEFINITIVA

Cronograma: LU, MI VI de 10h a 14h, según citación con el psiquiatra.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. 6-18 años
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TDAH

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TDAH

OTRA PALABRA CLAVE 2. infantojuvenil

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

076

**ADECUACION DEL PRODUCTO SANITARIO EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION EN ATENCION HOSPITALARIA QUIRURGICA DEL SECTOR ZARAGOZA III**

2. RESPONSABLE ..... ANA MONCHE PALACIN

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION ENFERMERIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CUELLO ARAZO TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TRAUMATOLOGIA-CIRUGIA
- FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- FERNANDEZ VALDIVIA ELIZABETH REGINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. POOL
- LARRAGA MOTOS PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI QUIRURGICA
- SISAMON GIL ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA B
- VILLARES BALLARIN TERESA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SE HA OBSERVADO UNA GRAN VARIABILIDAD EN EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS UTILIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS CURAS Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN (ÚLCERAS POR PRESIÓN). APROVECHANDO LA RECIENTE ADJUDICACIÓN (POR 2 AÑOS PRORROGABLES) REALIZADA POR LA CENTRAL DE COMPRAS DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, SE HA IDENTIFICADO LA NECESIDAD DE MEJORAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE LOS MISMOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN TIPO DE LESIÓN.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. HOMOGENEIZAR Y ADECUAR EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE REALIZARÁ UN CATÁLOGO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS DISPONIBLES Y SUS INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. DIFUSIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL USO DE ESTOS PRODUCTOS A TRAVÉS DEL CATÁLOGO. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN MEDIANTE ESTUDIO DE RESULTADOS EN SALUD. EVALUAR EL IMPACTO ECONÓMICO DURANTE EL PERIODO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. CATÁLOGO REALIZADO Y PUBLICADO. NÚMERO DE ENFERMEROS/AS QUE CONOCEN Y USAN EL CATÁLOGO DE ADECUACIÓN DE USO DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA EL CUIDADO/TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL CATÁLOGO REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACTIVIDAD NÚMERO DE ASISTENTES A LAS SESIONES FORMATIVAS PORCENTAJE DE PACIENTES CON LESIÓN POR PRESIÓN (ÚLCERA) TRATADA CON EL PRODUCTO SANITARIO ADECUADO (NÚMERO DE PACIENTES TRATADO CON PRODUCTO SANITARIO ADECUADO \* 100 / NÚMERO DE PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN) VARIACIÓN DEL GASTO EN PRODUCTOS SANITARIOS INCORPORADOS EN CATÁLOGO RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR (CORTES EN NOVIEMBRE 2013 Y NOVIEMBRE 2014)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. COMIENZO EN JUNIO 2013  
REALIZACION CATALOGO JUNIO-JULIO 2013  
DIFUSION Y FORMACION SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOV 2013  
SEGUIMIENTO RESULTADOS EN SALUD: NOV 2013, ABRIL 2014, NOV 2014  
EVALUACION IMPACTO ECONÓMICO: JUNIO 2015  
FINALIZACIÓN EN JUNIO 2015

11. OBSERVACIONES. SUPONE UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA ELABORADO POR LA COMISIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS DEL SECTOR ZARAGOZA III, DESAGREGADO POR ÁMBITOS.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

130

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCION EN ANDROLOGIA. CREACION DE MODELO DE INFORME ESTANDARIZADO DE LOS TRATAMIENTOS INDICADOS EN DISFUNCION ERECTIL DESTINADO A AP, UROLOGIA GENERAL E INSPECCION DE AREA (PARA TRATAMIENTOS QUE PRECISAN VISADO)**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO MONZON ALEBESQUE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· UCAR TERREN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA  
· TABERNER LLOP JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA  
· MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presión ejercida en los Servicios de Salud por los pacientes que refieren Disfunción Erectil (DE), viene siendo progresivamente mayor en los últimos 15 años, coincidiendo con la concienciación de la población masculina sobre este problema, a partir del lanzamiento de los primeros IPDE5 y la labor constante de los medios de comunicación. Hasta tal punto esto es así, que la salud sexual se considera hoy como una parte indisoluble del concepto más amplio de Salud, propuesto por la O.M.S. como, no solo ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social.

De la mano de este creciente interés por esta patología, han surgido una serie de estudios epidemiológicos y demográficos que, además de permitir una aproximación a la fisiopatología de este complejo problema, han posibilitado el conocimiento de la prevalencia real de este proceso. Se sabe que, en este momento, la prevalencia real varía entre el 10-52% con diferentes niveles de severidad, entre los varones de 40-70 años, con una incidencia real en países occidentales de 25-30 nuevos casos por 1.000 varones/año.

Estas cifras tan abultadas han hecho que, probablemente, muy pocos procesos patológicos hayan sido tan prolijamente estudiados, y hayan tenido una trascendencia tan importante en medios sanitarios y de población general, que ha obligado a aumentar por parte de las autoridades sanitarias, los recursos económicos y de dotación de personal. El carácter multifactorial del origen de la disfunción eréctil (causas farmacológicas, endocrinas, vasculares, neurológicas, psicógenas, etc.) hace que no sea fácil diseñar un protocolo básico de estudio en colaboración con Atención Primaria, máxime cuando se pretende considerar la D.E. como "signo centinela" de una potencial patología vascular tipo cardiopatía isquémica o A.C.V. de modo que la D.E. no sería sino una manifestación precoz y localizada de una disfunción endotelial sistémica. Evidentemente, esto confiere a un problema limitado inicialmente a la esfera sexual, de una enorme trascendencia desde el punto de vista de medicina preventiva. De aquí el interés en que, tras el inicio por parte de Atención Primaria, en el proceso diagnóstico y terapéutico, los pacientes sean remitidos a las consultas de Andrología, con un modelo estandarizado de solicitud que permita la correcta comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada con la Unidad de Andrología y que posibilite la elaboración de registros estadísticos sobre los que poder obtener conclusiones para mejorar la asistencia.

Con este objetivo hemos diseñado un proyecto con la creación de un modelo de informe de resultados del estudio del paciente andrológico, que consulta por disfunción eréctil ya sea remitido desde Atención Primaria o desde el Servicio de Urología, esencial para la correcta comunicación con el médico de Atención Primaria o con el especialista del Servicio de Urología, con vistas al seguimiento correcto del tratamiento establecido desde la consulta de la Unidad de Andrología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El uso de cuestionarios validados, tales como International Index of Erectile Function (IIEF), Sexual Health Inventory for Men (SHIM) o Erection Hardness Scale (EHS), ayuda a la evaluación objetiva de los pacientes que consultan por disfunción eréctil, en concreto permite explorar el dominio de erección. Todo esto contribuye a una valoración más objetiva y metódica de los resultados del tratamiento. El nuevo modelo de informe permitirá un seguimiento más uniforme de todos los pacientes y una mejor evaluación del seguimiento y de la efectividad de los diferentes tratamientos empleados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El empleo de los tradicionales volantes de informes tipo P-10 o los más modernos de solicitud de colaboración, suponen un vínculo de comunicación correcto con Atención Primaria, Urología General e Inspección de Area, pero al ser elaborados a mano, son escuetos y no siempre ofrecen toda la información precisa para un correcto seguimiento del paciente afecto de disfunción eréctil, lo que genera incertidumbres con facilidad y una mayor frecuencia de vistas en consultas por dudas terapéuticas, así como incumplimientos del tratamiento establecido.

Realizaremos un documento de informe de tratamientos en disfunción eréctil que deberá ser práctico y sencillo para su rápida cumplimentación por parte del andrólogo. Se prestará mayor importancia a aquellas circunstancias que puedan condicionar dudas en la interpretación de los tratamientos indicados, dosificación y duración de los mismos. Especialmente importante será en los casos de pacientes en los que se indiquen tratamientos mediante drogas intracavernosas, en las que se precisa colaboración y coordinación por parte del médico de Atención Primaria, que emite las recetas de continuación, así como del Inspector de Area que realiza la autorización del tratamiento así como el visado de dichas recetas.

Una vez puesto en marcha el modelo de informe será responsabilidad de los miembros de la Unidad de Andrología realizar una adecuada cumplimentación de dicho modelo de informe. Para ello se insistirá en que sea sencillo, intuitivo y de fácil cumplimentación.

## 1. TÍTULO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

130

**MEJORA DE LA ATENCIÓN EN ANDROLOGÍA. CREACIÓN DE MODELO DE INFORME ESTANDARIZADO DE LOS TRATAMIENTOS INDICADOS EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL DESTINADO A AP, UROLOGÍA GENERAL E INSPECCIÓN DE ÁREA (PARA TRATAMIENTOS QUE PRECISAN VISADO)**

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Sugerimos estos indicadores:

- Creación del modelo de solicitud: estándar = SI
- Pacientes remitidos con el nuevo modelo de solicitud del total de pacientes remitidos (estándar= >90%)
- Pacientes con modelo de solicitud completado (estándar= >90%)
- (Nº de pacientes en estudio por disfunción eréctil (DE) con evaluación de los niveles de testosterona/ Nº de pacientes en estudio por disfunción eréctil) x 100 (estándar= >70%)
- (Nº de pacientes con DE atendidos en CCEE de urología y evaluados con el cuestionario validado/ Nº de pacientes con DE atendidos en CCEE de urología) x100 (estándar= >70)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Considerando que las pruebas complementarias diagnósticas de Andrología y concretamente los estudios de disfunción eréctil, mediante drogas intracavernosas, se vienen realizando de forma rutinaria desde hace más de 25 años ya, es factible comenzar a elaborar los nuevos informes, en cuanto el documento de consenso del modelo de informe esté elaborado, corregido y presentado a los posibles receptores en Atención Primaria, Urología General e Inspección de Área, para lo que se necesitará el primer trimestre, aproximadamente. El programa debería continuarse durante al menos 2 años, con monitorizaciones periódicas semestrales, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente de la Unidad de Andrología del Servicio de Urología, con la posibilidad de la informatización de los informes en el futuro, en la base de datos File Maker central del Servicio de Urología con acceso desde ordenadores de todas las consultas, gabinete de pruebas complementarias de Andrología, planta y quirófanos de Urología.

11. OBSERVACIONES. Es necesaria la reposición de los documentos en blanco con el modelo de informe actualizado en todo momento. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## OTRA PALABRA CLAVE 1. Disfunción eréctil

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## 1. TÍTULO

**PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE ARAGON DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO. GRUPO PAMIC "PROYECTO ARAGONES MUJER Y CORAZON**

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA MORENO ESTEBAN
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN MORENO FERNANDO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
- MILLARUELO TRILLO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. MEDICO ATENCION PRIMARIA
- ESCUDERO BELTRAN TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- BARCENA CAAMAÑO MARIO. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados del mundo occidental, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo mientras en las últimas décadas, existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los hombres, esta no se está produciendo en las mujeres.

En Aragón, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron también un 32% de la mortalidad total y fueron responsables de 2.004 (28,6%) fallecimientos en hombres y 2.339 (35%) en mujeres. Solo el infarto agudo de miocardio mató en 2005 (INE) a 471 varones y 340 mujeres, mientras que el cáncer de mama, mucho más introducido en la mentalidad preventiva de las mujeres fue responsable de 210 muertes en el mismo periodo. La enfermedad cardiovascular en general y la enfermedad coronaria en particular, han sido investigadas fundamentalmente en el varón, extrapolando los factores de riesgo y protectores de salud, los métodos diagnósticos y terapéuticos a las mujeres, que sistemáticamente se han visto poco representadas en los ensayos clínicos. El grado de conocimiento de las ECV, así como la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos que han demostrado eficacia pronóstica, es menor en las mujeres, sobre todo en el síndrome coronario agudo (SCA) y en la insuficiencia cardiaca (IC) lo que redundará en un peor pronóstico (mayor mortalidad por SCA y mayor tasa de ingresos por descompensación de IC).

El estudio sobre la situación de la patología cardiovascular de la mujer en España realizado por la Agencia de Investigación del la SEC para el Observatorio de la Salud de la Mujer del MSC ha demostrado que existen numerosas diferencias entre mujeres y varones en lo que respecta a las características y manejo de las diversas patologías y siempre de modo desfavorable para las mujeres, como ya se recogía en estudios previos. Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones (mayor prevalencia de obesidad, diabetes, síndrome metabólico, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca. Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo.

A pesar de las numerosas acciones emprendidas a nivel nacional e internacional para sensibilizar a la población y a los médicos que la atienden de que la importancia en las mujeres de las ECV en general y de la cardiopatía isquémica en particular, la enfermedad coronaria sigue siendo considerada una "enfermedad de hombres" por gran parte de la población. La mujer se encuentra más preocupada por el cáncer que por la enfermedad cardiovascular, que tiene mayor mortalidad. Ello responde a una percepción equivocada de la realidad o a la deficiente información de la población femenina lo que parece que ocurre también en otras latitudes. Entre las mujeres existe a nivel internacional una identificación inadecuada de cuál es su principal problema de salud, adjudicándolo al cáncer en general en el 51% de los casos, 38% al cáncer de mama y sólo 13% a la enfermedad cardiovascular. Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón diseñamos una encuesta, con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón).

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

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular.

Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, el 21,7% sabe que tiene o ha tenido el colesterol alto, el 21,7%, la tensión arterial elevada y el 8,3% es diabética. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso y el 20% tiene antecedentes familiares próximos de angina de pecho o infarto.

Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los factores de riesgo cardiovascular, siendo el más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres.

Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

182

## 1. TÍTULO

**PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE ARAGON DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO. GRUPO PAMIC "PROYECTO ARAGONES MUJER Y CORAZON**

corazón, casi una de cada tres no elige como respuesta a la pregunta... el contacto urgente con el sistema sanitario, que es clave en esta patología. Con estos resultados y las demás carencias evidenciadas en la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones, agrupadas bajo el nombre "Aragonesas con Corazón" destinadas a mejorar la información que tienen las mujeres de nuestra comunidad acerca de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, como punto de partida para mejorar sus hábitos, su actuación ante los signos de alarma y en definitiva su salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se dirige a las mujeres de la comunidad de Aragón (mediante actividades educativas por sectores de salud, pero con coordinación de los profesionales implicados en cada sector)

A lo largo de los últimos años y desde que se constituyó el grupo hemos realizado actividades diversas destinadas a la mejora de la información de la ECV de las mujeres, que resumimos a continuación:

- Elaboración, validación y realización de una encuesta sobre los conocimientos que tienen las mujeres aragonesas sobre la salud cardiovascular, realizada en 1064 mujeres.
- Análisis estadístico y elaboración de resultados obtenidos en la encuesta. Análisis de las deficiencias observadas en el conocimiento sobre las ECV y planteamiento de las futuras actuaciones
- Difusión de los resultados de la encuesta en los medios científicos y de comunicación que se detallan a continuación:
  - o Presentación de los resultados de la encuesta en la rueda de prensa convocada por la Consejería. Realizada por Dra Isabel Calvo y la Dra. Maria Dolores Ariño
  - o Presentación de la encuesta en la Semana del Corazón en Madrid por la Dra Isabel Calvo (27/05/2008)
  - o Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación en mesa redonda en el Primer congreso clínico cardiovascular, SEMFYC,, Zaragoza, 5-63 junio 2008 por el Dr. José Manuel Mllaruelo
  - o Presentación de los resultados de la encuesta en forma de mesa redonda por las Dras. Eva Moreno Esteban y Antonela Lukic, Zaragoza marzo 2008
  - o Presentaciones de comunicaciones en los congresos: Jornadas del Sector 2 (junio 2008), 26º Congreso de calidad asistencial (octubre 2008), Congreso Nacional de Cardiología Bilbao 2008), Congreso Aragonés de Atención Primaria (Noviembre 2008), Congreso internacional Argentino Septiembre 2009 y septiembre 2011)
  - Actividades formativas dirigidas al público general en los sectores de Calatayud y Sector 2 y 3 de Zaragoza, iniciándose en 2011 en el sector de Teruel
  - o Se han planificado, diseñado y elaborado las charlas dirigidas a las mujeres aragonesas y se ha iniciado su puesta en marcha. La charla "El infarto también es cosa de mujeres. Aprende a cuidar tu corazón" se ha impartido hasta la actualidad en Cariñena (Dic 2008), Calatayud (enero 2009), Paniza (febrero 2009), Villamayor (marzo 2009), Sabiñán (abril 2010), Muel (febrero 2011), Asociación amas de casa del barrio de la Jota (junio 2011), Caminreal, Sarrión, Fuentes blancas, Fuenfresca (todas en 2011), Novallas (2012)
  - o Elaboración y difusión de folletos informativos en forma de trípticos ilustrados que se difundirán a los centros de salud y a las asociaciones de mujeres para ampliar el alcance del programa educativo.
  - Diseño y puesta en marcha de la pagina web [www.mujierycorazon.com](http://www.mujierycorazon.com) dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud. Dentro de la página web se desarrollan distintos apartados enfocados a los diferentes objetivos que esperamos conseguir:
    - Presentación del grupo y calendario de actividades desarrolladas o por desarrollar por el mismo.
    - Información para profesionales y para población general.
    - o Dirigidos a profesionales:
      - Guías de actuación clínica.
      - Información sobre investigación sobre género.
      - Referencias bibliográficas actualizadas.
      - Material divulgativo para charlas y educación para la salud.
      - Links científicos.
      - Calendario de eventos.
    - o Dirigidos a mujeres:
      - Foro de opinión y participación.
      - Rincón del paciente (información sobre FRCV, síntomas de alarma del SCA y actuación en caso de emergencia).
  - Correo de contacto para consultas sobre el tema.
  - Material audiovisual sobre las ECV en la mujer.
  - Links con direcciones web de interés sobre el tema.

Actividades de educación para la salud cardiovascular ya iniciadas y puestas en marcha por el grupo en el año 2009, 2010 en los sectores 2 y 3 de Zaragoza, y en el 2011 y 2012 en el sector de Teruel, con el apoyo del programa de mejora de calidad asistencial. Estas actividades son la continuidad del proyecto de mejora de calidad concedido en 2009 y 2011.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

182

**PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE ARAGON DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO. GRUPO PAMIC "PROYECTO ARAGONES MUJER Y CORAZON"****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERALES:**

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

**ESPECIFICOS:**

- Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.
  - Enseñar a las mujeres y a su entorno a identificar precozmente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo que permitan reducir el tiempo transcurrido entre la aparición de la emergencia cardiovascular y la prestación de la asistencia requerida.
  - Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres aragonesas acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
  - Difundir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, de cómo influyen en la aparición y evolución de la enfermedad y de cómo controlarlos o eliminarlos.
  - Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico, estrés mental y psicosocial) de las mujeres y de su entorno con el propósito de mejorar el riesgo cardiovascular de la población.
- Continuar con la difusión de la página web "mujerycorazon.com".

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LINEAS DE ACTUACIÓN:**

Se trata de una intervención:

- 1- Integrada y multifactorial, que cubre los factores de riesgo más importantes, así como sus determinantes socioeconómicos.
- 2- Con colaboración intersectorial, que comprende el sector de salud y otros fuera de él (asociaciones de consumidores, ayuntamientos, entidades públicas y privadas, etc.).
- 3- Dirigida a la promoción de cambios ambientales propicios a facilitar estilos de vida sanos y acceso a recursos sanitarios.
- 4- Que pretende involucrar diversas disciplinas profesionales, en varias etapas de planificación y desarrollo de programas.

Se dirige a las mujeres de la comunidad de Aragón (mediante actividades educativas por sectores de salud, pero con coordinación de los profesionales implicados en cada sector):

1. Charlas/ Talleres informativos en centros de salud y agrupaciones/ asociaciones de mujeres seleccionados de la geografía aragonesa.
  - a. Metodología audiovisual.
  - b. Utilizando los datos de la encuesta como apoyo.
  - c. Temas: La enfermedad cardiovascular y su importancia en la mujer; Los factores de riesgo; los síntomas de alarma; La manera de actuar ante estas situaciones.
  - d. Actividades prácticas por grupos que permitan facilitar la comprensión del tema tratado.
2. Distribución de los Folletos informativos editados por el grupo.
  - Edición de 1.000 ejemplares del mismo.
  - Distribución de los folletos a través de personal sanitario, que podrá contestar preguntas básicas sobre el mismo en el acto. La repartición de los mismos se realizará principalmente en el Hospital y Centros de Salud

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de charlas impartidas.**

2. Número de asistentes a las charlas.
3. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde mayo 2013 hasta fin 2014.**

Se tiene previsto ya la realización de charlas en Calamocha, centro de salud (Teruel), Asociación amas de casa de Pina de Ebro (mayo 2013)

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

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

182

1. TÍTULO

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DE ARAGON DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO. GRUPO PAMIC "PROYECTO ARAGONES MUJER Y CORAZON"

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

116

**PUESTA EN MARCHA DE LA "CLÍNICA DE AIT/ICTUS MINOR". UNIDAD DE ICTUS DEL HCUZ Y SECTOR III****2. RESPONSABLE** ..... ENRIQUE MOSTACERO MIGUEL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- GARCIA ARGUEDAS CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- VELAZQUEZ BENITO ALBA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El Ataque Isquémico Transitorio (AIT) es una patología frecuente que puede expresarse como una disfunción cerebral de tipo isquémico, que origina un déficit neurológico focal y que hasta en ¼ parte de casos puede ser precursor de un posterior infarto cerebral. La importancia del reconocimiento de los síntomas y su estudio precóz puede ser esencial para evitar un ictus cerebral posterior.

El concepto de AIT sigue sometido a debate. Clásicamente se ha definido como un déficit focal isquémico resuelto por completo en menos de 24 horas. Por el concepto arbitrario e inespecífico que supone limitar un proceso por el tiempo de duración y conociendo que la mayoría de AITs (> 80%), se resuelven por completo en minutos o menos de 1 hora, recientemente se ha propuesto la definición de la AHA, que define los AIT como breves episodios de disfunción neurológica por isquemia cerebral focal o retiniana, no asociada a infarto cerebral permanente (1). Esta definición se va imponiendo de forma paulatina e incorpora elementos de diagnóstico más actuales ya que la RNM llega a demostrar infartos cerebrales en cuadros isquémicos de varias horas de duración hasta en el 50% de casos. Por ello, la diferencia entre algunas formas de AIT y formas menores de ictus (IM), puede ser difícil; ello nos llevaría a poder aplicar el beneficio de un manejo común en los AIT y algunos supuestos de IM (con las diferencias oportunamente reflejadas), en una estrategia conjunta como representaría la "Clínica del AIT/IM".

Concepto.-

El concepto de "Clínica del AIT/IM", contrariamente a lo que parece expresar, no hace referencia a un espacio físico (Clínica), si no a una forma de manejo diferenciado y sistemático de esta patología, en base a un "proceso clínico" aplicable a gran parte de esta patología, con el objetivo preferente de un estudio y seguimiento ambulatorio, priorizando el control y seguridad del paciente y la inmediata accesibilidad y apoyo de la estructura organizativa de la Unidad de Ictus en general y de la "Clínica de AIT/IM" en particular.

Para el diseño de este proceso nos han servido de referencia experiencias previamente publicadas en revistas de la especialidad (2,3,4,5). Experiencias como TWO ACES (USA), M3T (Australia), EXPRESS (UK) o SOS-TIA (Francia), representan distintas formas de atender los AIT (y en algunos casos también los IM), de una forma urgente o prioritaria; mayoritariamente de forma ambulatoria, evitando en muchos casos, la incomodidad de un ingreso y minimizando los riesgos para el paciente. Las consecuencias de un manejo que evita ingresos innecesarios deben de influir en una reducción en los costes del proceso del manejo de los AIT/IM, sin que sea un objetivo en sí mismo. Las circunstancias que nos promueven a poner en marcha la actividad de valoración urgente del AIT/IM de forma "preferentemente" ambulatoria suponen un reto para trabajar de una forma actualizada, en base al compromiso de las personas que integran el Servicio de Neurología, en especial las que realizan guardias y de forma más concreta las que dirigen la Unidad de Ictus (Dres. C. Tejero y C. Pérez-Lázaro), neurólogos/as con contrato de guardias/becas (C. García y A. Velásquez) y residentes en general. Otro aspecto significativo para el desarrollo del proceso se relaciona con la más rápida y mejor utilización de los recursos de diagnóstico y tratamiento, reduciendo ingresos y costes.

En los últimos meses estamos consolidando los procesos y protocolos para el funcionamiento de la Unidad de Ictus en nuestro Servicio, con apoyo de la Dirección del Centro, pero sin recursos añadidos, (con la excepción de monitores). La Unidad de Ictus es por tanto nuestra prioridad, pero la iniciativa que proponemos puede tener su puesta en marcha en el 4º trimestre del año, en espera de que la Unidad de Ictus funcione de forma operativa y precisamente como valor añadido a la misma. Consideramos que los tiempos actuales nos deben estimular a trabajar de otra forma más organizada, promoviendo el trabajo en equipo y facilitando la colaboración interdisciplinar.

Los OBJETIVOS que en concreto perseguimos son:

1º). Realizar un estudio previo (retrospectivo), sobre la actividad de la guardia de Neurología (periodo de 2009 hasta 2012, actualmente en proceso), en relación con las patologías de AIT-IM, para conocer datos propios previos a la puesta en marcha de esta iniciativa y que nos puedan servir para una valoración prospectiva de este proyecto, (en marcha en este momento).

2º). Promover la valoración ambulatoria de los AIT (al menos 2/3 de los mismos), frente al estudio y tratamiento hospitalizado, en base a nuestra experiencia previa y a la oferta de monitorización del seguimiento de estos pacientes desde la estructura conocida como "Clínica del AIT".

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

116

## 1. TÍTULO

**PUESTA EN MARCHA DE LA "CLÍNICA DE AIT/ICTUS MINOR". UNIDAD DE ICTUS DEL HCUZ Y SECTOR III**

3º). Hacer extensiva esta oferta a pacientes con formas de Ictus Minor (IM), valorados en la urgencia del hospital, estabilizados clínicamente en su déficit y constantes, o en fase de mejoría clínica, que acepten (consentimiento informado), las condiciones de control y seguimiento propuestas desde la "Clínica del AIT/IM", sin un objetivo porcentual al respecto, priorizando la seguridad del paciente sobre cualquier objetivo de gestión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Recientemente hemos realizado un estudio de corte que reflejaba el aporte que ha significado la atención continuada de Neurología en el funcionamiento del Servicio, lo que nos ha permitido concluir que hemos reducido el número de ingresos urgentes en el 40% de casos. En concreto, una reducción del 26,3% en el número de ingresos por infarto cerebral y del 66% de los ingresos por AIT, (cifras que pueden suscribir las experiencias de Clínicas de AIT que utilizamos como referencia). Si añadimos los que han dejado de ingresar por estas patologías en Medicina Interna, los porcentajes pueden ser incluso mayores.

Paralelamente, estamos haciendo una revisión de la actividad de las guardias de Neurología para recoger y analizarla actividad de 4 años (2.009-2.012), con respecto al manejo ambulatorio de AIT/Ictus Minor en este periodo (unos 180-200 casos por año), para tener información de la evolución de su proceso, recurrencias, satisfacción...etc, que puedan servirnos de referencia para la actividad prospectiva que pretendemos realizar en el presente proyecto bajo la estructura de "Clínica AIT/IM".

Consecuencia de lo anterior sería dotar de contenido, estructura y control del seguimiento, a una actividad que seguramente de forma poco reconocida y valorada se está realizando parcialmente, con más voluntarismo que organización.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Desarrollar y consolidar un proceso de valoración urgente y seguimiento estrecho de AITs e formas de Ictus Minor en los que la hospitalización sea evitable sin repercutir en la seguridad del paciente, aprovechando las técnicas de estudio y su aplicación en las primeras horas o días.  
- Coordinar la actividad del Servicio de Neurología con los Servicios de Urgencias y Radiología del Hospital (en colaboración creciente), y desarrollar un proceso informativo en Atención Primaria del Sector III, que permita ofertar la remisión de pacientes de esta patología que cumplan los requisitos de selección.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º). El Servicio de Neurología debe conocer este proceso y el Neurólogo y/o Residente de guardia es el principal protagonista de la valoración urgente de estos pacientes, en forma similar a la establecida, pero conociendo y aplicando los criterios de ingreso, escalas de valoración (en especial la ABCD2), explicar el consentimiento informado para el seguimiento ambulatorio del paciente en los casos que lo requieran, completar el estudio en urgencias (Neuroimagen, Doppler TSA-TC...) y citar al paciente para la consulta en la "Clínica del AIT/IM", en un plazo máximo de 72-96 horas.

2º). Visita por el Neurólogo vascular en la consulta de la Unidad de Ictus (Planta 7ª, lunes y jueves), en un máximo de 3-4 días después de la clínica, confirmar el diagnóstico y establecer una hipótesis de posible etiología.

3º). Programar un estudio cardiaco (Holter) o RMN en casos seleccionados.

4º). Realizar o repetir el estudio Doppler TSA-TC.

5º). Revisar el tratamiento, informar del proceso y procurar la adhesión del paciente al seguimiento, facilitando un teléfono y horario de consulta.

6º). Realizar informe escrito de su proceso.

7º). Programar finalmente consultas al mes y a los 90 días del inicio de la clínica.

8º). Sistema de información para el conocimiento de la iniciativa por Atención Primaria del Sector III, que permita un intercambio de información o consultatelefónica en los días y horario de trabajo en la "Clínica de AIT-IM", precisando lo importante de ajustarse a la semiología propia de estos procesos (basados en la disfunción neurológica focal), que deja fuera patologías inespecíficas de mareos, vértigo, cefalea...o convulsiones, pérdida de conciencia...etc.

