

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 69 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z3	AP	CS BOMBARDA	LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN	408	ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	396	IMPLANTACIÓN DE CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD URBANO DE ZARAGOZA
Z3	AP	CS CARIÑENA	SARASA PIEDRAFITA DELFIN	87	¿PUEDE LA ECOGRAFIA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON HEMATURIA?
Z3	AP	CS CASETAS	ALIAGA GONZALEZ CARMELO	421	MEJORIA DEL NUEVO INDICADOR "DERIVACIONES A ESPECIALIZADA" EN EAP DE CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	372	REGISTRO CORRECTO DE ALERGIAS EN PACIENTES PERTENECIENTES AL E.A.P CASETAS
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GONZALEZ VICENTE ROBERTO	344	OBTENCION DE UN ECG, INFORMARLO E INTRODUCIRLO EN OMI, MEDIANTE OFERTA-SOLICITUD A TODOS PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS CON AL MENOS 1 FACTOR DE RIESGO C-V, CUANDO NO SE DISPONGA DEL MISMO.
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL	144	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2014
Z3	AP	CS EJEJA DE LOS CABALLEROS	CAUDEVILLA BIOTA EVA	314	ESTUDIO, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA Y SU INTEGRACION EN LA HCE DEL PACIENTE
Z3	AP	CS EPILA	CARNICERO NOGUERAS MARIA AURORA	378	OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS DE GLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE EPILA
Z3	AP	CS GALLUR	GARCIA MAYNAR MARIA PILAR	446	MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL ETANOS DE LOS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GALLUR
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO	202	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE POLIMEDICADO
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	227	MEJORA EN LA ATENCION DEL NIÑO ASMATICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	AGUDO GARCIA ROSA	251	MEJORA DE LAS INTERCONSULTAS, NO CITADAS CON LIBRE ELECCION ESPECIALISTA EN EL CENTRO, MEDIANTE REGISTRO INFORMATICO DE LOS VOLANTES ENVIADOS POR FAX Y CORREO INTERNO A LOS CENTROS DE REFERENCIA DE NUESTRO CS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	COMPES LORENTE ALBERTO	258	MEJORA DE LA ATENCION A LA PATOLOGIA RESPIRATORIA CONICA: ASMA EPOC
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	CAVERO PEREZ INMACULADA	52	CONSULTA PRIMER DÍA PERSONA MAYOR 64 AÑOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FLORDELIS MARCO FERNANDO	51	ASISTENCIA AL PACIENTE E.P.O.C.
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	30	GESTION DE PROBLEMAS ASISTENCIALES Y DE COORDINACION DE PROFESIONALES EN UN CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL	48	CONSULTA DE ADULTO DE PRIMER DIA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	92	PROCESO DE APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN CONSULTA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS TAUSTE	ZUECO OLIVAN GEMA	12	CONTROL TEMPERATURA NEVERAS VACUNAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	37	REVISION DEL PACIENTE ANCIANO POLMEDICADO EN EL C.S. UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	41	MEJORA DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A ATENCION ESPECIALIZADA.
Z3	AP	CS UTEBO	ANDRES MARTINEZ-LOSA ESTHER	9	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
Z3	AP	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ PILAR	287	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 C. S. UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL	297	MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	TORRES RUBIO FERNANDO	184	MEJORA DE REGISTRO Y ACCESIBILIDAD EN CIRUGIA MENOR EN EAP. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. SECTOR ZARAGOZA 3
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	50	NUEVOS RETOS DE LA ENFERMERIA EN A.P. HACIA UN FUTURO/PRESENTE EN LAS NUEVAS ACCIONES DE LA ENFERMERA EN SU LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA EN LOS EAPS. ATENCION A DEMANDA EN PROCESOS AGUDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES	414	PREVENCION DE ERRORES DE MEDICACION POR DUPLICIDAD ENTRE FORMAS INTRAVENOSAS Y ORALES DE BIFOSFONATOS
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	FERRER ESTEBAN VICTORIA	152	ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE Y/O SU FAMILIA DE LO QUE DEBEN APORTAR EN EL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS UNIDADES

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 69 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					DE PSICOGERIATRIA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA	142	REVISION Y ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA E HISTORIA SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE LLEVAN MAS DE 10 AÑOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	SANZ VALER PATRICIA	319	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL 6º PABELLON DEL CRP NTRA.SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ABADIA ABIOL MARIA CARMEN	203	MEJORA EN LA ACOGIDA DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION CON LA CREACION DE GUIA DE FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE HEMATOLOGIA POR TCAE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	AMBROJ NAVARRO CARMEN	95	ELABORACION DE UN CALENDARIO NUTRICIONAL PARA CONSEJO HIGIENICO-DIETETICO EN LA PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA LITIASICA ESPECIFICA, EN CONSULTA DE UROLITIASIS DE LA UNIDAD DE LITOTRIZIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ARTIGAS URGEL LUIS	61	PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN RELACION CON LA DERIVACION DE PACIENTES CON PATOLOGIA MAMARIA DESDE ATENCION PRIMARIA A ATENCION ESPECIALIZADA (UNIDAD DE MAMA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	BLASCO BELTRAN BENJAMIN	225	ELABORACION E INSTAURACION DE UN GESTOR DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN LAS CONSULTAS DE UROLOGIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CANELLAS ANOZ MIGUEL	75	ELABORACION DE UNA UTILIDAD INFORMATICA PARA HACER UN SEGUIMIENTO DEL ESTADO DEL PROCESO DE LA PLANIFICACION DE LOS TRATAMIENTOS RADIOTERAPICOS EN NUESTRO SERVICIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CARAZO HERNANDEZ BELEN	96	INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN TEMPRANA DURANTE EL PUERPERIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CASANS FRANCES RUBEN	300	TOXICIDAD POR ANESTESICOS LOCALES Y TERAPIA POR EMULSION LIPIDICA. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ALERTA Y TRATAMIENTO TEMPRANO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CORNUDELLA LACASA ROSA	218	INFORMACION-EDUCACION, SEGUIMIENTO Y VALORACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS ACODS (ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCION DIRECTA) EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III. UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CUEVES RIBES MARIA CONSUELO	380	MEJORA EN LA ADAPTACION AL MEDIO HOSPITALARIO DE LA FAMILIA DEL LACTANTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	FELIX MARTIN MANUELA	431	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARCES HORNA VANESA	482	ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES NO FARMACOLOGICAS PARA PACIENTES CON PATOLOGIA ESPECIFICA: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) E INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARCIA LECINA ANA	336	INTRODUCCIÓN EN HISTORIA CLÍNICA DE HOJA INFORMATIVA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO	11	CODIGO SEPSIS. SISTEMA DE ALARMAS EN PCH (APLICATIVO CORPORATIVO DE URGENCIAS) . REGISTRO DE ACTIVIDAD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GAVIN SEBASTIAN OLGA	217	CREACION DE UN REGISTRO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS (ANTIVITAMINA K Y NUEVOS ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA) EN EL SECTOR III. UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA	205	GUIA DE FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA EXTERNA DE ANESTESIA PREOPERATORIA PARA ENFERMERAS. EN EL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LONGAS VALIEN JAVIER	4	IMPLANTACION DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES PENDIENTES DE GASTRECTOMIA. IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE PREHABILITACION EN EL MODELO ASISTENCIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LOPEZ IBORT NIEVES	169	ELABORACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HCU "LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LUKIC ANTONELA	459	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	MARTINEZ ESTEBAN FRANCISCO JAVIER	39	MODIFICACION DE INSTALACIONES DE PISCINA DE REHABILITACION PARA ADECUACION A NUEVA NORMATIVA VIGENTE REAL DECRETO 742/2013. CREACION POSTERIOR DE PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MILIAN OMEDAS JOSEFINA	156	MEJORAR LA INFORMACION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AL ALTA, MEDIANTE LA ELABORACION DE "RECOMENDACIONES DE CUIDADOS" DE LOS PROCESOS IMPLEMENTADOS EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE CIRUGIA VASCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MILLAN CEBRIAN ESTHER	67	PARTICIPACION EN UN PROGRAMA NACIONAL DE ANALISIS DE RIESGO EN EL PROCESO RADIOTERAPICO CON EL FIN DE ESTABLECER BARRERAS QUE EVITEN SUCESOS INDESEABLES