9º). Utilizar la información disponible para fomentar la aportación a la investigación clínica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º). Ingresos por AIT inferior a 1/3 de los casos valorados en urgencias.

2º). Numero de recurrencias y/o nuevos ictus < 5% de los casos seguidos a los 90 días de la clínica.

3º). Valoración positiva de los pacientes seguidos a los 90 días > 90%.

4º) Valoración inicial máximo a las 72-96 horas de la clínica y seguimiento mínimo a los 30 y 90 días.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto presente surge como una alternativa eficaz y segura al manejo hospitalizado de los AIT y algunas formas de Ictus Minor (IM), con sus implicaciones que pueden derivar en la educación de costes.

De confirmarse en la valoración de la casuística sujeta a análisis retrospectivo, la "Clínica de AIT/IM" pretende consolidarse en el tiempo como un proceso asumido por el Servicio de Neurología del HCUZ, que a su vez facilita la investigación clínica.

Priorizando el desarrollo de la Unidad de Ictus en este momento, este proyecto no se iniciaría antes del 4º trimestre de 2.013, con una valoración al año de la actividad realizada que nos permita plantear de la

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

116

**PUESTA EN MARCHA DE LA "CLINICA DE AIT/ICTUS MINOR". UNIDAD DE ICTUS DEL HCUZ Y SECTOR III**

viabilidad futura el mismo y establecer las correcciones necesarias.

11. OBSERVACIONES. La organización del "Proyecto" cuenta con la implicación de las personas señaladas como colaboradores y del mantenimiento de la dedicación y estructura en el tiempo (contratos de guardia, fórmulas de becas CIBA...), si las condiciones futuras no son propicias al mantenimiento de esta estructura u otras fórmulas, el desarrollo del mismo podría sufrir los cambios oportunos de adaptación.

## Referencias.-

1ª). Easton J.D, Saver JL, Albers MJ, ChaturvediS, Feldmann E, Hatsukami TS, Higashida RT, Johnston SC, Kidwell CS, Lutsep HL, Miller E and Sacco RL. Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease: The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. Stroke. 2009; 40: 2276-2293.

2ª). Olivot J-M, Wolford C, Castle J, Mlynash M, Schwartz NE, Lansberg MG, Kemp S, and Albers GW. TWO ACES: transient Attack Work-up as Outpatient of Clinical Evaluation and Safety. Stroke. 2011; 42: 1839-1843.

3ª). Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A, Narquardt L, Geraghty O, Redgrave JN et al. Effects of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study); a prospective population-based sequential comparison. Lancet. 2007; 370: 1432-1442.

4ª). Lavalley PC, Meseguer E, Abboud H, Cabrejo L, Olivot JM, Simon O et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects. Lancet Neurol. 2007; 6: 953-960.

5ª). Sanders LM, Srikanth VK, Jolley DJ, et al. Monash transient Ischemic Attack Triaging Treatment: Safety of a transient Ischemic Attack Mechanism-Based Outpatient Model of Care.

Stroke. 2012; 43: 2936-2941.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## OTRA PALABRA CLAVE 1. AITIM

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

409

**CIRUGIA PRECOZ Y ALTA TEMPRANA DE LA FRACTURA DE CADERA**

2. RESPONSABLE ..... JULIAN MOZOTA DUARTE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RAMIREZ GASCA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUBDIRECCION MEDICA
- ALBAREDA ALBAREDA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TRAUMATOLOGIA
- CUARTERO LOBERA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- BURILLO FUERTES MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MI
- MONCHE PALACIN ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TRAUMATOLOGIA
- GARCIA ALVAREZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aunque algunos estudios han demostrado una reducción de la mortalidad relacionada con la fractura de cadera cuando la cirugía es temprana (tras ajustar los factores de confusión) (1, 2), otro con datos de nuestro país, sin embargo, no ha encontrado reducción de la mortalidad tras controlar los factores de confusión (3).

Lo que sí se ha demostrado es un beneficio con la cirugía precoz respecto a menor dolor, estancias más cortas y disminución de las complicaciones quirúrgicas (4, 5).

Así que las recomendaciones son (6):

- Cirugía precoz (en 24-48 horas) en pacientes estables y sin comorbilidad significativa (1B).
- Se puede demorar hasta 72 horas en pacientes con comorbilidad activa (insuficiencia cardiaca, infección activa, angina inestable o EPOC severo).
- Evitar la demora de la cirugía más allá de las 72 horas.

En nuestro Hospital ingresan aproximadamente 470 casos / año con fractura de cadera, y se demora la estancia hasta cirugía una media de 4 días.

Centros similares al nuestro (7) han publicado un porcentaje de cirugía desde el ingreso de: 24,3% en el día 0 o 1, un 42,1% en el día 2 o 3 y un 33,6% e el día 4 o más.

**Bibliografía.**

- (1) Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, Guyatt GH, Schemitsch E, DeBeer J, Bhandari M. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. CMAJ 2010; 182: 1609-17.
- (2) Toshiya Shiga, Zen'ichiro Wajima, Yoko Ohe. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. CAN J ANESTH 2008; 55: 146-154.
- (3) Libroero J, Peiró S, Leutscher E, Merlo J, Bernal-Delgado E, Ridao M, Martínez-Lizaga N, Sanfeliix-Gimeno G. Timing of surgery for hip fracture and in-hospital mortality: a retrospective population-based cohort study in the Spanish National Health System. Health Services Research 2012, 12: 15-26.
- (4) William W. Hung, Kenneth A. Egol, Joseph D. Zuckerman, Albert L. Siu. Hip Fracture Management. Tailoring Care for the Older Patient. JAMA. 2012; 307: 2185-2194
- (5) Sameer K. Khan, Sanjay Kalra, Anil Khanna, Madhan M. Thiruvengada, Martyn J. Parker. Timing of surgery for hip fractures: A systematic review of 52 published studies involving 291,413 patients. Injury, Int. J. Care Injured 2009; 40: 692-697.
- (6) Medical consultation for patients with hip fracture. Up to date. Literature review current through: Jun 2012. | This topic last updated: jun 13, 2012.
- (7) Sánchez-Crespo MR, Bolloque R, Pascual-Carra A., Pérez-Aguilar M.D., Rubio-Lorenzo M., Alonso-Aguirre M.A., Sánchez-Juan P.. Mortalidad al año en fracturas de cadera y demora quirúrgica. Rev Ortp Traumatol.2010; 54 :34-8

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la cirugía en las primeras 24-48 horas de estancia hospitalaria en fracturas de cadera.

- Disminuir la estancia en el proceso Fractura de cadera.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reunión del Grupo de Trabajo constituido, en el que se integran todos los profesionales implicados en la atención a los pacientes con fractura de cadera.

2. Elaboración de una Vía Clínica para fractura de cadera.

3. Difusión e implantación.

4. Medición de indicadores y análisis de resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existencia de vía clínica para fractura de cadera al finalizar el proyecto.

- % IQ fractura cadera día 0-1
- % IQ fractura cadera días 2-3
- % IQ fractura cadera día 4 o más
- Estancia media proceso fractura cadera

Los indicadores se obtendrán de los sistemas de información junto con los datos asistenciales del Servicio de Traumatología, siendo el responsable de su obtención Jorge Albareda.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

409

**CIRUGIA PRECOZ Y ALTA TEMPRANA DE LA FRACTURA DE CADERA**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Reunión del Grupo de Trabajo: abril 2013 a final de proyecto.  
2. Elaboración de una Vía Clínica: abril 2013- junio 2013.  
3. Difusión e Implantación: junio 2013 - octubre 2013.  
4. Medición de indicadores y análisis de resultados: abril 2013 - diciembre 2013.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Fractura cadera

OTRA PALABRA CLAVE 2. Cirugía precoz

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO****CONSULTA DE ALTA RESOLUCION: PROCESO DE OPTIMIZACION DE LA CONSULTA**

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN NAVARRO GIL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· RAMIREZ FABIAN MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· BERNAL LABORDA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. UROLOGIA  
· SANCHEZ TORRES CONSUELO. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. UROLOGIA  
· ALFAMBRA PEREZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. UROLOGIA  
· HERNANDEZ PASCUAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tanto por los profesionales sanitarios como por los pacientes es conocido que la demora en la asistencia sanitaria es uno de los principales problemas de la sanidad. El paciente como receptor del servicio de salud es cada día más exigente en cuanto a la diligencia de los sanitarios que atienden su enfermedad, teniendo en cuenta que no solo satisface la curación de una determinada patología. Así, uno de los criterios que el paciente valora en su asistencia es la demora que puede llevar el atenderle en un centro, motivo que puede generar diferentes quejas o insatisfacciones.  
Es por este motivo por el que se creó la Consulta de Alta Resolución (CAR) del Servicio de Urología del Hospital Clínico ubicada en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez. Esta consulta pretende diagnosticar mediante el uso de pruebas aportadas por el paciente y por las realizadas por el especialista en la consulta en un solo acto, evitando de ese modo la solicitud de pruebas a otros servicios y evitando a su vez el que el paciente deba acudir en otra cita a los resultados con el posible empeoramiento, demora, ocupación de consulta, coste, insatisfacción y preocupación que ello conlleva.  
No obstante observamos puntos débiles mejorables para aumentar la rentabilidad de la consulta, entre otros los derivados de una incorrecta citación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde que se implantó la consulta de alta resolución se han atendido un mínimo de 1600 pacientes anuales lo que ha supuesto una preparación previa destinada no solo a los médicos que atienden esa consulta (todos ellos con formación previa en el manejo del ecógrafo y cistoscopia flexible), si no también al personal de enfermería que debían familiarizarse con el uso de nuevo instrumental (ecógrafo y cistoscopia). A su vez los médicos de atención primaria recibieron unas charlas donde se informaba que tipo de consulta, que objetivos tenía y que estudios previos eran recomendables para aumentar la rentabilidad de la consulta.  
Es cierto que según que tipo de patologías no consideramos como patología diana para este tipo de consulta, tales como las patologías extremadamente banales, las que se pueden solucionar en una consulta ordinaria (ejemplo: anotar un paciente en lista de espera para circuncisión), las que por su complejidad precisan la solicitud de estudios más avanzados o en términos generales, las revisiones.  
Hoy por hoy, un pequeño porcentaje de pacientes es valorado en esta consulta, ahí nuestra motivación para realizar esta mejora

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo es atender el mayor número de pacientes diana que según la patología son los ideales para ser tratados en esta consulta evitando así un mal uso de los recursos disponibles que podrían destinarse a otro tipo de pacientes.  
De este modo, se evitan revisiones innecesarias, ocupación de las citas en patologías no adecuadas, demora para otros usuarios, evitar costes recurriendo a otros servicios, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Dar prioridad a los Urólogos con mayor experiencia en el manejo del ecógrafo a la hora de atender la CAR.  
- Informar en los Centros de Salud y Servicios de Urgencias de las patologías diana.  
- Recordar que tipo de pruebas complementarias son las ideales aportar en la CAR.  
- Valoración con antelación los volantes de cita que redacta el Medico de Atención Primaria de los casos remitidos.  
De este modo se pretende, con tiempo suficiente, reubicar en el tipo de consulta que el paciente debería ser atendido. Captando pacientes de otras consultas o Recitando en otras consultas el paciente incorrectamente citado en la CAR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicador 1: Elaboración de la carta informativa sobre las patologías diana  
- Indicador 2: Estadística de informe de citación valorados  
- Indicador 3: Estadística de pacientes recitados en otras consultas  
- Indicador 4: Estadística del número y tipo de pruebas aportadas por los pacientes  
- Indicador 5: Estadística del número y tipo de pruebas realizadas por el Urólogo en la CAR.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una vez aprobado se realizarán las cartas informativas enviándolas a los Centros de Salud de los que somos referencia. Posteriormente se valorarán trimestralmente los resultados mostrados en los indicadores expuestos previamente para dar un resultado evolutivo y final en el plazo de 1 año

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

379

**CONSULTA DE ALTA RESOLUCION: PROCESO DE OPTIMIZACION DE LA CONSULTA**

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

123

**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO: RACIONALIZACION DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES**

2. RESPONSABLE ..... DANIEL OROS LOPEZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARAZO HERNANDEZ BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - ROMERO CARDIEL MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - OROS ESPINOSA DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - ABAD PEREZ PRADO. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - PEREZ HIRALDO MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - FABRE GONZALEZ ERNESTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El parto pretérmino es uno de las patologías con mayor impacto social y sanitario. La tasa de nacidos pretérmino en nuestro servicio (datos 2008-2012) se sitúa en torno al 7%. El manejo asistencial de la amenaza de parto pretérmino es uno de los procesos que más recursos asistenciales requiere dentro del servicio de Obstetricia, suponiendo el segundo motivo de ingreso tras el manejo del proceso de parto, el primer motivo de ingreso prolongado (> 4 días), primer motivo de gasto farmacéutico/paciente en paciente ingresada en Obstetricia, y uno de los motivos de consulta a urgencias más frecuente.

En los últimos 3 años, ha surgido nueva evidencia sobre el manejo de la amenaza del parto pretérmino, con la aparición de nuevas estrategias diagnósticas y preventivas que permiten poder disminuir discretamente la tasa de prematuridad, y sobre todo optimizar claramente los recursos y gastos económico del manejo asistencial de la amenaza de parto pretérmino (APP)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Elaboración y desarrollo del nuevo protocolo asistencial del desarrollo  
2) Disminución de la proporción de ingresos por APP  
3) Disminución del número de registros cardiotocográficos (RCTG) realizados en planta de obstetricia  
3) Disminución del gasto farmacéutico por ingreso por APP  
4) Disminución de la proporción de consultas a urgencias por APP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Elaborar e implantar protocolo asistencial de manejo clínico de APP (Dr Orós López, Dr Romero, Dr Orós Espinosa)  
2) Implantar protocolo de reducción de realización de RCTG (Prado Abad)  
3) Implantar sistema de Cribado de parto pretérmino (Dr Fabre, Dra Pérez-Hiraldo)  
4) Implantar protocolo de manejo en urgencias e ingreso por APP (Dr Orós López, Dr Romero, Dr Orós Espinosa)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Disminución de la proporción de ingresos por APP (Base datos altas obstétricas)  
2) Disminución del número de registros cardiotocográficos (RCTG) realizados en planta de obstetricia (actividad asistencial matronas)  
3) Disminución del gasto farmacéutico por ingreso por APP (Farmacia)  
4) Disminución de la proporción de consultas a urgencias por APP (PCH)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013. Desarrollo protocolo asistencial  
Mayo-Junio 2013. Implantación del protocolo asistencial  
Octubre 2013. Análisis interino, evaluación de resultados y corrección de potenciales dificultades.  
Enero- Febrero 2014. Análisis final.

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

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

- OTRA PALABRA CLAVE 1. Amenaza parto pretérmino  
OTRA PALABRA CLAVE 2. disminución de los ingresos

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

139

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO PEREZ ARBEJ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CAPAPE POVES VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· CHAVEZ GUZMAN ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· MATA ORUS MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· NAVARRO GIL JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· RAMIREZ FABIAN MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es sabido que el cáncer de próstata es uno de los tumores mas frecuentes, entre los que afectan al varón. Sin embargo no existe acuerdo, en la comunidad científica nacional ni internacional, sobre cual o cuales son las indicaciones terapéuticas mas adecuadas.

Ello es debido a que no existe evidencia científica de que, para determinados estadios tumorales, unas pautas sean superiores a otras, en cuanto a los resultados de tratamiento con intencionalidad curativa y morbi-mortalidad se refiere.

Cualquier actitud terapéutica que tomemos va a presentar efectos secundarios adversos, siendo estos diferentes para cada una de ellas. Por ello, es muy frecuente, actualmente, exponer al paciente un abanico de posibilidades, con sus pros y sus contras, para que sea éste el que tome la decisión final.

Además a esta variabilidad existente a nivel general, se añaden las diferentes posibilidades existentes en cada Centro Hospitalario, por la disponibilidad de instrumental, de aparataje o la formación de los propios miembros de los Servicios de Urología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el momento actual el modo de actuación, en este Servicio de Urología, sigue las pautas emanadas de las Guías de las sociedades científicas más próximas, las Asociaciones Española y Europea de Urología, y las publicaciones en las revistas de la especialidad.

Por lo tanto el criterio, a la hora de indicar una pauta de tratamiento, está mediatizado por la interpretación personal de estas Guías, junto con las propias preferencias y formación de cada uno de los miembros del Servicio. Esto se traduce en que no existe homogeneidad en el momento de sentar las indicaciones terapéuticas, incluso en tumores de similar estadio, por lo que va a ser diferente en función del especialista que atienda a cada paciente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la propuesta de elaboración de un documento de consenso se persigue unificar los criterios a la hora de realizar las indicaciones terapéuticas en el cáncer de próstata, de tal forma que, a igualdad de estadio clínico, se realicen similares indicaciones, reduciendo la variabilidad a la personalización de las mismas a la edad y co-morbilidades de los pacientes, es decir, la expectativa de vida. Esto permitirá poder aconsejar de manera uniforme y, sobre todo, poder resolver mejor las dudas y las propias expectativas y preferencias de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se propone formar un grupo de trabajo dentro del Servicio de Urología para elaborar un "Documento de consenso" para la indicación de tratamiento del cáncer de próstata, para uso interno de este Servicio de Urología, y por tanto aplicable a los pacientes dependientes del Área III.

Cada miembro del equipo de mejora se encargará de uno de los diferentes temas, finalizando el documento con la confección de resúmenes, tablas o diagramas, que faciliten su uso e interpretación.

Para poder valorar la utilidad real de dicho documento se confeccionará también una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los "clientes internos", es decir los miembros del Servicio de Urología.

En esta encuesta se plantearan también cuestiones destinadas a valorar la posibilidad de conseguir objetivos secundarios, como posibles modificaciones o correcciones del documento, creación o no de un grupo estable para el tratamiento y seguimiento de los pacientes de cáncer de próstata, realizar algún tipo de sistema de formación en alguna técnica, creación o no de una consulta monográfica de cáncer de próstata, etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1.- Elaboración del documento de consenso. Estándar = SI

Indicador 2.- Elaboración de encuesta de satisfacción para clientes internos. Estándar = SI.

Indicador 3.- Satisfacción de los clientes internos. Estándar >80%

Indicador 4.- Obtención de objetivos secundarios. Estándar = 1-2

Los miembros del equipo confeccionaran y se encargaran de difundir la encuesta de los clientes internos, cada 3 meses, analizando los resultados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una vez aprobado se realizará la distribución de temas, que se remitirán por e-mail al coordinador, quien generará un documento con todos ellos. Este documento deberá ser revisado y corregido por los autores, en las reuniones que se consideren necesarias, para "consensuar" el documento definitivo. Este documento estará dotado de tablas resumen o esquemas, y bibliografía.

Se realizará un pequeño libro para distribuir entre los miembros del Servicio de Urología y en los

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

139

### ELABORACION DE DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA

consultorios.

Así mismo se confeccionará la encuesta midiéndose los indicadores a los 3 meses de iniciado el proyecto, cada 3 meses y al finalizarlo.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

194

**ELABORACION DE UN PLAN INTEGRAL DE COMUNICACION PARA EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELISA PERLADO DEL CAMPO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION MEDICA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ SALUEÑA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION ENFERMERIA
- LOPEZ IBORT NIEVES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la realización de varias ediciones del curso "GESTIÓN CLÍNICA PARA RESPONSABLES CLÍNICOS", donde como trabajo final del curso se debía realizar un DAFO sobre la organización sanitaria de cada participante (por grupos), se detecta la debilidad casi constante en dicho DAFO de un déficit de comunicación tanto interna como externa en el Hospital Universitario "Lozano Blesa". La comunicación debe ser entendida como una herramienta más de gestión para alcanzar por una lado, buenos resultados a través de la información de misión, visión, valores, feedback de resultados anteriores... es decir, comunicación interna y ,por otro lado conocimiento y credibilidad en la opinión pública. Tras analizar la situación, se identifica como área de mejora, la elaboración de un plan integral de comunicación para la organización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar el plan de comunicación.

Difundir dicho plan entre todos los trabajadores de la organización.

Mejorar la comunicación entre los profesionales y promover su participación.

Contribuir a construir la identidad corporativa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar una búsqueda bibliográfica de diferentes planes de comunicación organizacionales. (Responsables: los tres miembros).

A través de reuniones de los tres miembros del equipo se elaborará el plan de comunicación. (Responsables los tres miembros).

Se realizará la presentación del plan de comunicación en el salón de actos a todos los responsables de la organización, profesionales interesados y representantes de asociaciones de usuarios. (Responsables los tres miembros)

Se realizará una encuesta estratificada por grupos de interés, para evaluar el grado de mejora de la comunicación en la organización. esta encuesta parametrizará distintos aspectos de la comunicación (rapidez, claridad, accesibilidad...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración del manual (SI/NO)

Realización de la jornada de difusión (SI/NO)

Realización del diseño de la encuesta (SI/NO)

Obtención de un 30% de respuesta a la encuesta. (Nº de profesionales que contestan a la encuesta/ nº de profesionales a los que se envía encuesta).

Mejora de la comunicación. (Nº de ítems que recoge la encuesta y que muestran mejora/ nº de ítems recogidos en la encuesta)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año.

Búsqueda: abril 2013

Elaboración del plan: Mayo-Junio 2013

Presentación del plan en el salón de actos: Octubre 2013

Realización de la encuesta: Febrero 2014

Análisis de la encuesta: marzo 2014.

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

194

**ELABORACION DE UN PLAN INTEGRAL DE COMUNICACION PARA EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA**

### POBLACIÓN DIANA

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

### INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

### VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

418

## 1. TÍTULO

**COMUNICACION RAPIDA DE VALORES CRITICOS DESDE EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA**

## 2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE PUENTE LANZAROTE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- BERNAL MORILLO MARIA. QUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA
- SALAZAR PUERTOLAS ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA
- REBOLLAR GONZALEZ SORAYA. BIOLOGO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los resultados analíticos fuera de ciertos márgenes (valores de alarma) pueden corresponder a estados patológicos del paciente que pueden poner en peligro su vida y que deben ser conocidos por el médico a la mayor brevedad, para que éste pueda tomar las medidas que considere necesarias lo antes posible.

Dentro del sistema de calidad del laboratorio es imprescindible la gestión de valores críticos. En un laboratorio acreditado es una garantía de calidad la correcta gestión y notificación de los mismos.

Es por ello importante disponer en el laboratorio de un método que minimice el tiempo que transcurra entre la obtención de un resultado alarmante y su comunicación al solicitante.

Hasta ahora la comunicación se podía hacer enviando el resultado a una impresora o intentando localizar telefónicamente al solicitante. Ambos métodos presentaban problemas pues las impresoras podían no estar operativas, el informe impreso no recogido o el solicitante no localizable tras dedicar mucho tiempo a ello.

Con la nueva versión del sistema informático del laboratorio (SIL) instalada recientemente (marzo 2013) existe la posibilidad de enviar alertas por vía electrónica (a una dirección de correo electrónico) y tener una confirmación de que el mensaje ha sido abierto por el destinatario. Esto nos permite poner en marcha un nuevo sistema de comunicación de resultados alarmantes.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Comunicación rápida y eficaz de resultados alarmantes que requieren una actuación médica urgente

- Asegurar que el resultado es recibido por el solicitante de la analítica en el menor tiempo posible
- Optimizar el tiempo que el personal del laboratorio dedica a esta actividad.
- Protocolizar el proceso de comunicación.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - implementar la nueva versión del SIL

- revisar en el laboratorio de Bioquímica, por secciones, el listado de valores de alarma
- decidir cuáles deben ser comunicados con el nuevo sistema, teniendo presente la posibilidad de valorar antes el origen de la petición, resultados anteriores de la misma prueba y otros puntos que puedan ser de interés
- configurar los valores críticos en el SIL
- comprobar la disponibilidad de la infraestructura informática necesaria (correos electrónicos, ubicación del ordenador en que se recibirán éstos), así como asegurar que hay personal que los recibe y hace llegar al destinatario
- realizar pruebas de funcionamiento con uno ó varios servicios escogidos tras acuerdo con los mismos
- ampliar a todos los solicitantes de analíticas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de servicios solicitantes a los que se puede comunicar valores de alarma por e-mail (indicador de implantación). Será obtenido mensualmente entre noviembre de 2013 y abril de 2014.

- Número de avisos enviados por mes (indicador de actividad). Será obtenido y evaluado mensualmente a partir de noviembre de 2014.
- Porcentaje de avisos consultados el mismo día de su envío. Será obtenido diariamente y evaluado mensualmente a partir de noviembre de 2014.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - abril 2013

Formación en la nueva versión del SIL

- mayo a julio 2013.

Reuniones con las secciones del laboratorio para establecer listado de valores de alarma. Comprobación de la disponibilidad de la infraestructura informática necesaria. Configuración en el SIL de valores críticos.

- agosto a octubre 2013.

Realizar pruebas de funcionamiento con solicitantes escogidos

- noviembre 2013 a abril 2014.

Ampliación del sistema a todos los solicitantes.

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

418

**COMUNICACION RAPIDA DE VALORES CRITICOS DESDE EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA**

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

055

**ESTIMACION DE DOSIS EN CRISTALINO DEL PERSONAL QUE TRABAJA A PIE DE TUBO EN INTERVENCIONISMO, HEMODINAMICA, VASCULAR Y QUIROFANOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES RIVAS BALLARIN

- Profesión ..... RADIOFISICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ MANZANO PEDRO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- AGUIRRE COLLADO AURORA. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La publicación ICRP 118, ICRP Statement on Tissue Reactions / Early and Late Effects of Radiation in Normal Tissues and Organs - Threshold Doses for Tissue Reactions in a Radiation Protection Context, a la luz de las conclusiones de los estudios más recientes sobre la aparición de cataratas, ha decidido modificar el límite anual de dosis en cristalino, que pasa a ser 20 mSv cuando anteriormente era 150 mSv. El nuevo límite no es más que una recomendación, en tanto no sea traspuesto a la legislación española. Sin embargo, puesto que hay evidencias de que el umbral de dosis para la aparición de daños en cristalino es inferior a lo que se pensaba, es de la máxima importancia realizar estimaciones de las dosis que puede estar recibiendo en el cristalino el personal del hospital que trabaja en presencia de rayos X. De esta manera se podrá valorar si las condiciones de trabajo son tales que no provocarán la aparición de cataratas radioinducidas o, por el contrario, debe aumentarse la protección al cristalino para disminuir la dosis de radiación que recibe.

El personal objeto de estudio será:

- ? El grupo de técnicos de radiodiagnóstico que opera los equipos radioquirúrgicos
- ? Los cirujanos vasculares
- ? Los facultativos y DUEs de la sección de Radiología Intervencionista.
- ? Los facultativos y DUEs de la Unidad de Hemodinámica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener una estimación de la dosis de radiación en cristalino del personal de los estamentos antes indicados.

? A partir de estos datos, determinar si las condiciones de trabajo son seguras, con arreglo a las nuevas recomendaciones, o si es necesario aumentar la protección en todos o en algunos de los casos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La publicación ICRP 118, ICRP Statement on Tissue Reactions / Early and Late Effects of Radiation in Normal Tissues and Organs - Threshold Doses for Tissue Reactions in a Radiation Protection Context, a la luz de las conclusiones de los estudios más recientes sobre la aparición de cataratas, ha decidido modificar el límite anual de dosis en cristalino, que pasa a ser 20 mSv cuando anteriormente era 150 mSv. El nuevo límite no es más que una recomendación, en tanto no sea traspuesto a la legislación española. Sin embargo, puesto que hay evidencias de que el umbral de dosis para la aparición de daños en cristalino es inferior a lo que se pensaba, es de la máxima importancia realizar estimaciones de las dosis que puede estar recibiendo en el cristalino el personal del hospital que trabaja en presencia de rayos X. De esta manera se podrá valorar si las condiciones de trabajo son tales que no provocarán la aparición de cataratas radioinducidas o, por el contrario, debe aumentarse la protección al cristalino para disminuir la dosis de radiación que recibe.

El personal objeto de estudio será:

- ? El grupo de técnicos de radiodiagnóstico que opera los equipos radioquirúrgicos
- ? Los cirujanos vasculares
- ? Los facultativos y DUEs de la sección de Radiología Intervencionista.
- ? Los facultativos y DUEs de la Unidad de Hemodinámica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? % de trabajadores a los que se aplican las estimaciones, calculado sobre el total de los que trabajan a pie de tubo

? % de trabajadores que superarían el límite de cristalino propuesto por ICRP (20 mSv/año), calculado sobre el total de los que trabajan a pie de tubo

? N° de trabajadores que necesitarían llevar elementos de protección de cristalino, que serían todos aquellos cuya dosis estimada anual supere o se aproxime a los 20 mSv.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Enero/13 Fecha final: Septiembre/13

Cronograma: Enero-Junio/13: distribución, uso y recogida de los TLDs entre los trabajadores expuestos.