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 69 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA	220	INFORMATIZACION DE LA AGENDA DE CITACIONES DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PSIQUIATRIA EN FORMATO HP-HIS E INCORPORACION A LA INTRANET DEL H.C.U.
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MORENO ESTEBAN EVA MARIA	65	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	MOZOTA DUARTE JULIAN	367	WALK ROUND Y ACTIVIDADES FORMATIVAS BREVES PARA ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	OROS LOPEZ DANIEL	100	ASISTENCIA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PALOMERA BERNAL LUIS	272	IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE DERIVACION DE HEMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PEREZ CAMO VALERO	450	CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG). PROGRAMA TRANSVERSAL DE APLICACION A TODOS LOS DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE	323	MEJORA EN LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS PARA ESTUDIO DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RAMIREZ FABIAN MANUEL	345	APLICACIÓN DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CISTECTOMÍA RADICAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BIESA.
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES	77	ESTIMACION DE DOSIS EN CRISTALINO DEL PERSONAL QUE TRABAJA A PIE DE TUBO EN PROCEDIMIENTOS DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (ERCPE)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ROYO DACHARY PABLO	8	PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ EN CIRUGIA ESOFAGOGASTRICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SAENZ ABAD DANIEL	411	PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON CORTICOIDES EN EL HOSPITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA	282	PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS EN (DUES) PARA MEJORAR LA ASISTENCIA CLINICA Y DISMINUIR EL RIESGO EN EL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN PLANTA DE ENDOCRINOLOGIA Y/O MEDICINA INTERNA , EN HCU DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	296	PUESTA A PUNTO DEL TEST DE HOESCH EN EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SERAL GARCIA BELEN	93	EL ACIDO TRANEXAMICO COMO ALTERNATIVA EN EL AHORRO DE SANGRE EN CIRUGIA ORTOPEDICA.
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SUBIRA RIOS JORGE	343	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION PARA LOS PACIENTES TRATADOS EN LA UNIDAD DE LITOTRIZIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BIESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VALLES VARELA HECTOR	390	REALIZACION DE NUEVOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA, Y ACTUALIZACION DE LOS EXISTENTES, APROBADOS POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, PARA SU USO EN TODA ESPAÑA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VILELA MERA CARMEN	101	MEJORA DE LA GESTION DE CITAS DEL SERVICIO DE TRANSFUSIONES PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y/O PROCEDENTES DEL AREA RURAL

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

408

## 1. TÍTULO

**ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN ATENCION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN LAHOZA PEREZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SAENZ ABAD DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- GAVIN SEBASTIAN OLGA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
- SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- RUIZ FELIPE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- MARTINEZ DIEZ MARIA. MEDICO/A. CS BOMBARDA.
- MONTOYA SAENZ RAQUEL. MEDICO/A. CS BOMBARDA.
- JORDAN DOMINGO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante oral suponen un número importante y además creciente, dentro de los pacientes que consultan en Atención Primaria. A menudo el motivo de consulta está directamente relacionado con la terapia anticoagulante o con complicaciones derivadas de ella pero incluso en el resto de casos, la anticoagulación va a influir en el manejo y tal vez en el destino y tratamiento final de los pacientes. A pesar de la llegada de nuevos anticoagulantes, los antagonistas de la vitamina K y entre ellos el acenocumarol siguen siendo los más utilizados. Hemos observado que el manejo de pacientes anticoagulados que acuden con hemorragias graves, es adecuado y bastante homogéneo con independencia del Facultativo implicado en la asistencia del paciente y que la rápida derivación al hospital es la norma. Sin embargo, el manejo de los pacientes que acuden con hemorragias leves o moderadas e incluso a aquellos que acuden por alteraciones en el control del International Normalized Ratio (INR) aun sin presentar hemorragia es muy heterogéneo y claramente mejorable. En este grupo de pacientes existe una gran variabilidad de tratamiento y se producen derivaciones innecesarias al hospital. Es por ello que consideramos esencial la protocolización y unificación de criterios respecto a la actitud a seguir en estos pacientes en nuestra consulta para ayudar a optimizar el manejo de estos enfermos ya que, sin incrementar los costes, se pueden evitar derivaciones innecesarias al hospital y los gastos derivados de las mismas y mejorar la calidad de vida de estos pacientes y su nivel de satisfacción.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar y homogeneizar el manejo de los pacientes anticoagulados que acuden al Centro de Salud por complicaciones hemorrágicas o por alteraciones en el INR con o sin hemorragia
- Conseguir que los pacientes con INR = 9 sin hemorragia grave sean derivados al hospital con el tratamiento (vitamina K) ya administrado en el Centro de Salud
  - Conseguir que los pacientes con INR < 9 sin hemorragia grave sea tratados en Atención Primaria sin necesidad de derivación al hospital
  - Reducir el número de complicaciones hemorrágicas y trombóticas en estos pacientes
  - Mejorar la calidad de vida y el nivel de satisfacción de estos enfermos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende elaborar un protocolo de atención a los pacientes anticoagulados que acuden a la consulta de Atención Primaria con un problema hemorrágico o por la presencia de un INR fuera del rango deseado en un estudio de coagulación incluso en ausencia de clínica hemorrágica y adaptar dicho protocolo a las características propias de la Atención Primaria.

Posteriormente se pretende divulgar entre todos los profesionales sanitarios del Centro de Salud implicados en la asistencia de estos pacientes (Facultativos, Médicos Residentes y personal de Enfermería). Serán necesarias diferentes acciones educativas y de divulgación de entre 15 y 30 minutos para explicar el contenido y modo de aplicación del protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes con INR = 9 sin hemorragia grave derivados con vitamina K administrada x 100 / Pacientes con INR = 9 sin hemorragia grave atendidos

Pacientes con INR < 9 sin hemorragia grave atendidos sin derivación a hospital x 100 / Pacientes con INR < 9 sin hemorragia grave atendidos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Mayo-Junio 2014: elaboración del protocolo adaptado al ámbito de A. Primaria

- Julio-Agosto 2014: labores formativas y de divulgación
- Septiembre 2014: inicio de aplicación del protocolo
- Primer trimestre de 2015: monitorización de resultados
- Abril-Mayo 2015: comunicación de resultados y planificación de opciones de mejora

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. Anticoagulados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

408

**ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN ATENCION PRIMARIA**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

396

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACIÓN DE CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD URBANO DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RENALES SOLER

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN. MIR. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
- TIRADO AZNAR MARTA. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Oportunidad de mejora para el Centro y para los pacientes, al poder ofertar un servicio de Cartera con una mejor accesibilidad para el paciente, teniendo en cuenta la actual lista de espera para acceder a especialidades quirúrgicas.

La consulta de Cirugía menor es de nueva creación al no existir previamente organización asistencial para cubrir dichas necesidades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La consulta ha comenzado a funcionar el 1 de marzo de 2014, con periodicidad semanal, y hasta el momento se han atendido una media de dos pacientes día.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones de cirugía menor con extirpación de pequeñas lesiones que pueden tener repercusión clínica en el paciente sin necesidad de esperar en la lista quirúrgica correspondiente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implantación de agenda con compromiso de profesionales del centro de salud que han recibido, por iniciativa propia, la formación correspondiente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro de pacientes atendidos

Registro de Consentimientos Informados

Registro de resultados anatomopatológicos recibidos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo 1 marzo 2014

El interés del Equipo es su continuidad asistencial de forma ininterrumpida.

11. OBSERVACIONES. Necesidad de recursos materiales para completar la adecuada puesta en marcha del servicio como lámpara de luz fría, mesa auxiliar de instrumental. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. mejora

OTRA PALABRA CLAVE 2. cartera de servicios

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). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 Bastante |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

087

## 1. TÍTULO

**¿PUEDE LA ECOGRAFIA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON HEMATURIA?**

## 2. RESPONSABLE ..... DELFIN SARASA PIEDRAFITA

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

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASBAS VELA DOMINGO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ASENSIO AZNAR MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- COLAS BELTRAN FERNANDO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las demoras en Atención Especializada estan en constante aumento. Nuestro Centro dispone de ecografo y personal cualificado para su uso. Podemos realizar el estudio ecografico y la analitica, para derivar al paciente en quien se detecta patologia con dichos estudios realizados para acortar los tiempo entre la detección y la atención final.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Acortar los tiempos desde que un paciente acude a la consulta por hematuria y se diagnostica ecograficamente lesión hasta que el Urologo trata de forma definitiva, en comparación a cuando se deriva sin los estudios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los pacientes que acudan por hematuria se les realizará analitica y ecografia por los medicos del proyecto.

Si se detecta lesión sospechosa en vejiga, riñones y/o prostata se deriva al Urologo de forma preferente con las pruebas realizadas (pendiente de confirmar con Especializada)  
Cuantificación del tiempo desde la visita inicial hasta el tratamiento y comparalo con los paciente que siguen el proceso ordinario

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Tiempo de 1ª visita hasta trata definitivo con eco y sin ecografía.  
2.- Cuantificación de falsos positivos.  
3.-Cuantificación de las hematurias con ecografia realizadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Periodo de inclusión de pacientes de seis meses (desde septiembre 2014) Seguimiento durante un año (hasta septiembre de 2015)  
Obtencion de resultados y manejo de los mismos para su informe final.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. hematuria

OTRA PALABRA CLAVE 2. ecografia en Atencion Primaria

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

421

**MEJORA DEL NUEVO INDICADOR "DERIVACIONES A ESPECIALIZADA" EN EAP DE CASETAS**

2. RESPONSABLE ..... CARMELO ALIAGA GONZALEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ RUIZ ROSARIO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- ARA MARTIN GEMMA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- PENON SANCHO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- BENITEZ VIDAL BARBARA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los indicadores de la capacidad resolutoria de la A.P. se traduce en una adecuada tasa de interconsulta, de forma que se minimice el consumo de recursos y los riesgos para los pacientes.

En la revisión de los indicadores del contrato de Gestión 2014 hemos detectado una tasa mayor de derivación de nuestro centro en relación a la tasa media del sector

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir la tasa de derivación a Atención Especializada de un 39,20% actual a un 36%.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A1 - Análisis de la tasa de derivaciones de este centro por especialidad y profesional, seleccionando las de mayor desviación y/o las de mayor impacto en la población.

A2- Selección de los cinco servicios o tipo de patología con mayores tasas de derivación teniendo en cuenta la factibilidad de la intervención en relación a las líneas de colaboración existentes entre A. Primaria y A. Especializada del Sector III.

A3-- Analizar las causas de derivación a las mismas y posibles acciones a desarrollar para incrementar la capacidad resolutoria de los profesionales. Cuantificar interconsultas inducida desde otros Servicios de Especializada.

A4- Realizar sesiones conjuntas A. Primaria y Especializada para establecer criterios de derivación

A5- Solicitar corte de datos a los 6 meses de la implantación del programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasas de derivación de las diferentes especialidades elegidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . Fechas previstas de inicio en Abril de 2014.

Las actividades A1 y A2 durante el mes de Abril y primera quincena de Mayo.  
Las actividades A3 y A4 en la segunda quincena de Mayo y primera de Junio  
El corte de datos se solicitaría a mediados de Diciembre.

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. . Interconsulta

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 |



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

## 1. TÍTULO

**REGISTRO CORRECTO DE ALERGIAS EN PACIENTES PERTENECIENTES AL E.A.P CASETAS**

2. RESPONSABLE ..... ANA KARIN ANDRES NILSSON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALIAGA GONZALEZ CARMELO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- JIMENO MONZON ANA ISABE. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- GIL SOLDEVILLA SUSANA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- BUENO CAPAPE ELIA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ LAFUENTE JAVIER. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ DIEZ CAMINO. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- MEDRANO ALCAY LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. AUNQUE LA PRESENCIA DE ALERGIAS ES UNA PREGUNTA QUE SE REALIZA A TODO PACIENTE EN CONSULTA , NO SIEMPRE SE APUNTA DE MANERA ADECUADA EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI. HEMOS REALIZADO AL AZAR UNA REVISION EN VARIOS PACIENTES Y SE HA DETECTADO QUE ES UN DATO MAL REGISTRADO CON CIERTA FRECUENCIA, NO POR OMISION SINO POR DESCONOCIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, SEGUN ENCUESTA REALIZADA A LOS PROFESIONALES DEL EAP.

LA IMPORTANCIA DEL PROYECTO,RADICA NO SOLO EN LA BUENA ATENCION POR PARTE DEL PROFESIONAL HACIA EL USUARIO, SINO TAMBIEN COMO MEJORA EN LOS INDICES DE LA CARTERA DE SERVICIO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. BUEN REGISTRO DE LAS ALERGIAS DEL PACIENTE EN LA HISTORIA DE OMI EN AL MENOS EL 70 % DE LA POBLACION

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEJORIA DE LOS INDICES DEL CONTRATO PROGRAMA POR PARTE DEL EAP DE CASETAS.

A-1. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL MEDIANTE DATOS PROCEDENTES DE LOS SERVICIOS INFORMATICOS DEL SECTOR.