Julio-Agosto/13: análisis de las lecturas. Septiembre/13: conclusiones y análisis de los resultados para la toma de decisiones

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Protección Radiológica de los trabajadores expuestos

POBLACIÓN DIANA

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

055

**ESTIMACION DE DOSIS EN CRISTALINO DEL PERSONAL QUE TRABAJA A PIE DE TUBO EN INTERVENCIONISMO, HEMODINAMICA, VASCULAR Y QUIROFANOS**

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cristalino

OTRA PALABRA CLAVE 2. Protección Radiológica

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

014

**ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE  
CARDIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESÁ**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO RONCALES GARCIA BLANCO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LACAMBRA BLASCO ISAAC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA  
· SAN PEDRO FELIU ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA  
· CARMONA AYNAT AMALIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA  
· GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA  
· ALAMEDA SERRANO JAVIER. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA  
· MARTINEZ MARIN MIGUEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA  
· CUEVA RECALDE FRANCISCO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hoy en día es muy importante ser conocedores del grado de satisfacción del propio usuario de la sanidad, pero no menos es el conocer el grado de satisfacción que los FAMILIARES perciben de la atención prestada durante el ingreso de su familiar y de esta forma también poder mejorar, en todo lo posible, ese aspecto y así conseguir un nivel más alto de calidad en nuestro servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se ha realizado previamente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Poder detectar los puntos débiles en la atención que reciben los pacientes, según el punto de vista de los FAMILIARES , así como en ellos mismos y de esta forma poder mejorar en ambos casos la calidad por parte del Servicio de Cardiología del H.C.U. Lozano Blesa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mediante encuesta dirigida a los FAMILIARES de los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología del HCU Lozano Blesa, en la que se les solicita que, libre y anónimamente, contesten antes del alta hospitalaria de su familiar.  
ENCUESTA:

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "Lozano Blesa"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Estimados señores:

En el Servicio de Cardiología nos parece fundamental mejorar la atención que prestamos a los familiares de los pacientes ingresados. Para ello, necesitamos conocer su opinión acerca de ciertos aspectos relacionados con el funcionamiento de nuestro servicio por lo cual le agradecemos que rellenen el siguiente cuestionario que es voluntario y totalmente anónimo.

Una vez relleno le rogamos que lo depositen en el control de enfermería o en el despacho de nuestra secretaria, antes de que su familiar abandone el hospital.

No dude en preguntarnos aquello que considere oportuno y reciba nuestro agradecimiento por anticipado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente de \_\_\_ años. Hombre • Mujer •

Cuántos días lleva ingresado/a su familiar?: \_\_\_\_\_

Registro nº:.....

\*\*\*\*\*

1.- ¿En conjunto, cómo considera los cuidados que hemos prestado a su familiar durante su estancia en Cardiología?

• Muy malos

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

014

**ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE  
CARDIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESÁ**

- Malos
- Buenos
- Muy buenos

2.- El personal de Cardiología se ha preocupado por su familiar:

- Muy poco
- Poco
- Bastante
- Mucho

3.- ¿En caso de que hubiera cambiado el estado de su familiar de forma importante, cree usted que se le habría localizado para informarle?

- Sí
- No

4.- ¿Ha entendido lo que le ha ocurrido a su familiar?

- Muy mal
- Mal
- Bien
- Muy bien

5.- ¿Cree usted que la información que ha recibido se corresponde con las verdaderas condiciones de su familiar?

- Muy poco
- Poco
- Bastante
- Mucho

6.- ¿En la información que ha recibido se ha incluido el pronóstico, es decir, el nivel de gravedad de su familiar?

- Sí
- No

7.- ¿Se le ha explicado el tratamiento médico que ha recibido su familiar?

- Muy poco
- Poco
- Bastante
- Mucho

8.- ¿Se le han explicado los recursos materiales utilizados con su familiar (aparataje, monitores.....)?

- Muy poco
- Poco
- Bastante
- Mucho

9.- ¿Cree que la información recibida cambia según el médico que les atiende?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

10.- ¿Cree que la información recibida cambia según la enfermera que les atiende?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

11.- ¿Cree que la asistencia cambia según el médico que les atiende?

- Mucho
- Bastante

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

014

**ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE  
CARDIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESÁ**

- Poco
- Nada

12.- ¿Cree que la asistencia cambia según la enfermera que les atiende?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

13.- ¿Ha echado en falta información del personal acerca de dónde se encuentran ciertos lugares que pueden ser útiles para usted (por ejemplo servicio, cafetería, sala de espera, capilla, kiosko, etc)? En el caso de contestar SI, especifique cuál:

- No
- Sí (cuál:.....)

14.- ¿Ha echado en falta a otras personas que le pudieran ayudar (interpretes, asistente social, sacerdote...? En el caso de contestar SI, especifique cuál:

- No
- Sí (cuál:.....)

15.- ¿Le habría gustado participar en ciertos cuidados prestados a su familiar, en la medida de lo posible (higiene, afeitado, comida.....)?

- Sí
- No

16.- ¿Cree que se le ha dado la oportunidad de participar en estos cuidados cuando ha sido posible (higiene, afeitado, comida.....)?

- Sí
- No

17.- En caso de haber querido hablar con el médico fuera del horario habitual de información, cree usted que le habría resultado:

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

18.- ¿Le resultó fácil o difícil hablar con el personal de enfermería cuando lo necesitó?

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

19.- ¿Se ha presentado ante ustedes el personal de Cardiología con su nombre y cargo (médico, enfermera, auxiliar.....)?

- |            |      |      |
|------------|------|------|
| Médico:    | • Sí | • No |
| Enfermera: | • Sí | • No |
| Auxiliar:  | • Sí | • No |

20.- ¿Cómo le ha parecido, en conjunto, el trato que le han prestado los siguientes profesionales

- |            |            |        |         |             |
|------------|------------|--------|---------|-------------|
| Médico:    | • Muy malo | • Malo | • Bueno | • Muy bueno |
| Enfermera: | • Muy malo | • Malo | • Bueno | • Muy bueno |
| Auxiliar:  | • Muy malo | • Malo | • Bueno | • Muy bueno |

21.- ¿Cree que son cómodas las instalaciones que hay en el servicio de Cardiología para la visita de los familiares?

- Muy poco
- Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 014

1. TÍTULO

**ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESÁ**

- Bastante
- Mucho

22.- Respecto a la comodidad, la sala de espera de familiares que se encuentra a la entrada de la planta le parece:

- Muy incómoda
- Incómoda
- Cómoda
- Muy cómoda

23.- Respecto a dicha sala de espera, añadiría algo para hacer la estancia más confortable?

- No añadiría nada, me parece bien equipada.
- Sí

añadiría:.....

24.- Ha tenido algún tipo de dificultad en relación al idioma, sexo o religión ?

- No
- Sí

25.- ¿Cómo considera en general la organización de las visitas de los familiares y amigos en el Servicio de Cardiología, atendiendo a los siguientes aspectos?

- Tiempo disponible para visitarlos:
  - Corto
  - Adecuado
  - Largo
- Cuantas personas cree que deberían estar a la vez ?
  - 1
  - 2
  - Más de 2
- El horario "sin visitas" de 9'30 a 12'30 horas, le parece?
  - Adecuado
  - Excesivo
  - No debería existir

26.- Por favor, díganos las recomendaciones que nos haría usted para mejorar la atención que les prestamos en la actualidad:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

014

**ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE  
CARDIOLOGIA DEL H.C.U. LOZANO BLESÁ**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año, desde el 01 de Junio de 2013 al 31 de Mayo de 2014

11. OBSERVACIONES. En el apartado 7 se ha adjuntado el modelo de encuesta.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

051

## 1. TÍTULO

**CONTROL DE CALIDAD DE LAS ESTACIONES DE TRABAJO (MONITORES DE DIAGNOSTICO DE LOS RADIOLOGOS) EN RADIOLOGIA DIGITAL DEL HCU LOZANO BLES A**

## 2. RESPONSABLE ..... PEDRO RUIZ MANZANO

- Profesión ..... RADIOFISICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- VILLA GAZULLA DAVID. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- VILLALVA PELLEJERO ROSA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según el RD 1976/1999, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico, las instalaciones de RX deben implantar un programa de garantía de calidad que incluya controles de calidad del equipamiento utilizado en las unidades asistenciales de radiodiagnóstico y que deben ajustarse a protocolos establecidos para tal fin, aceptados y refrendados por sociedades científicas nacionales competentes o por instituciones internacionales de reconocida solvencia. En 2012 se ha publicado una actualización del protocolo Español de control de calidad en radiodiagnóstico y el S° de Física y PR está actualizando los procedimientos y controles de calidad del equipamiento involucrado. Entre el equipamiento que ha de ser controlado están las estaciones de trabajo (monitores de diagnóstico y visualización). El diagnóstico en estaciones de trabajo adecuadamente calibradas permite aprovechar al máximo todo el potencial de la imagen digital, maximizando la cantidad de información que el radiólogo es capaz de visualizar en la misma. La curva de luminancia de un monitor de diagnóstico debe ajustarse a la curva DICOM (GSDF, Grayscale Standard Display Function). La calibración DICOM o la verificación del ajuste, es la prueba esencial en un control de calidad de monitores. Para realizar los controles mínimos necesarios de los monitores es imprescindible disponer de un Luminancímetro adecuado. La situación inicial, a principios de 2013, es que las estaciones de trabajo no están adecuadamente calibradas y no están ajustadas a la curva DICOM salvo las dos estaciones dedicadas a Mamografía. Durante los años anteriores, el S° de Física y P.R. no disponía de Luminancímetro adecuado y no se han podido hacer los ajustes necesarios en las mencionadas estaciones. En febrero de 2013 se compro un Luminancímetro para el S° de Física y P.R. y se encontraron otros dos que estaban guardados en el S° de informática. Con este material y el software adecuado se pretende realizar los ajustes necesarios en las citadas estaciones.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera dejar todos los monitores ajustados a la curva DICOM, cumpliendo con los diferentes apartados del protocolo Español de control de calidad en radiodiagnóstico verificando el correcto ajuste (conformidad o verificación), luminancias máxima y mínima, uniformidad, correcta visualización de las imágenes del TG18, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se identificarán las estaciones de trabajo (marca, modelo, nº serie, tamaño, etc.). Pedro Ruiz Manzano y Mª Ángeles Rivas ballarín desarrollaran los protocolos necesarios para cada tipo de monitor usando el software mas adecuado, instalando dicho software.

Los responsables de las medidas serán Pedro Ruiz Manzano, Mª Ángeles Rivas y Rosa Villalba Pellejero.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de estaciones que han sido controladas.

Porcentaje de estaciones que han sido ajustadas a la curva DICOM.

En ambos indicadores se espera superar el 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero/13: identificación de las estaciones y preparación de los protocolos correspondientes. Marzo-Abril/13: Aprendizaje del uso del equipo por parte de los radiofísicos e instalación del software de control en las estaciones de trabajo. Marzo-Septiembre/13: control y ajuste de las estaciones de trabajo. Octubre-Noviembre/13: elaboración de informes.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. monitores

OTRA PALABRA CLAVE 2. diagnóstico

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

047

**IMPLEMENTACION DE LA ESCALA PNEUMONIA SEVERITY INDEX (PSI) EN EL S.DE URGENCIAS DEL HCU PARA ADECUAR LA UBICACION Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC). POTENCIACION DE LA SALA DE OBSERVACION EN LA VALORACION Y TRATAMIENTO INICIAL**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE RUIZ RUIZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- NAVARRO CALZADA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incidencia anual de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) oscila según estudios entre el 5 y 11% anual en población adulta, con una tasa de ingreso hospitalario entre el 1,1 y 4 por 1000 pacientes. Supone la primera muerte de causa infecciosa y la sexta causa de mortalidad total en países occidentales.

Es por ello fundamental que la evaluación inicial del paciente se haga de forma homogénea para establecer un tratamiento adecuado a la gravedad y entorno epidemiológico que presenta el paciente. El uso del juicio clínico para evaluar la gravedad de la NAC depende de la experiencia del médico responsable y puede infravalorar o sobrestimar la gravedad del proceso. Para solventar este problema se han desarrollado escalas pronósticas de gravedad, cuyo propósito es clasificar a los pacientes en diferentes grupos de riesgo en función de la probabilidad de fallecer a los 30 días o de la de precisar un tratamiento más agresivo, como ventilación asistida o administración de fármacos vasopresores. Una de las escalas pronósticas más conocidas, contrastadas y aplicable a la práctica clínica diaria es el Pneumonia Severity Index (PSI). Para el cálculo del PSI se utilizan 20 variables de forma ponderada que incluyen la edad, sexo, comorbilidades, signos vitales y alteraciones analíticas y radiológicas. Según la puntuación total se estratifica a los pacientes en 5 clases (I-V) o categorías en función del riesgo de mortalidad al os 30 días. Las clases I-III corresponden a pacientes con NAC leve (riesgo de muerte bajo, entre 0,1-2,8%), la clase IV a pacientes con riesgo intermedio (riesgo de muerte entre 8,2-9,3%) y la clase V a pacientes con riesgo elevado (riesgo de muerte entre 27-31%). Se recomienda tratamiento ambulatorio en las clases I-II, salvo que exista hipoxemia (PaO<sub>2</sub> o 60mmHg o saturación de oxígeno <90%), observación en unidades de corta estancia en la clase III e ingreso hospitalario en las clases IV-V. Coincidiendo con las últimas actualizaciones realizadas en el programa informático PCH, utilizado para la atención de los pacientes que acuden a Urgencias, dicha escala fue incorporada al mismo, lo que simplifica su utilización. La adecuada clasificación de estos pacientes permitirá además la elección de la pauta de tratamiento antibiótico más adecuada en función de la ubicación final del paciente.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar una evaluación de la gravedad del paciente para una correcta ubicación del mismo atendiendo a los indicadores de la escala PSI.

Potenciar el papel de la sala de observación, como lugar de ubicación más adecuado, para pacientes de grupo III según dicha escala.

Homogeneizar las pautas de tratamiento, de acuerdo a la gravedad del paciente, de los pacientes que acuden a Urgencias y presentan NAC.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un protocolo que sirva de guía en la unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos en estos pacientes. Para conseguir los objetivos planteados se realizarán durante los meses de agosto y septiembre, se realizará una sesión formativa teórico-práctica, con casos clínicos, en tres convocatorias diferentes para conseguir la máxima difusión posible entre los médicos residentes y médicos de urgencia hospitalaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicador: Porcentaje de pacientes con correcta ubicación y estadio I-II determinado por la escala PSI. Dimensión: Efectividad. Fórmula: (Pacientes con estadio I y II tratados ambulatoriamente/Total de pacientes con estadio I y II) x 100

2. Indicador: Porcentaje de pacientes con estadio III que pasan a sala de observación y destino final de los mismos (ingreso hospitalario o alta a domicilio). Dimensión: Efectividad. Fórmulas: a) (Pacientes con estadio III que pasa a sala de observación/Total de pacientes con estadio III) x 100. (Pacientes con estadio III ingresados desde sala de observación/Total de pacientes con estadio III que pasa a sala de observación) x 100. b) (Pacientes con estadio III dados de alta a domicilio desde sala de observación/Total de pacientes con estadio III que pasa a sala de observación) x 100.