A-2. REALIZACION DE REUNION CON EL EAP PARA REPASAR EL PROCEDIMIENTO DE REGISTRO EN OMI.

A-3. LA ACTIVIDAD SE REALIZARA EN CONSULTA A DEMANDA Y PROGRAMADA.

A-4. REPASO SEMANAL DE LA ACTIVIDAD Y FLASH EN LOS PACIENTES EN LOS QUE NO SE HA PODIDO REGISTRAR LA ACTIVIDAD PARA COMPLETARLA EN SUCESIVAS CONSULTAS.

A-5. SOLICITAR CORTE DE DATOS A LOS 3 MESES DE IMPLANTACION DEL PROYECTO Y AL FINALIZAR EL AÑO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NUMERO DE PACIENTES VISTOS EN CONSULTA EN LOS ULTIMOS 3 MESES/Nº DE PACIENTES CON REGISTRO DE ALERGIAS

NUMERO DE PACIENTES VISTOS EN CONSULTA EN PRIMEROS 3 MESES DE IMPLANTACION DEL PROYECTO/Nº DE PACIENTES CON REGISTRO DE ALERGIAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2014 PRIMERA TOMA DE DATOS DE PARTIDA ANTES DE INICIAR EL PROYECTO Y REUNIONES DE EQUIPO PARA ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS

MAYO 2014- NOVIEMBRE 2014 REGISTRO DE LA ACTIVIDAD

JULIO DE 2014 SOLICITUD DE CORTE DE DATOS.

DICIEMBRE 2014 SOLICITUD DE CORTE DE DATOS.

FINALIZACION MARZO 2015

DURACION UN AÑO

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. 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

344

**OBTENCION DE UN ECG, INFORMARLO E INTRODUCIRLO EN OMI, MEDIANTE OFERTA-SOLICITUD A TODOS PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS CON AL MENOS 1 FACTOR DE RIESGO C-V, CUANDO NO SE DISPONGA DEL MISMO.**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA  
· PINILLA LAFUENTE MARINA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA  
· GARCIA ARANDA CONCEPCION. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA  
· DELGADO MARROQUIN MARIA TERESA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA  
· GONZALEZ MIR MARIA FE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El registro ECG es una prueba incruenta, barata, de fácil obtención y de gran utilidad en los procesos diagnósticos y en la valoración de enfermedades cardiovasculares. Puede ser de ayuda en la toma de decisiones ante cuadros agudos mediante la comparación de trazados previos. OMI dispone de una herramienta capaz de almacenar la información obtenida en la valoración e informe del ECG, si bien no se dispone por el momento de un registro de imágenes, ni en OMI ni la HCE. Con relativa frecuencia la alimentación de datos en el sistema informático se obvia ante trazados normales o con hallazgos de escasa relevancia clínica. Un objetivo del programa es realizar el informe y registro en OMI de cada ECG nuevo obtenido.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera incrementar los informes de registros ECG en la historia clínica. Además se espera conseguir y almacenar (en HC electrónica y física) un documento clínico de utilidad en la valoración de pacientes adultos de >55 años con uno o más factores de riesgo CV. Estandarizar la obtención, valoración e introducción del informe en la historia clínica electrónica de los registros ECG. De modo secundario se espera realizar hallazgos incidentales del registro ECG. Que podrían suponer diagnósticos nuevos de patología cardíaca

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cada médico participante ofrecerá la realización de ECG a todos aquellos pacientes de más de 55 años con uno o más factores de RCV (Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo, Dislipemia, Obesidad), cuando no se disponga de registro informado en OMI. Se indicará el carácter voluntario de la solicitud. Se deberá realizar la consulta en DGP para comprobar la existencia o no del informe ECG. La obtención del ECG se podrá realizar:

En el momento, si posible

En cita programada de enfermería

En horario de tarde 16:00-18:00 (At. Continuada/enfermería/mir familia)

Previamente al inicio del programa, cada participante, realizara una estimación previa orientativa mediante valoración del % de ECG informados en OMI analizando los 10 primeros pacientes sucesivos que acudan a consulta de demanda y que cumplan requisitos (+ 55 años y + de un factor de RCV). Inicio a partir de 1 de Mayo, se deberán analizar los tres primeros del día primero y segundo y los cuatro primeros del tercer día (3+3+4)  
La consulta se realizara consultando la DGP ECG en OMI

La misma valoración se realizará a partir del 10 de Noviembre para realizar comparación de porcentajes y valorar posible incremento de registros.

Semanalmente se realizará una revisión y puesta al día con intercambio de información y opiniones de los participantes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizara una comparacion de porcentajes de pacientes con ECG informados mediante audit al inicio y tras la conclusión del periodo de duracion del proyecto  
Se dispondrá de una hoja de recogida de datos para objetivar los registros absolutos realizados  
Total de registros ECG validos obtenidos a la conclusion del proyecto  
Porcentaje de ECG obtenidos/ECG ofertados  
Se realizará una revisión semanal donde cada participante podrá exponer sus percepciones, dificultades y posibles soluciones  
Total de pacientes derivados a Especialista por alt. ECG  
Pacientes con registros patológicos. Así como descripción de los mismos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Abril-2014. Finalización Diciembre 2014

Abril-2014: revisión del proyecto entre los integrantes del proyecto, realización y validación de hojas de recogida de datos

Abri-2014: Información sobre manejo de la información OMI/DGPs

Inicio Audit previo 1 Mayo-10 Mayo

Periodo de Obtencion ECG: 10 MAYO HASTA 10 NOVIEMBRE

Inicio Audit evaluación 10 Noviembre-20 Noviembre

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

344

**OBTENCION DE UN ECG, INFORMARLO E INTRODUCIRLO EN OMI, MEDIANTE OFERTA-SOLICITUD A TODOS PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS CON AL MENOS 1 FACTOR DE RIESGO C-V, CUANDO NO SE DISPONGA DEL MISMO.**

Seguimiento periódico semanal mediante reunión de los integrantes del proyecto para intercambio de información y valoración del desarrollo del proyecto. (miércoles no festivo de cada semana)

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

## POBLACIÓN DIANA

-EDAD. Mayores de 55 años  
-SEXO. Ambos sexos  
-TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. >55 años+ al menos 1 factor de RCV(HIPERTENSION, DISLIPEMIA, DIABETES, TABAQUISMO, OBESIDAD)

## 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). ... | 2 Poco     |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 2 Poco     |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2014****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
- CRESPO MAINA MARIA CLEOFE. 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
- LANUZA VILLANOVA AURORA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- LACLETA LORENTE ROSA. TCAE. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Nos planteamos para 2014 la continuación del plan de mejora de calidad que se inició en 2008. Para este año 2014 el principal objetivo es mantener la motivación y el compromiso de los profesionales del equipo con la mejora de la calidad teniendo en cuenta la pérdida de recursos humanos que se materializó en 2013: un médico y dos enfermeras menos en plantilla. La desmotivación producida en el equipo complica cada día más continuar con proyectos de mejora continua y dificulta enormemente mantener los niveles de calidad asistencial logrados hasta ahora. A pesar de todo el equipo se mantiene dentro del sistema de gestión de calidad con la Norma ISO 9001-2008.

El proyecto que se presenta trata por un lado de presentar los resultados alcanzados en 2013 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 mejora
  - la recogida de incidencias de los profesionales desde la implantación de la norma ISO.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** El Consejo de Salud se reunió durante el año 2013 en 6 ocasiones. Los temas más importantes tratados han sido:

- Supresión de recursos humanos en el equipo y reorganización consiguiente del equipo
- Repercusiones del Decreto de 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 2013 el grupo de calidad ha preparado toda la documentación para pasar la auditoría interna que se realizó el 15 de Abril de 2013. La comisión de calidad se reunió semanalmente durante el año 2013 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 365 visitas, que corresponden a 100 pacientes. Se han realizado menos consultas de deshabituación que en 2012.

**2. Enfermedades cardiovasculares Monitorización ambulatoria de la presión arterial**

(MAPA) :

Durante 2013 se han realizado 148 MAPAS lo que supone un 30% más que en 2012 y se han incluido el 100% de los mismos mediante acceso directo en el curso clínico en OMI para facilitar su lectura

**3. Seguridad clínica:**

Se ha continuado con la notificación de RAM durante 2013 la tasa de notificaciones por 10.000 habitantes (TIS) del centro de salud Delicias Sur en este año 2013 fue de 61,76 lo que supone un descenso en las notificaciones sobre años anteriores que podría estar relacionado con el nuevo sistema de notificaciones desde receta electrónica. No obstante representa el mayor índice de notificación de todos los centros de salud de Aragón. Se realizaron 3 sesiones sobre reacciones adversas a fármacos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

## 1. TÍTULO

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2014**

4. Diabetes: Retinografía digital: En 2013 se han realizado un total de 2370 retinografías digitales en el centro de salud Delicias Sur, lo que comparado con las 2263 realizadas en 2012 supone un aumento de un 4,6%. El 70 % de los diabéticos del centro tienen realizada al menos una retinografía hasta 31 de Diciembre de 2013.

## 5. EPOC:

Se han realizado 235 espirometrías lo que supone un mantenimiento del número de paciente respecto a años anteriores. Se han realizado varias sesiones clínicas, tanto a profesionales del centro, como a profesionales de otros centros e incluso a estudiantes tanto de enfermería como de medicina.

## 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 2013 ha sido de 4579, lo que supone una importante aumento sobre la campaña de 2012, en relación con la extensión de la campaña en el tiempo y la epidemia más virulenta de gripe.

Se han realizado vacunación antineumocócica a 28 pacientes según protocolo.

## 7. Gestión del estrés:

Durante 2013 no se han realizado grupos de pacientes porque los profesionales implicados han realizado formación específica en este campo y han evaluado la actividad para decidir o no su continuidad.

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

Se han detectado en 2013, 264 niños de 6-14 años con episodio de obesidad o sobrepeso sobre un total de 1960 niños de esa edad lo que supone una cobertura del 13,4 % (11,6% 2012 y 8,5 2011). Se ha continuado con la intervención por enfermería de los niños con mayor IMC.

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

Durante 2013 se ha intervenido sobre el calendario vacunal de 88 niños pertenecientes a los 4 cupos de Pediatría. Se ha revisado su situación vacunal, anotando las vacunas que ya tenían aplicadas y creando un calendario con las que faltaban en Actividades Preventivas. Se entrega documento de salud infantil donde se van anotando las vacunaciones. Se hace constar en desplegable de vacunas cuando ya está completado su calendario.

Se han completado correctamente para su edad 64 calendarios, de ellos 57 continúan en el centro y 7 sus historias no están activas en este momento. 5 niños sus datos están en histórico por traslado, cuando se fueron no tenían completado el calendario vacunal. De los 19 niños restantes sus calendarios están en proceso 10 que acuden de forma correcta a las citas y 9 no acuden y hay que recaptarlos para continuar.

## 10. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

## 10.1. Proyecto de promoción de la salud: "Prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes"

Durante 2013 se ha continuado el proyecto en los colegios de enseñanza primaria: Emilio Moreno Calvete y Andrés Manjón. Se han realizado intervenciones en el aula a modo de seminario de 2 sesiones en alumnos de 6º de primaria realizadas por los médicos residentes de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

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

Durante 2013 se ha acudido a la AAVV 1 vez al mes durante los meses del curso escolar. La duración de las sesiones ha sido de 1h30". El número de mujeres ha aumentado siendo con frecuencia de 15-20 las mujeres que asisten. Los temas tratados han sido: dudas diversas sobre proceso que les sucedían a ellas o algún miembro de su familia, información sobre el uso del sistema sanitario, botiquín adecuado para tener en casa, lectura crítica de los prospectos, uso de medicamentos para procesos banales -analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios-.

## 10.3. Seminario de prevención cardiovascular

Se realizó en los meses de noviembre de 2013 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 2013 se ha continuada esta actividad comunitaria en coordinación con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias. En el proyecto se incluyen las fisioterapeutas del equipo.

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 2013.

10.6: Intervención sobre prevención de hábito tabáquico en alumnos de educación secundaria IES Jerónimo Zurita. Durante 2013 se ha iniciado esta nueva intervención comunitaria coordinada por 2 médicos de familia del equipo y llevada a cabo por los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 1º año. Se ha planificado la actividad y se ha realizado la primera sesión en las aulas. El seminario consta de 4 sesiones.

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

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

144

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2014**

- 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 2014 se pretende:

- Mantener las actividades de Intervención Intensiva en las 4 consultas de deshabituación ya existentes con las actuales coberturas, haciendo constar que esta unidad de tabaquismo es referencia en el SALUD y se atienden pacientes de toda la ciudad.

2.2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se pretende como objetivo para 2014 mantener la realización de esta prueba diagnóstica dada su importancia para el diagnóstico y control de la hipertensión arterial.

2.3. Seguridad clínica:

Para 2014 seguir mejorando en la detección y registro de los efectos adversos que sufren los pacientes por la toma de medicamentos . También en relación con la continuación del programa del paciente polimedocado mayor de 75 años.

2.4. .Diabetes: Retinografía digital:

Como objetivo para 2014 sería conseguir que el 75 de los diabéticos registrados en OMI, sin retinopatía diabética tengan realizadas 1 retinografías digitales a finales de 2014.

2.5. EPOC:

-Continuar con el servicio de espirometrias haciendo reuniones periodicas con el fin de buscar posibles mejoras.  
-Disminuir la lista de espera que ahora es de aproximadamente de 1 mes.

2.6. Vacunaciones en el adulto:

. . Vacunación Antigripal.- Para 2014 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 2014 se plantea reevaluar esta actividad y valorar su continuidad.

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 2013 de sobrepeso y obesidad (T82 y T83) fue de 13,4% en niños de 6-14 años. Para 2014 pretendemos mejorar la detección hasta un 15 %.

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 . Se pretende mantener este seminario en las aulas a lo largo de 2014

-Grupo de educación para la salud dirigido a madres inmigrantes sobre normas de alimentación y estilo de vida, 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) en coordinación con la A.V. Manuel Viola de Delicias en el que participan las fisioterapeutas del equipo -RCP en Centro de Educación Secundaria Jerónimo Zurita , a cargo de médicos residentes R4 .