3. Indicador: Porcentaje de pacientes con correcta ubicación y estadio IV-V determinado por la escala PSI. Dimensión: Efectividad. Fórmula: (Pacientes con estadio IV y V ingresados/Total de pacientes con estadio IV y V) x 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

047

## 1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESCALA PNEUMONIA SEVERITY INDEX (PSI) EN EL S.DE URGENCIAS DEL HCU PARA ADECUAR LA UBICACION Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC). POTENCIACION DE LA SALA DE OBSERVACION EN LA VALORACION Y TRATAMIENTO INICIAL

V) x 100.

4. Indicador: Porcentaje de pautas antibióticas empleadas y adecuación de las mismas a la gravedad y escala PSI del paciente. Dimensión: Efectividad. Fórmula: (Pacientes con pauta antibiótica adecuada a su gravedad/Total de pacientes con NAC) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo y Junio de 2013: Elaboración de protocolo

Julio de 2013: Remisión del protocolo a la Unidad de Calidad para su aprobación

Agosto y primera quincena de septiembre: Realización de tarea formativa

Una vez realizada la tarea formativa se realizará un seguimiento de 6 meses (15 septiembre de 2013 a 15 de marzo de 2014 con objeto de recoger datos en diferentes periodos estacionales)

Abril de 2014. Evaluación de indicadores.

Mayo de 2014: Presentación de resultados

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

237

**TALLERES TEORICO-PRACTICOS EN EL CUIDADO DE ESTOMAS DE ELIMINACION PARA PACIENTE Y FAMILIARES****2. RESPONSABLE** ..... ANA VICTORIA SANZ PLUMED

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- LAMPEREZ BUENO MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL
- SISAMON GIL ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL
- GAÑAN PUMARES ADRIANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL
- BUENO FENERO SARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL
- DIARTE ABENIA MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El equipo de enfermería del servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Lozano Blesa, observó la existencia de falta de información acerca del cuidado de los estomas en los pacientes tratados en este servicio.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** Presentamos este proyecto como ampliación del Proyecto del año 2011: "TENGO UNA OSTOMIA. ¿QUÉ ES ESTO?, ¿QUÉ HAGO AHORA?".

Las actividades realizadas hasta la fecha:

1. Se formó un equipo de mejora compuesto por enfermeras de la planta de cirugía B del hospital.
2. Búsqueda bibliográfica.
3. Elaboración de una encuesta con el objetivo de recoger información de pacientes ostomizados para reflejar sus inquietudes y dudas en el nuevo folleto informativo.
4. Entrega de encuestas a los pacientes ostomizados, autónomos en su autocuidado e ingresados en el servicio de cirugía B.
5. Recogida y análisis de los datos obtenidos.
6. Elaboración de un folleto piloto informativo, presentado a los pacientes para valoración conjunta con personal de enfermería.
7. Modificación del folleto inicial tras el feed-back pacientes-equipo de enfermería.
8. Presentación del folleto al responsable de Calidad y creación de un tríptico informativo más adecuada al presupuesto directo asignado.
9. Elaboración del tríptico definitivo, presentada a la unidad de calidad.

Se observó una importante motivación en los pacientes ostomizados para colaborar en la creación de un folleto que cubriera las necesidades informativas de los nuevos ostomizados, tanto cuidados físicos como apoyo psicológico. Resultados satisfactorios del tándem paciente y familia-enfermera: Motivación y colaboración activa. Refuerzo documental a la educación sanitaria ofrecida por el personal de enfermería.

Método de consulta y apoyo en domicilio.

El 90% de los encuestados hubieran deseado información más detallada en el momento de la intervención quirúrgica.

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Mejora en la satisfacción de los paciente y familias respecto al cuidado y atención recibidos durante la estancia hospitalaria. Aumento de la autonomía de los pacientes.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Con este proyecto de mejora pretendemos realizar talleres teórico-prácticos con pacientes y familias acerca del cuidado de los estomas digestivos de eliminación, tipo de dispositivos a disposición del paciente y detección precoz de posibles complicaciones.

Los talleres los llevarán a cabo las enfermeras que componen el grupo del proyecto de mejora.

Los talleres constarán de una parte teórica, mediante la proyección de la información acerca del cuidado de los estomas y otra parte práctica en la que se presentarán los dispositivos y se llevarán a cabo simulaciones sobre su uso.

Como material de ayuda, los asistentes recibirán el tríptico con toda la información acerca del cuidado del estoma, realizado en el proyecto de mejora del año 2011.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Porcentaje de asistencia a los talleres respecto al número de pacientes ostomizados ingresados. Se realizara recuento de éstos al finalizar cada taller.

Encuesta de satisfacción a pacientes y familiares. La encuesta se proporcionará a los asistentes al finalizar cada taller. Se compondrá de preguntas claves, sencillas de responder de acuerdo al tema tratado.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Inicio del proyecto Junio 2013.

Diseño de talleres. (Búsqueda bibliográfica)

Creación del material del taller.

Presentación del taller al Servicio de Calidad.

Primera puesta en marcha.

Evaluación de las primeras sesiones con la satisfacción de los asistentes.

Información sobre los talleres a pacientes y familias ingresados mediante carteles en las plantas del hospital.

Comienzo definitivo de las actividades-talleres con pacientes-familia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

237

TALLERES TEORICO-PRACTICOS EN EL CUIDADO DE ESTOMAS DE ELIMINACION PARA PACIENTE Y FAMILIARES

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ostomizados y familiares

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

371

**PROTOCOLO DE PREVENCION FARMACOLOGICA DE SEGUNDA FRACTURA OSTEOPOROTICA****2. RESPONSABLE** ..... BELEN SERAL GARCIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TRAUMATOLOGIA
- ALBAREDA ALBAREDA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TRAUMATOLOGIA
- BURILLO FUERTES MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA/TRAUMATOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La elaboración de un protocolo para el tratamiento farmacológico de aquellos pacientes que ya ha sufrido una fractura osteoporótica y que han precisado de tratamiento en la mayoría de las ocasiones quirúrgico, adquiere mucha importancia por los elevados costes que el tratamiento de estos procesos conlleva.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Disminuir de forma notoria, el número de pacientes que sufren una segunda fractura debido a su osteoporosis.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Elaboración de un protocolo que en función de las características del paciente, su edad, patologías asociadas, etc... permita establecer cual de los tratamientos farmacológicos que actualmente están a nuestra disposición, debemos prescribirle para conseguir frenar su proceso.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1-Pacientes que precisan tratamiento quirúrgico por haber sufrido una fractura osteoporótica  
2-Pacientes que han recibido tratamiento farmacológico tras una fractura osteoporótica y que en un plazo determinado, vuelven a ingresar con otra fractura.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Elaboración del protocolo e inicio de puesta en marcha a lo largo del año 2013

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

021

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXIGENICO**

## 2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SERAL GARCIA

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- GUDE GONZALEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- RUBIO CALVO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- BELLES BELLES ALBA. FIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PEIRO CODINA FABIOLA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Clostridium difficile es una causa de diarrea nosocomial de primer orden en países

desarrollados. Los aislamientos toxigénicos causan enfermedad debido a la producción de toxinas A y/o B. Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años. El número de solicitudes de diagnóstico de C. difficile toxigénico ha aumentado en los últimos años. Hasta diciembre de 2012 se utilizó para el diagnóstico el test de inmunocromatografía (IC) Xpect A/B (Remel, USA). El porcentaje de positivos era inferior a las series publicadas en otros hospitales de España y del resto de Europa. Ello podría explicarse por ser un contexto de baja incidencia, pero es una explicación poco plausible, dados los grupos de riesgo y el tipo de actividad desarrollada en el centro. La explicación podía estar también en un bajo índice de sospecha clínica o en una baja sensibilidad diagnóstica. Probablemente por la labilidad de la toxina, la temperatura de conservación de la muestra o el excesivo tiempo transcurrido desde la obtención de la muestra, la sensibilidad de la técnica utilizada para diagnóstico de C. difficile toxigénico puede mejorarse.

Tras revisar la evidencia científica se decidió incluir en el diagnóstico la realización de la detección GDH (glutamato deshidrogenasa), proteína que detecta la presencia de C. difficile además de la determinación de la toxina A y/o B (IC C. Diff Quik Chek Complete, Alere, USA) y, en los casos discordantes, cultivo en anaerobiosis para crecimiento de C. difficile y detección de toxinas a partir del cultivo.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico de Clostridium difficile toxigénico en el laboratorio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El estudio se llevara a cabo durante un año. A todas las muestras de heces que se les solicite la detección de toxina de C. difficile se les realizará detección de GDH (glutamato deshidrogenasa), proteína que detecta la presencia de C. difficile además de la determinación de la toxina A y/o B (IC C. Diff Quik Chek Complete, Alere, USA). Aquellos casos discordantes a favor de la detección de GDH se les realizará cultivo toxigénico. Se hará un estudio estadístico descriptivo comparando los resultados del test anterior con el algoritmo nuevo introducido

Responsables: Coordinador y participantes en el proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Aumento del % de sensibilidad de la técnica. Con la introducción de la detección de GDH por inmunocromatografía se aumentará la sensibilidad de la técnica.

Indicador 2: aumento del % de especificidad de la técnica. Realizando cultivo de las muestras GDH+/toxina- mejoraremos la especificidad de la técnica de detección de GDH.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2013. Introducción de la doble técnica de diagnóstica

Mayo 2013. Introducción del cultivo toxigénico

Mayo 2013-Abril 2014. Realización del procedimiento a todas las solicitudes de toxina de C. difficile recibidas en el laboratorio

Abril 2014. Estudio de resultados obtenidos y valoración.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. diagnóstico

OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

021

**MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXIGENICO**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

026

## 1. TÍTULO

**OPORTUNIDAD INTEGRAL DE MEJORA DEL MANEJO DE LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS (HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO) EXTRAIDAS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS**

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ SIERRA BERGUA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SAENZ ABAD DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO URGENCIAS  
· RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO URGENCIAS  
· VAL ESCO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO URGENCIAS  
· NAVARRO CALZADA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades infecciosas siguen siendo una de las principales causas de morbilidad en el mundo. La prevalencia e incidencia continua en crecimiento, probablemente determinada por varios factores, como son el envejecimiento poblacional, la comorbilidad y el desarrollo de resistencias a los antimicrobianos. En el servicio de Urgencias, las infecciones suponen un motivo frecuente de consulta. Un 5-20% del total de pacientes atendidos, lo son por síntomas y/o signos de infección, siendo una causa de ingreso frecuente (7-10% del total de ingresos).

La valoración integral del paciente con infección desde Urgencias se apoya, entre otros, en los estudios microbiológicos que se solicitan en el 12-15% de los pacientes. Destaca el urocultivo (21%), y con menor frecuencia, el hemocultivo (248 por cada 1000 adultos y 47 por cada 1000 niños).

El hemocultivo es una prueba diagnóstica para pacientes con sospecha de bacteriemia (presencia de bacterias en la sangre), que es una complicación grave de las infecciones bacterianas, con importantes implicaciones pronósticas. Está indicado en aquellos pacientes con signos como fiebre alta o hipotermia (neonatos, ancianos), escafofríos, leucocitosis o granulocitopenia, deterioro uni o multiorgánico de etiología no aclarada, sepsis, shock, compromiso hemodinámico de causa desconocida, sospecha de endocarditis, fenómenos embólicos sépticos o fiebre en pacientes con dispositivos vasculares, y combinaciones de algunos de ellos. La extracción de hemocultivos está indicada, asimismo, en niños pequeños o ancianos con disminución súbita de la vitalidad, ya que en estas poblaciones pueden no presentarse los signos y síntomas típicos de la bacteriemia.

El urocultivo permite el diagnóstico etiológico de la infección urinaria y está indicado de forma general en pacientes con sintomatología urinaria e infecciones de orina recurrentes, en bacteriuria asintomática de pacientes con factores de riesgo como el trasplante renal, la neutropenia, el embarazo, en niños menores de 5 años y sospecha de infección urinaria de vías altas.

La importancia de las muestras microbiológicas reside en que nos permiten conocer la etiología, confirmar el diagnóstico, valorar la sensibilidad y resistencias del germen. Se consideran una de las técnicas diagnósticas estándar en el manejo de pacientes con sospecha de infección y su rentabilidad en Urgencias es alta.

Este proyecto de mejora, se focalizará inicialmente en el hemocultivo y urocultivo, con intención de aglutinar otras muestras microbiológicas durante el desarrollo del mismo (esputo, coprocultivo..).

En nuestro centro, existen protocolos y proyectos de mejora enfocados a evitar la contaminación y mejorar la sensibilidad del hemocultivo para el uso adecuado de terapia antibiótica, pero no existe unanimidad de criterios a la hora de indicar la extracción de las muestras microbiológicas. Este factor, junto con la peculiaridad del trabajo en el área de Urgencias (pacientes valorados por médicos adjuntos y médicos residentes en formación en guardias), hacen que probablemente, se soliciten muestras microbiológicas en casos no indicados. Además, señalamos la gran cantidad de resultados de muestras de cultivos de sangre y orina que se reciben en la Urgencia y que no son consultados, principalmente por médicos de atención primaria, y en menor grado por médicos de hospitalización, es por tanto necesaria la comunicación entre los profesionales, a través de diferentes canales de información (informe alta o ingreso, vía telefónica..), para evitar repetición de pruebas no necesarias, además de poner en alerta de que hay pruebas microbiológicas realizadas en Urgencias pendientes de recibir resultados, que pueden mejorar el tratamiento pautado de forma precoz.

La intención fundamental del proyecto es que se soliciten las pruebas microbiológicas indicadas y necesarias, con la mayor unanimidad de criterios posible, evitando la pérdida de información de resultados y repetición de pruebas no justificadas, con una mejora en un óptimo y precoz tratamiento antibiótico, con el consecuente ahorro económico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. NO HAY RESULTADOS PREVIOS. NUEVO PROYECTO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Indicar y unificar los criterios de extracción de las muestras microbiológicas en Urgencias con intención de extenderlo a nivel ambulatorio y hospitalario.

2.- Asegurar la recepción de información de la extracción de la muestra desde Urgencias a los responsables receptores del paciente (médico de cabecera, médico hospitalización o especialista), para conseguir una mejora en el tratamiento.

3.- Evitar la realización de cultivos de sangre y orina innecesarios con ahorro de costes derivados de la misma (canalización de vía, material, tiempo de extracción..)

4.- Crear un protocolo de manejo de las muestras microbiológicas consensuado.

5.- Hacer revisiones periódicas del tema.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Crear un protocolo de manejo de las muestras microbiológicas en Urgencias, consensuado con los servicios de hospitalización, laboratorio, microbiología y atención primaria, con el fin de unificar indicaciones y asegurar el manejo adecuado de dichas muestras para evitar pérdida de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

026

## 1. TÍTULO

**OPORTUNIDAD INTEGRAL DE MEJORA DEL MANEJO DE LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS (HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO) EXTRAIDAS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS**

información, y evitar extracción de muestras no indicadas.

- Realizar sesiones formativas de indicaciones y extracción de muestras microbiológicas al personal que realiza su actividad en Urgencias (médico adjunto, médicos residentes, enfermería...) y habilitar canales de información respecto a las muestras microbiológicas extraídas desde Urgencias, para evitar su pérdida y no revisión de resultados, con la consiguiente mejora en los procesos organizativos y asistenciales.