-Proyecto de prevención del consumo de tabaco en el alumnos de 1º de Educación Secundaria del IES Jerónimo Zurita: se pretende completar y evaluar el proyecto.

2.11. Líneas de mejora del proyecto de gestión clínica 2014:

Líneas de mejora del área clínica: el equipo ha propuesto objetivos de mejora en las siguientes procesos clínicos: Mejorar las coberturas en los indicadores de Tabaquismo, EPOC, Polimedocados y Riesgo cardiovascular. También pretendemos analizar las derivaciones a atención especializada entre los profesionales del equipo para alinearnos con la estrategia del sector de disminuir este indicador. En Pediatría se pretende alcanzar el 15 % de detección de obesidad infantil entre niños de 6-14 años

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2014**

Pretendemos continuar con el apoyo personalizado de los profesionales del área de admisión al área clínica. Para 2014 pretendemos también poner en marcha un circuito de renovación de la receta electrónica desde el mostrador de admisión para facilitar esta gestión al usuario y evitar el aumento de consultas burocráticas en las consultas del médico de familia.

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:

Mantener el equipo que realiza la intervención, realizando al menos 2 sesiones clínicas para mejorar el servicio de atención a la dependencia de tabaco.

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

Realizar sesión clínica recordatoria del protocolo del paciente polimedcado para mejorar la cobertura.

2.4. Diabetes: Retinografía digital: Sesión clínica informando de los resultados de este programa para aumentar número de pacientes con al menos 2 retinografías realizadas.

2.5. EPOC :. -Seguir realizando sesiones periódicas del equipo implicado.

-Realizar sesiones de técnicas de utilización de inhaladores con pacientes

2.6. Vacunaciones en el adulto:

. 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 reuniones del grupo para evaluar y decidir la continuidad de la actividad.

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

Para 2014 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.

2.10. Actividades comunitarias:

- Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: se realizarán 2 sesiones en el aula en las que participarán médicos residentes de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria dirigidas a alumnos de 6º de Primaria de los dos colegios.

-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 dos sesiones semanales de paseo saludable por monitores de la Asociación de Vecinos, asesorados por la fisioterapeuta responsable.

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

-Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de secundaria: se realizarán las 3 sesiones pendientes para el curso a cargo de los médicos residentes de 2º año y se evaluará la actividad

2.11 Líneas estratégicas con el sector

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2014**

Se programarán a lo largo del año reuniones y sesiones clínicas para tratar sobre realización y registro de los procesos clínicos que pretendemos mejorar los procesos de tabaquismo, EPOC, Polimedicados y Riesgo cardiovascular

2.12. Líneas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente: Se establecerá un circuito en el mostrador de admisión para la renovación de la receta electrónica. Se recogerá la hoja de tratamiento en admisión y se citará al paciente en la consulta del médico de familia en modo no presencial. El facultativo realizará la renovación si procede o indicará al paciente una visita presencial en la consulta para indicar una posible modificación en el tratamiento

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

- Mantenimiento en 2014 de la certificación con la norma ISO

- Realizar la auditoría interna anual con éxito

- Mantenimiento del sistema de incidencias del cliente:

- Reuniones del consejo de salud

- Valoración de sugerencias y reclamaciones

- Valoración encuestas de satisfacción

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

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

**2. 12 Líneas de mejora:****2.1. Intervención en tabaquismo:**

- % de coberturas,

- Nº de actos en consultas de deshabituación

- Nº de pacientes atendidos en consultas de deshabituación

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

- Número 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 2014. Número de sesiones realizadas en el equipo sobre reacciones adversas

2.4. Diabetes: Retinografía digital: Número de retinografías digitales realizadas en 2014 y porcentaje de diabéticos con al menos 1 retinografía realizada.

**2.5. EPOC:**

Número de espirometrías realizadas

**2.6. Vacunaciones adulto:**

. Vacuna Antigripal.- Mantenimiento de la cobertura respecto a la campaña anterior y extensión del sistema de cita por correo al 100% de la población mayor de 65 años.

. Vacunación Antineumocócica.- El mayor número de los residentes en los Centros Geriátricos pertenecientes al Centro de Salud, tendrán administrada la vacuna antineumocócica.

2.7. Gestión del estrés: Evaluación de este servicio y decisión de continuidad.

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 de 6-14 años.

2.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: -cobertura vacunal calendarios acelerados/total de niños vacunaciones incompletas

**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

- Alcance del proyecto de prevención del consumo de tabaco en educación 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 2014

- Número de pacientes polimedicados mayores de 75 años con



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2014**

revisión de tratamiento y test de adherencia/total de pacientes polimedificados mayores de 75 años

-PEDIATRIA: -Obesidad : -cobertura alcanzada por CIAS T83 y T84

2.12. Líneas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente: número de recetas electrónicas renovadas con el circuito establecido en mostrador y satisfacción del paciente con el mismo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: ENERO DE 2014

Fecha de finalización: DICIEMBRE DE 2014

Calendario:

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

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Plan de calidad atención primaria

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

314

## 1. TÍTULO

**ESTUDIO, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA Y SU INTEGRACION EN LA HCE DEL PACIENTE**

2. RESPONSABLE ..... EVA CAUDEVILLA BIOTA
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
  - Localidad ..... EJEJA DE LOS CABALLEROS
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- AZNAREZ MARCO CARLOS. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
  - CAUDEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
  - ERICE LOPEZ J ANTONIO. MEDICO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
  - GOÑI ELORRI YOLANDA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
  - MURILLO CONTIN MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
  - NDIJOU OU MURILLO ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
  - ROMEO LAMBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Favorecer la introducción de nuevas metodologías para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria es una prioridad para aumentar los resultados en salud y la seguridad del paciente, está última, además de una cuestión para el sistema sanitario, es un problema individual con repercusión para la sociedad.

La aplicación de las TIC en el campo sanitario es una realidad, contribuyendo a una mejora de la calidad de vida, ayudando a disminuir los desequilibrios y las desigualdades del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos. Su desarrollo se está produciendo con un retraso mayor del previsto y en la mayoría de los casos no siempre respaldado por una evaluación posterior completa que evidencie su eficiencia o refleje su coste/efectividad. En nuestro ámbito, un centro de Atención Primaria (AP), surge la necesidad de acometer un proyecto de implantación de un sistema de tele-electrocardiografía (tele ECG) con el fin de aprovechar la potencialidad de las herramientas a nuestro alcance, mejorando la posición de servicio a los ciudadanos, a los profesionales sanitarios y a la sociedad. En la actualidad la realización de un electrocardiograma (ECG) en cualquier punto de la red asistencial de nuestra comunidad autónoma (AP, UMEs, Atención Hospitalaria) se efectúa en soporte papel archivándose en la historia clínica no informatizada. No existe acceso visual desde los diferentes puntos asistenciales a los registros realizados en otros centros, aunque si a las anotaciones realizadas por los médicos en la historia clínica electrónica (HCE) y su visualización comparativa se restringe a la solicitud de la historia física individual de cada centro. Además, el horario de archivo de la historia clínica, es otra restricción para la consulta de los ECGs en momento puntuales, sobre todo en atención continuada.

En la actualidad, la realización de diversos estudios al paciente (preoperatorio o diferentes protocolos de Cartera de Servicios de AP) es posible integrar y consultar en la HCE los resultados de las diferentes pruebas como analítica, radiografía, pero no así un ECG, que queda disponible solo en papel.

Se propone el Diseño, implementación y evaluación de un sistema de tele-electrocardiografía (tele ECG) permitiendo a los facultativos de Atención Primaria, la accesibilidad directa a la prueba desde la HCE del paciente, y permitiendo la visualización del Electrocardiograma (ECG) desde los centros de Especialidades y Hospitales. Utilizando electrocardiogramas digitales, redes y recursos técnicos disponibles, como el usado en nuestro centro, es posible registrar la prueba, estudiar su integración con el equipo de informática y transferirla al Health Care Information System (HCIS) para almacenarla en un servidor junto con la HCE para ser consultada por cualquier servicio en cualquier momento, consiguiendo así aumentar la accesibilidad y comodidad del personal sanitario facultativo que en muchas ocasiones deben tomar decisiones importantes en poco tiempo, con potenciales repercusiones.

Para su estudio y realización nos basaremos en estrategias realizadas en diferentes CCAA (La Rioja, Castilla y León) y en la experiencia en el diseño, implementación y evaluación de un proyecto similar por uno de los miembros en colaboración con el I3A (Universidad de Zaragoza).

Disponible en: [http://www.gtc.cps.unizar.es/publicaciones\\_linea.php?linea=t](http://www.gtc.cps.unizar.es/publicaciones_linea.php?linea=t)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Mejorar la calidad del proceso asistencial, integrando una prueba complementaria en la HCE.
  - Mejorar la utilización de algunos recursos tecnológicos existentes en nuestro entorno, aprovechando la inversión en TIC ya realizada.
  - Facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios.
  - Actuar como centro piloto (Atención Primaria) para que este proyecto pueda implantarse a nivel autonómico, mejorando los resultados en términos de calidad integral.
  - Búsqueda de apoyo e inclusión de otros profesionales del nivel hospitalario que quieran participar en este proyecto.
  - Mejorar la calidad y coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria, urgencias y acceso a pruebas diagnósticas).
  - Aplicar otras experiencias llevadas a cabo con éxito en otras CCAA, trasladando la evidencia a la práctica.
  - Solicitar el conocimiento y colaboración de los departamentos informáticos para encontrar las mejores

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

314

**ESTUDIO, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA Y SU INTEGRACION EN LA HCE DEL PACIENTE**

soluciones en la integración del ECG en la HCE.

- Utilizar los aparatos existentes en el centro (electrocardiógrafo digital con disponibilidad de conexión alámbrica-inalámbrica) para probar su validez en la realización de este proyecto.
- Mejorar la seguridad del paciente, al agilizar la disponibilidad del ECG, pudiendo en circuitos preferentes disminuir el tiempo para emitir un diagnóstico.
- Reducir tiempos asistenciales, evitando el retraso en el diagnóstico como factor que puede contribuir a que se produzca un evento adverso (EA).
- Disponibilidad del ECG por parte de las diferentes especialidades médicas y servicios asistenciales, evitando la reiteración en la petición del ECG para distintos procedimientos que se estén llevando a cabo con un mismo paciente en un momento dado (preoperatorios, protocolos de crónicos, etc) especialmente en enfermos crónicos y dependientes.
- En la atención urgente, posibilidad de transmisión y visualización del ECG desde el siguiente nivel asistencial al que va a ser derivado el paciente.
- Aumentar la satisfacción de pacientes y usuarios.
- Evaluar su implementación mediante los indicadores oportunos.
- Realizar encuestas de satisfacción de pacientes y usuarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Conseguir apoyo del Salud para su implementación y de los departamentos de informática e ingeniería de procesos.
2. Comprobación de la posibilidad de adecuación de los equipos específicos (electrocardiógrafo digital existente), mediante tarjeta y actualización del software-visor, si la información es codificada siguiendo un protocolo propietario, para la digitalización de señales y transmisión del ECG siguiendo protocolos seguros.
3. Adquisición de material anterior necesario.
4. Descripción formal/modelado del servicio.
5. Realizar un PAE sobre el uso de la electrocardiografía integrada en la HCE: Entorno de mejora (evaluar el procedimiento, registrar artefactos producidos, factores que contribuyen al disfuncionamiento del procedimiento o de la infraestructura).
6. Formación específica del personal sanitario implicado en el proyecto para la transmisión del ECG a la HCE (enfermería).
7. Realización de una guía de usuarios, para la realización de la petición, transmisión de la prueba y visualización de resultados, manteniendo la seguridad y confidencialidad de los datos (Enfermería-informática).
8. Integrar aviso en la HCE al realizar la petición de la prueba ordinaria si ha sido realizada recientemente por otro profesional (informática).
9. INICIO de realización de ECG y transmisión a la HCE (enfermería).
10. Establecimiento de un circuito de comunicación de incidencias (errores identificación, eliminación de ECGs artefactados y otras).
11. Diseño y realización de encuestas a los usuarios encargados de la adquisición y envío de las pruebas (enfermeras) como a los usuarios expertos que consultan e interpretan los ECGs (médicos).
12. Desarrollo de cuaderno de recogida de datos (CRD) con los datos de pacientes atendidos y tiempos de prueba y resultados.
13. Valorar el impacto organizativo de la implantación de dicho sistema (aceptabilidad, usabilidad, satisfacción).
14. Evaluar los indicadores de proceso que permitan determinar el grado de éxito del servicio a través de criterios estructurados e incluidos en diversos formularios: datos básicos de utilización, eficacia y efectividad.
15. Análisis de costes, para completar la evaluación de la implantación del sistema.
16. Presentar los resultados del proyecto-TODOS los integrantes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Monitorización del proceso con el fin de evaluar su repercusión en los tiempos de atención.

El seguimiento del proyecto lo realizaremos por medio de encuestas de usuarios del sistema, enfermería (registro y transmisión) y médicos que visualizan e interpretan la prueba a través del visor en pantalla.

INDICADOR	/DEFINICIÓN/ITEM cuestionario-PREGUNTAS (ejemplos)
01 ECG	Utilización del sistema de Tele ECG - Porcentaje de casos en los que se utiliza la aplicación de Tele ECG
02 Tele ECG	Información a pacientes - Porcentaje de pacientes que son informados sobre la atención que reciben con Tele ECG
03 ECG	Calidad percibida de la tecnología - Porcentaje de casos en los que la calidad de la aplicación de Tele ECG es valorada como adecuada por los profesionales Calidad de los registros de Tele ECG
04	¿Se han tenido que establecer cambios?¿Han sido bien aceptados? ¿Cuánto tiempo adicional supone?
05	Calidad técnica de la aplicación - Porcentaje de casos en los que la conexión entre los distintos puntos se realizó con éxito ¿Se adecua el sistema a las necesidades concretas? ¿Cuánto tiempo adicional supone? Problemas de transmisión
06	Inicio precoz de tratamiento con Tele ECG - Porcentaje de casos en los que el tratamiento se inició de forma precoz gracias a la utilización de la aplicación de Tele ECG En una segunda fase de proyecto
06 a	Grado de satisfacción de los profesionales - Porcentaje de casos en los que las encuestas de satisfacción a



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

378

**OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS DE GLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE EPILA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA AURORA CARNICERO NOGUERAS

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS EPILA
- Localidad ..... EPILA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TEJERO SANCHEZ ARTURO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN GASPAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- TURMO SANZ PILAR. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- GIMENO AURED BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- TORRIJO VICENTE DE VERA JULIA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El EAP de Epila, y de ahí la implicación del mismo en su totalidad en el proyecto, considera que hasta ahora la administración de glucómetros y de tiras de glucemia entre los pacientes diabéticos, se ha realizado sin criterios que se ajusten a protocolos establecidos sobre el suministro de este tipo de material a estos pacientes.