- Hacer revisiones y evaluación periódica de resultados con los indicadores del proyecto de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de Hemocultivos indicados obtenidos en Urgencias/Nº de pacientes con infección atendidos en Urgencias x100.

- Nº de Urocultivos indicados obtenidos en Urgencias/ Nº de pacientes con infección urinaria atendido en Urgencias x100.

- Nº de informes de alta o ingreso hospitalario con información de extracción de Hemocultivos y/o urocultivo/ Nº total informes de alta de Urgencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. -Primer mes: Creación de grupo de trabajo, revisión del tema y reparto de tareas.

2.- Creación de protocolo sobre el tema (dos meses).

3.- Remisión a Unidad de calidad y dirección para valoración y aprobación de protocolo (tercer mes).

4.- Difusión y sesiones informativas a personal médico, residentes y enfermería (4 y 5 mes)

5.- Valoración indicadores ( 6 mes).

6.- Evaluación resultados (6-12 mes).

7.- Publicación resultados, actualización y memoria proyecto (12 mes)

11. OBSERVACIONES. No son necesarios gastos.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

222

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SEGURIDAD MEDIANTE LA ESTANDARIZACION Y REGISTRO DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL DE DIA**

2. RESPONSABLE ..... TERESA TEJERO LOPEZ  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· DOMENECH OMEDAS ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO  
· GONZALEZ AZNAR ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO  
· CHAVEZ PILAY YACQUELINE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO  
· BELLO ARRIAGA CONCHA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO  
· ALONSO BLESAS TERESA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO  
· COLAS DIAZ MARTA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO  
· SUAREZ RODRIGUEZ ROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el hospital de día en el año 2012 se administraron más de 9000 tratamientos (consideramos persona y día, ya que un tratamiento con frecuencia lleva varios fármacos). La mayor parte de los tratamientos son prescritos en los servicios de Hematología y Oncología, pero también administramos tratamientos indicados en otros servicios como Digestivo, Reumatología, Medicina Interna, Dermatología, Oftalmología, Neurología y otros. Además de quimioterapia administramos otros fármacos como anticuerpos monoclonales, hierro, ácido zoledrónico, corticoides, también sangre y hemoderivados, aerosoles, colaboramos en las paracentesis. Con frecuencia un mismo fármaco tiene distintos protocolos de administración Hay ensayos clínicos que tienen otras particularidades de administración y de controles. El acceso de los enfermos al Hospital de Día, circuito, cambia según sea el servicio de procedencia. Según los tratamientos también tenemos que coordinar con primaria. Ante tanta variabilidad consideramos que estandarizando y elaborando un registro de cada uno de los procedimientos evitaremos errores y por tanto mejoraremos la seguridad y la accesibilidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Mejorar la seguridad de los pacientes que acuden a tratamiento al hospital de día.  
2-Facilitar el trabajo de las enfermeras, ya que aunque sean expertas debido al gran número de tratamientos, cuando surge alguna duda, tener un registro donde consultar  
3-Favorecer la integración de las personas de nueva incorporación a la unidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar cada procedimiento ¿como actuamos? y registrarlo, si procede previa revisión de la bibliografía y consulta con la o las personas que lo prescriben

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de procedimientos revisados y registrados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MAYO	Revisar y registrar 5 procedimientos
JUNIO	Revisar y registrar 5 procedimientos
JULIO	
AGOSTO	
SEPTIEMBRE	
OCTUBRE	Revisar y registrar 5 procedimientos
NOVIEMBRE	Revisar y registrar 5 procedimientos
DICIEMBRE	
ENERO	Revisar y registrar 5 procedimientos

Este es el cronograma previsto que puede variar en función de las dificultades encontradas, por lo mismo tampoco podemos precisar la fecha de finalización, además esto es un proceso dinámico, ya que se van incorporando nuevos fármacos, ensayos,,etc.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ESTANDARIZACION  
OTRA PALABRA CLAVE 2. SEGURIDAD

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD MEDIANTE LA ESTANDARIZACION Y REGISTRO DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL DE DIA

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

128

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCION EN ANDROLOGIA. ELABORACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIZADO Y ESTANDARIZADO PARA LA SOLICITUD DE CONSULTA ESPECIALIZADA EN ANDROLOGIA POR PARTE DE AP Y UROLOGIA GENERAL Y OTRAS ESPECIALIDADES, PARA PACIENTES QUE CONSULTEN POR DISFUNCION ERECTIL**

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO UCAR TERREN
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA
  - TABERNER LLOP JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA
  - MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presión ejercida en los Servicios de Salud por los pacientes que refieren Disfunción Erectil (DE), viene siendo progresivamente mayor en los últimos 15 años, coincidiendo con la concienciación de la población masculina sobre este problema, a partir del lanzamiento de los primeros IPDE5 y la labor constante de los medios de comunicación. Hasta tal punto esto es así, que la salud sexual se considera hoy como una parte indisoluble del concepto más amplio de Salud, propuesto por la OMS como, no solo ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social.

De la mano de este creciente interés por esta patología, han surgido una serie de estudios epidemiológicos y demográficos que, además de permitir una aproximación a la fisiopatología de este complejo problema, han posibilitado el conocimiento de la prevalencia real de este proceso. Se sabe que, en este momento, la prevalencia real varía entre el 10-52% con diferentes niveles de severidad, entre los varones de 40-70 años, con una incidencia real en países occidentales de 25-30 nuevos casos por 1000 hombres/año.

Estas cifras tan abultadas han hecho que, probablemente, muy pocos procesos patológicos hayan sido tan prolijamente estudiados, y hayan tenido una trascendencia tan importante en medios sanitarios y de población general, que ha obligado a aumentar por parte de las autoridades sanitarias, los recursos económicos y de dotación de personal. El carácter multifactorial en el origen de la disfunción eréctil (farmacológicas, endocrinas, vasculares, neurológicas, psicógenas ...) hace que no sea fácil diseñar un protocolo básico de estudio en colaboración con Atención Primaria, máxime cuando se pretende considerar la DE como "signo centinela" de una potencial patología vascular tipo cardiopatía isquémica o ACV de modo que la DE no sería sino una manifestación precoz y localizada de una disfunción endotelial sistémica. Evidentemente, esto confiere a un problema limitado inicialmente a la esfera sexual, de una enorme trascendencia desde el punto de vista de medicina preventiva. De aquí el interés en que, tras el inicio por parte de Atención Primaria, en el proceso diagnóstico y terapéutico, los pacientes sean remitidos a las consultas de Andrología, con un modelo estandarizado de solicitud que permita la correcta comunicación entre atención primaria y especializada con la Unidad de Andrología y que posibilite la elaboración de registros estadísticos sobre los que poder obtener conclusiones para mejorar la asistencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El uso de cuestionarios validados, tales como International Index of Erectile Function (IIEF), Sexual Health Inventory for Men (SHIM) o Erection Hardness Scale (EHS), ayuda a la evaluación objetiva de los pacientes que consultan por disfunción eréctil, en concreto permite explorar el dominio de erección. Todo esto contribuye a una valoración más objetiva y metódica de los resultados del tratamiento. El nuevo modelo de informe incluiría factores de riesgo cardio-vascular, existencia de tratamientos previos y su índice de eficacia así como las determinaciones solicitadas en Atención Primaria al inicio del estudio permitirá un seguimiento más uniforme de todos los pacientes, una reducción en el número de consultas y una mejor evaluación del seguimiento y de la efectividad de los diferentes tratamientos empleados, así como la detección de posibles patologías vasculares en aquellos pacientes asintomáticos hasta ese momento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El empleo de los tradicionales documentos de solicitud de colaboración, suponen un vínculo de comunicación correcto con Atención Primaria, Urología General e Inspección de Area pero, al ser elaborados a mano, son escuetos y no siempre ofrecen toda la información precisa para un correcto seguimiento del paciente afecto de disfunción eréctil, lo que genera incertidumbres con facilidad y una mayor frecuencia de vistas en consultas, así como repetición innecesaria de determinaciones analíticas, por no hablar de incumplimientos del tratamiento establecido. Realizaremos un documento para derivar pacientes a la unidad de Andrología, que deberá ser práctico, sencillo e intuitivo para su rápida cumplimentación por parte del médico remitente. En él se hará constar el motivo de consulta, haciéndolo extensivo a todas las posibles patologías andrológicas y no exclusivamente a la DE, por las posibles interrelaciones existentes entre ellas, así como los antecedentes médicos y los factores de riesgo, incluyendo dos últimos epígrafes relativos a los tratamiento previos y las pruebas básicas fundamentalmente analíticas, solicitadas desde Atención Primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Sugerimos estos indicadores:
- Creación del modelo de solicitud: estándar = SI
  - Pacientes remitidos con el nuevo modelo de solicitud del total de pacientes remitidos (estándar= >90%)
  - Pacientes con modelo de solicitud completado (estándar= >90%)
  - (Nº de pacientes en estudio por disfunción eréctil (DE) con evaluación de los niveles de testosterona/ N°

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

128

MEJORA DE LA ATENCION EN ANDROLOGIA. ELABORACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIZADO Y ESTANDARIZADO PARA LA SOLICITUD DE CONSULTA ESPECIALIZADA EN ANDROLOGIA POR PARTE DE AP Y UROLOGIA GENERAL Y OTRAS ESPECIALIDADES, PARA PACIENTES QUE CONSULTEN POR DISFUNCION ERECTIL

de pacientes en estudio por disfunción eréctil) x 100 (estándar= >70%)  
• (Nº de pacientes con DE atendidos en CCEE de urología y evaluados con el cuestionario validado/Nº de pacientes con DE atendidos en CCEE de urología) x100 (estándar= >70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Considerando que las pruebas complementarias diagnósticas de Andrología y los estudios de disfunción eréctil, mediante drogas intracavernosas o test domiciliarios de efectividad de drogas orales se vienen realizando de forma rutinaria desde hace más de 25 años ya, es factible comenzar a usar los nuevos documentos de solicitud, en cuanto el documento de consenso esté elaborado, corregido y presentado a los posibles receptores en Atención Primaria y Urología General, para lo que se necesitará el primer trimestre, aproximadamente. El programa debería continuarse durante al menos 1 año, con monitorizaciones periódicas semestrales, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente de la Unidad de Andrología del Servicio de Urología, con el compromiso de la informatización de los informes de modo inmediato en la base de datos File Maker central del Servicio de Urología con acceso desde ordenadores de todas las consultas, gabinete de pruebas complementarias de Andrología, planta y quirófanos de Urología.

11. OBSERVACIONES. Es necesaria la sustitución de los documentos de solicitud de colaboración actualmente utilizados por el modelo de cuestionario normalizado que se propone y que deba estar disponible en la web del hospital.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

466

**VIA DE DERIVACION PARA COLONOSCOPIA PREFERENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS CON RECTORRAGIA Y ALTA SOSPECHA DE CANCER COLORRECTAL****2. RESPONSABLE** ..... CAROLINA VALIENTE MARTINEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
- SOPEÑA BIARGE FEDERICO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE DIGESTIVO

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** La rectorragia es un problema de salud frecuente, de etiología muy variada, y la mayor parte de las veces autolimitado y de pronóstico leve. Sin embargo, en algunos casos puede suponer un riesgo vital y en otros ser el síntoma de un proceso tumoral maligno. Hasta ahora carecíamos de un protocolo sobre su manejo en el Servicio de Urgencias, y el abordaje y consiguiente consumo de recursos de este problema de salud podía ser muy diferente de un profesional a otro.

Se estima que su incidencia es del 9-20% anual en la población general. Sólo un pequeño porcentaje de estos pacientes acudirán al Servicio de Urgencias por este motivo, pero siguen representando un alto número de visitas a estos servicios y de ellas se pueden derivar un número considerable de ingresos. En el año 2011 fueron atendidas 322 personas en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital por este motivo, de los cuales el 45% ingresaron (143).

Las causas más frecuentes en Atención Primaria son las hemorroides y la fisura anal y, con menor frecuencia, la enfermedad inflamatoria intestinal, los divertículos, los pólipos o el cáncer colorrectal. Su etiología es distinta en los pacientes hospitalizados, pues suele tratarse de pacientes añosos y con comorbilidad asociada. En estos pacientes la hemorragia diverticular es la causa más frecuente (responsable de hasta el 48% del los sangrados). La etiología en los Servicios de Urgencias es una situación intermedia, aunando casos banales pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria con otros de mayor gravedad o complejidad, como se deduce del alto índice de ingresos de estos pacientes desde nuestro servicio (45%).

Un número no desdeñable de ingresos se debe a la dificultad del manejo extrahospitalario de esta patología en enfermos con importante comorbilidad asociada, especialmente en aquellos que usan medicación antiagregante o anticoagulante (situación cada vez más frecuente). Otros ingresos pueden estar motivados por la gravedad de la hemorragia. Se considera que hasta en un 20% de los casos la hemorragia será masiva o persistente y requerirá intervención terapéutica. Será responsabilidad del médico de urgencias saber identificar aquellos pacientes con hemorragia grave o con alto riesgo de sufrirla. Pero existen otros ingresos, en pacientes estables y sin comorbilidad importante, motivados por la sospecha de cáncer colorrectal como etiología de la rectorragia.

En la actualidad existe en nuestro sector un protocolo de derivación desde Atención Primaria de pacientes con rectorragia para la realización de colonoscopia preferente. En el Servicio de Urgencias no contamos con esta vía y el paciente sólo puede ser ingresado de manera urgente o remitido al médico de cabecera con la recomendación de que solicite una colonoscopia. Ésto puede generar la pérdida de algunos pacientes que no llegarán a hacerse la colonoscopia indicada o ser causa de demoras innecesarias en su realización, lo que lleva a muchos médicos a optar por la vía del ingreso. La existencia de un protocolo similar al de Atención Primaria, restringido a unas indicaciones muy concretas, nos permitiría identificar correctamente a los pacientes con alta probabilidad de cáncer y derivarlos directamente desde el Servicio de Urgencias para la realización de una colonoscopia preferente.

La creación de un protocolo de manejo de los pacientes que acuden con rectorragia al Servicio de Urgencias, servirá como herramienta para diferenciar de manera adecuada los casos graves de los leves, diferenciar aquellos pacientes que, por la intensidad del sangrado o especiales características clínicas, requerirán tratamiento urgente y manejo hospitalario, de aquellas que pueden ser subsidiarios de estudio ambulatorio. También nos ayudará a identificar a aquellos pacientes con mayores probabilidades de presentar cáncer colorrectal. Estos pacientes podrán ser remitidos directamente a la unidad de Endoscopias de nuestro hospital para la realización de una colonoscopia preferente. Aplicando este protocolo teóricamente podríamos haber evitado un 35% de los ingresos (52). 25 de estos pacientes podrían haber sido derivados para colonoscopia preferente.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Adecuar los ingresos en pacientes con rectorragia, dando prioridad a los casos graves y reduciendo ingresos inadecuados.

-Mejorar el proceso diagnóstico de pacientes con neoplasia colorrectal que presentan el signo clínico de rectorragia y son atendidos en urgencias, identificando adecuadamente los casos sospechosos y optimizando los recursos.

Los objetivos últimos del proyecto son la mejora de la eficiencia y la seguridad de los pacientes atendidos por rectorragia en el Servicio de Urgencias.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1. Creación del grupo de trabajo con responsables del Servicio de Urgencias y Servicio de Patología del Aparato Digestivo del Hospital.

2. Establecimiento de un cronograma de reuniones periódicas

3. Revisión de literatura y elaboración del borrador del protocolo. Creación de una vía específica para derivar directamente a los pacientes con alta sospecha de cáncer colorrectal para colonoscopia preferente

4. Envío del borrador del protocolo a los Jefes de ambos servicios para la aprobación del borrador inicial.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

466

**VIA DE DERIVACION PARA COLONOSCOPIA PREFERENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS CON RECTORRAGIA Y ALTA SOSPECHA DE CANCER COLORRECTAL**

5. Envío del Protocolo a la Comisión de Calidad del hospital para su aprobación.
  6. Implantación del protocolo con desarrollo de varias sesiones formativas en el servicio de Urgencias.
  7. Evaluación inicial del protocolo tras 6 meses desde su puesta en marcha.
  8. Difusión de los resultados de la evaluación inicial en el Servicio de Urgencias y Digestivo.
  9. Introducción de las posibilidades de mejora identificadas en función de los resultados de la evaluación.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicadores de proceso:
- N° reuniones / año 2013 =4
  - N° Sesiones de implantación del protocolo = 1
  - Aprobación del protocolo = si
2. Indicadores de resultado:
- Mala indicación de colonoscopia: N° de pacientes inadecuadamente derivados para colonoscopia preferente x 100 / Número total de pacientes derivados para colonoscopia preferente desde el servicio de urgencias en el período de 1 mes.
  - Ausencia de inspección anal en pacientes con rectorragia: N° de pacientes que consultan por rectorragia en el Servicio de Urgencias a los que no se ha realizado inspección anal x100 / número total de pacientes atendidos en el periodo de un mes
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración del protocolo: mayo-junio de 2013
2. Envío y aprobación del borrador.
  3. Implantación del protocolo con desarrollo de sesiones formativas en el servicio de Urgencias: julio-agosto de 2013
  7. Evaluación inicial del protocolo tras 6 meses desde su puesta en marcha: diciembre 2013.
  8. Difusión de los resultados en febrero 2014.
  9. Introducción de las mejoras identificadas en función de los resultados de la evaluación: > febrero 2014.
11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
- POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Mayores de 14 años
  - SEXO. Ambos sexos
  - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general
- INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO
- VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. .... 3 Bastante
  2. Disminuir riesgos derivados de la atención. .... 3 Bastante
  3. Mejorar utilización de recursos. .... 4 Mucho
  4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
  5. Atender expectativas de los profesionales. .... 4 Mucho

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

347

## 1. TÍTULO

**VISITA PREACCESO VASCULAR PROGRAMADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES VELA BEGUE
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE HEMODIALISIS
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LACAMBRA DEITO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
  - CANTIN LAHOZ VICTOR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
  - CALLEN BLECUA ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
  - VECINO SOLER ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
  - VERNET PERNA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
  - LLORENTE GONZALEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
  - VENTURA LAHUERTA LOLA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) incluye los estadios 4 y 5 de la clasificación de la ERC. Se define por tanto como la enfermedad renal crónica que cursa con descenso grave del filtrado glomerular (FG < 30 ml/min.) Los objetivos terapéuticos están dirigidos a disminuir y tratar las complicaciones asociadas a la insuficiencia renal, y preparar de forma adecuada y con suficiente antelación la terapia renal sustitutiva (TRS) a través de un acceso vascular (AV).

El paciente se encuentra ante la pérdida de una función del organismo y la dependencia para su supervivencia de un tratamiento que conlleva cambios en su vida y la forma de vivirla, dificultades en la planificación de la vida, pérdidas sociales, profesionales y personales, y sobre todo la necesidad de adaptarse a esta nueva situación de dependencia a una máquina que provocan en ocasiones conductas de regresión manifestadas por baja adhesión al tratamiento nutricional y farmacológico ya prescrito desde el inicio de su enfermedad.

Actualmente en el HCU Lozano Blesa se realizan dos técnicas en los pacientes con ERCA para disponer de acceso vascular definitivo: las fístulas arteriovenosas autólogas (FAVI), y los catéteres venosos centrales (CVC) tunelizados. Estas técnicas se realizan bien por los nefrólogos del Servicio en el quirófano de la Unidad de Diálisis o por los cirujanos vasculares en los quirófanos generales del centro.

El paciente que está ingresado y en espera de una intervención quirúrgica, en nuestro caso la realización de un acceso vascular definitivo, se encuentra en una realidad de alerta, un sentimiento de aprensión, de amenaza, relacionada con la anticipación de un peligro y acompañada de una respuesta del sistema nervioso vegetativo autónomo.

Una complejidad de factores determina las respuestas humanas y las reacciones ansiosas ante la enfermedad y la cirugía, entre los que destacan: la edad, el sexo, la cultura, las experiencias anteriores y el apoyo social existente.

La enfermera hospitalaria ha pasado de ser proveedora de labores auxiliares de otros profesionales a cuidar con responsabilidad propia. La disciplina enfermera comprende el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas relacionados con la salud tanto existentes como potenciales, trabajando en colaboración con otros profesionales, para ello utiliza como herramienta de trabajo los planes de cuidados.

Es la enfermera la que en gran medida acompaña en el proceso hospitalario al paciente y su familia, haciéndose depositaria de proporcionar seguridad, apoyo, ayuda, información y asesoramiento al paciente. Esta labor es llevada por las diferentes enfermeras que acompañan al paciente en su periodo de hospitalización.

Debemos explicar los cuidados y las actividades programadas, así como las sensaciones que puede experimentar, sobre todo las físicas como sonidos, luces, cambios de temperatura, etc. Brindando las máximas oportunidades de toma de decisiones dentro de las limitaciones impuestas por la situación. Todo ello tiene como objeto la consecución de unos resultados, la disminución de la ansiedad y la percepción de unos cuidados seguros y de calidad.

El hecho de proporcionar una adecuada información, apropiada a las características del paciente, ayudará a afrontar el proceso quirúrgico con las mejoras psicológicas posibles.

Los profesionales enfermeros desempeñan un papel importante como profesionales de la salud, constituidos como un equipo y encaminados a informar de manera clara y adecuada a cada uno de los pacientes como individuos que sufren física y psicológicamente. El paciente que se exponga a una información preoperatoria, estará prevenido ante las consecuencias desagradables de la cirugía.

El paciente debería llegar a la intervención quirúrgica conocedor de todo el proceso y provisto de la información adecuada, que le permitan canalizar su energía hacia una actitud de colaboración y participación activa durante el proceso quirúrgico y en su recuperación.

Los pacientes con ERCA se enfrentan a dos nuevas situaciones, la primera la colocación de un acceso vascular y permanente que modifica la imagen corporal que requiere del aprendizaje de unos cuidados iniciales y de mantenimiento para prevenir complicaciones y asegurar su funcionamiento y por otro lado el hecho de tener que acudir a realizarse un procedimiento terapéutico desconocido hasta entonces.

La realización de una visita preacceso vascular por parte de la enfermera nefrológica tiene como propósito disminuir la ansiedad preoperatoria, proporcionar información sobre los cuidados posquirúrgicos, favorecer la adaptación a la nueva situación y valorar las necesidades de aprendizaje y acompañamiento en la nueva situación para que sean resueltas en la consulta .... poniendo en contacto al paciente y familia con el equipo de enfermería de la Unidad de Hemodialisis.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proporcionar información sobre los cuidados del acceso vascular sobre

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

347

**VISITA PREACCESO VASCULAR PROGRAMADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA**

los Cuidados en el período postquirúrgico temprano y en el periodo de maduración.  
Detección de respuestas humanas inadecuadas ante la nueva situación y derivar a la enfermera de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).  
Fomentar la continuidad asistencial .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Revisión de la evidencia actual .Responsable Pilar Lacambra Deito .  
2.-Descripción del proceso actual: flujograma. Responsable Patricia Vernet Perna.  
3.-Estandarización de la visita preacceso vascular. Responsable Carmen Llorete Gonzalez  
4.-Realización del nuevo flujograma. Responsable Ana Veciano Soler .  
5.-Realización de folleto informativo cuidados de FAVI. Responsable Víctor Cantín lahoz.Inmaculada Serrano Zapater  
6.-Realización de folleto informativo cuidados de CVC tunelizado. Esther Callen Blecua. Lola Ventura Lahuerta.  
7. Prueba Piloto. Mercedes Vela Begu  
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de actas de reuniones de grupo.  
Realización de folleto informativo FAVI.  
Realización de folleto informativo CVC tunelizado  
Realización de "Prueba Piloto" .

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1 . Revisión de la evidencia actual. ==> Mayo 2013.  
Actividad 2. Descripción del proceso actual : Flujograma ==> mayo, junio, sept, oct,2013  
Actividad 3. Estandarización de la visita preacceso vascular==> octubre,noviembre 2013  
Actividad 4. Realización del nuevo flujogram==> oct, nov, diciembre 2013  
Actividad 5 Realización del folleto informativo de cuidados de Favi==> Oct, noviembre y diciembre 2013  
Actividad 6 Realización de folleto informativo cuidados de CVC tunelizado ==> oct, nov, diciembre 2013  
Actividad 7 Prueba piloto ==> Febrero 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada.

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

OTRA PALABRA CLAVE 2. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

061

**ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE VACUNACION DE HEPATITIS B TRAS EL ENVIO DE CARTA PERSONALIZADA PARA LA ADMINISTRACION DE DOSIS VACUNAL Y/O CONTROL POSTVACUNAL****2. RESPONSABLE** ..... ELENA ZUECO GARCIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- ACHA AIBAR BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- SANTAMARIA MORENO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- ARIPESES TORRES PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- CEBOLLERO MANZANO ESPERANZA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

**RIESGOS LABORALES**

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Este servicio realizó un estudio en diciembre de 2010 en el que se evaluaba la adherencia y cumplimiento del Programa de Vacunación de Hepatitis B durante un año, que incluía la administración de tres dosis de vacuna en seis meses y el control de anticuerpos postvacunales (seroconversión). Se observó que la tasa de abandono fue de 22,9%, y que un 29,7% de los trabajadores no realizaba el control postvacunal, de lo que se concluyó que el conocimiento de los riesgos de la infección por el virus VHB derivados de la actividad profesional y la gravedad de la misma, no son un elemento de motivación suficiente para conseguir coberturas más altas en los trabajadores. Se objetivó asimismo el bajo interés por parte de los trabajadores en conocer su estado inmunitario (seroconversión) tras la vacunación. Este aspecto tiene importancia dado que así se detectan los no respondedores a la vacuna, a los que se debe proteger pasivamente con inmunoglobulinas en caso de accidente, además de permitir conocer el número de trabajadores protegidos frente a la infección por virus VHB en el caso de que la cuantificación de anticuerpos sea positiva.

Por este motivo surge la iniciativa desde nuestro Servicio de enviar una carta de forma personalizada a los trabajadores a su puesto de trabajo o a su domicilio en el caso de que no trabajen ya en este centro, en la que se recuerda la fecha de la próxima dosis de vacuna o del control postvacunal que evalúa la eficacia de la vacuna y detecta los no respondedores.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Conocer % de trabajadores que se administran la 2ª dosis tras recibir la carta personalizada.

Conocer la cobertura vacunal con 3 dosis de vacuna VHB tras recibir la carta.

Conocer % de trabajadores que se realizan la determinación de anticuerpos postvacunal tras recibir la carta.

Conocer % de trabajadores que han completado la pauta vacunal y el control postvacunal de anticuerpos

Conocer % de trabajadores no respondedores a tres dosis de vacuna VHB

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** 1.- La administrativa del Servicio enviará una carta recordatoria con la fecha de la 2ª dosis de vacuna del VHB al trabajador, bien a su puesto de trabajo o a su domicilio.

2.- Cuando el trabajador acuda a administrarse la 2ª dosis el personal de enfermería del Servicio registrará la fecha de administración de dicha dosis en el programa informático, así como la fecha prevista de administración de la 3ª dosis.

3.- La administrativa del Servicio enviará una carta recordatoria con la fecha de la 3ª dosis de vacuna del VHB al trabajador, bien a su puesto de trabajo o a su domicilio.

4.- Cuando el trabajador acuda al administrarse la 3ª dosis, el personal de enfermería del Servicio registrará la fecha de administración de dicha dosis en el programa informático, así como la fecha prevista de realización de los anticuerpos postvacunales. y le proporcionará el volante de extracción sanguínea para la realización de los mismos.

5.- La administrativa del Servicio enviará una carta recordatoria con la fecha de realización de los anticuerpos postvacunales al trabajador, bien a su puesto de trabajo o a su domicilio.

6.- Cuando el trabajador acuda al Servicio para recoger resultados de anticuerpos posvacunales, el personal de enfermería le informará de los mismos y le proporcionará un informe donde se incluirán las dosis administradas, la tasa de anticuerpos y la fecha en las que se realizaron.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Nº de cartas enviadas para administración de 2ª dosis de VHB/ Nº de trabajadores que acuden a administrarse la 2ª dosis.

Nº de cartas enviadas para administración de 3ª dosis de VHB/ Nº de trabajadores que acuden a administrarse la 3ª dosis.

Nº de cartas enviadas para determinación de la tasa de anticuerpos/Nº de trabajadores que se realizan la cuantificación de anticuerpos vacunales

Nº de trabajadores que han completado la pauta vacunal y el control postvacunal de anticuerpos/Nº de trabajadores que han participado en el Programa de Vacunación de hepatitis B

Nº de trabajadores con resultado negativo de Anticuerpos/Nº de trabajadores que han realizado el control postvacunal de anticuerpos

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Desde el 1 de febrero 2013 al 31 de agosto 2014 se enviarán semanalmente

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

061

**ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE VACUNACION DE HEPATITIS B TRAS EL ENVIO DE CARTA PERSONALIZADA PARA LA ADMINISTRACION DE DOSIS VACUNAL Y/O CONTROL POSTVACUNAL**

las cartas recordatorias a los trabajadores.

Desde el 1 de septiembre 2014 al 31 de octubre de 2014 se realizará el estudio estadístico para valorar la tasa de cobertura vacunal y la tasa de abandono y el porcentaje de trabajadores que no se realizan el control de anticuerpos postvacunales y el porcentaje de trabajadores protegidos y el porcentaje de los no respondedores.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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