Esto ha llevado a un importante desfase en el consumo que no se ajusta a las necesidades reales de los pacientes y como consecuencia conlleva un incremento del gasto sanitario que está en manos de los profesionales sanitarios el poder controlar, mejorando en esta parcela la calidad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir el consumo de tiras de glucemia en la Zona de Salud en base a los siguientes criterios a aplicar a los pacientes diabéticos:

1. Pacientes con Dieta, sin tratamiento farmacológico: 0 tiras
2. Diabéticos en tratamiento con ADO, no hipoglucemiantes y estables: 0 tiras
3. Diabéticos en tratamiento con ADO, hipoglucemiantes(glinidas y SU): 4 tiras/mes
4. Diabéticos con Insulinas basales y estables: 30 tiras/mes
5. Diabéticos con Insulinas bifásicas y estables: 60 tiras/mes
6. Diabéticos con terapia bolo basal: 120 tiras/mes

Los pacientes incluidos en los puntos 1 y 2, en todo caso y en función de sus parámetros serán seguidos en consulta de enfermería.

No incluimos en el proyecto la diabetes gestacional y los pacientes que están controlados por los servicios de Endocrinología.

El consumo medio de tiras de glucemia en esta zona al mes oscila entre 8000 y 8250 tiras, el objetivo con estas medidas estaría en reducir el consumo hasta fin de año en un 20% aproximadamente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Recoger listado de diabéticos de la Zona de Salud, de los registros de OMI.

- Se han solicitado a la Dirección de AP del Sector III.

2.-Análisis y clasificación de los pacientes en función del tratamiento recibido

- Cada médico y enfermo /a revisara los pacientes de su cupo.

3.-Revisión de todos los pacientes que consumen tiras de glucemia y apertura de nuevas fichas a los mismos donde se adecue el material en función de los criterios establecidos en los objetivos a conseguir.

- Realizando fundamentalmente por personal de enfermería y por derivación de enfermería.

4.-Seguimiento y cumplimiento de objetivos, de manera continuada.

- Personal médico y de enfermería.

5.-Evaluación final del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nombre del indicador

Fórmula (numerador y denominador)

Diabéticos que no precisan tiras

$N^{\circ}$  pacientes x 0 /  $N^{\circ}$  tiras totales

Diabéticos ADO(hipoglucemiantes)

$N^{\circ}$  pacientes x 4 /  $N^{\circ}$  tiras totales

Diabéticos Insulina basal

$N^{\circ}$  pacientes x 30 /  $N^{\circ}$  tiras totales

Diabéticos Insulina bifásica

$N^{\circ}$  pacientes x 60 /  $N^{\circ}$  tiras totales

Diabéticos bolo basal

$N^{\circ}$  pacientes x 120 /  $N^{\circ}$  tiras totales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. actividad

año: 2014

act 1, abril

act 2, abril

act 3, abril y mayo

act 4, de junio a noviembre

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

378

**OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS DE GLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE  
EPILA**

act 5, diciembre

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. tiras de glucemia

OTRA PALABRA CLAVE 2. glucometro

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 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

446

## 1. TÍTULO

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

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GARCIA MAYNAR

- Profesión ..... ENFERMERO/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
- 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 (3 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 Rumania y no mencionamos el elevado % de personas que tienen en casa animales mal vacunados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los resultados están sin cuantificar ya que por diferentes motivos (cambio en la enfermería del centro y bajas laborales de varias de los componentes) nos ha sido imposible cumplir con los plazos.

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 este 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 miembros 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. Responsable: los componentes del equipo.

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

2.- Vacunación 2ª dosis: (Nº de personas vacunadas con 2ª dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) x 100

3.- Vacunación 3ª dosis: (Nº de personas vacunadas con 3ª dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) x 100

4.- Vacunación 4ª dosis: (Nº de personas vacunadas con 4ª dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) x 100

5.- Vacunación 5ª dosis: (Nº de personas vacunadas con 5ª dosis/Nº total de personas susceptibles de ser incluidas) x 100

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

Finalización: 31/12/14

Actividad 1: Mayo del 2014

Actividades 2 y 3: de mayo a noviembre del 2014

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

446

1. TÍTULO

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

Actividad 4: septiembre y octubre del 2014  
Actividades 5 y 6: diciembre del 2014

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

202

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE POLIMEDICADO**

## 2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ESTEBAN MARTINEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
- Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROBLES CARRASCO ASUNCION. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- DUEÑAS AGULLO FRANCISCO JESUS. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida:

El ajuste de la prescripción en el paciente polimedicado permite una oportunidad de mejora en su calidad de vida, y a la vez, un correcto abordaje del importante problema de salud que supone la polifarmacia, si consideramos su prevalencia y elevado coste económico, constando el servicio de atención al polimedicado en la cartera de servicios 2014 "Porcentaje de pacientes ancianos polimedificados (>75 años) de los que se ha efectuado la revisión clínica durante el año en curso"

En nuestro caso, este indicador evaluado en 2013 se encuentra por debajo de lo esperado.

Importancia del programa:

La toma de cinco o mas medicamentos, polimedicado, en la experiencia cotidiana, es fuente de posible yatrogenia, incumplimiento terapéutico, errores multicausales y posibles efectos secundarios que generan nueva prescripción (fenómeno de la cascada farmacológica). Siendo imprescindible la revisión clínica permanente de la medicación por parte del facultativo con la prescripción y la deprescripción actualizada.

Utilidad:

Mejorar la seguridad del paciente polimedicado.

Causas de error en la toma de medicación:

Confusión del paciente (cambios en la forma, color y tamaño de las pastillas, genéricos-marcas, pérdida de la capacidad y autonomía para el autocontrol de los fármacos, "ya no saben para que es cada medicamento", falta de adherencia al tratamiento).

Falta de un responsable domiciliario del control de la administración de la medicación.

Bajo resultado en la cumplimentación del servicio del paciente polimedicado en la evaluación del EAP de Herrera del los Navarros en 2013.

Fuentes de información:

Visita domiciliaria.

Renovación de recetas.

Métodos:

Registro en OMI completando todos los items del servicio del polimedicado.

Supervisar la medicación en la población diana (ancianos polimedificados > 75 años) revisando la adecuación de la prescripción, detección de efectos secundarios, fenómeno cascada farmacológica, adherencia al tratamiento, pastilleros, horarios, cuidadores, capacidad del propio paciente).

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la cobertura del Servicio al polimedicado en OMI al 80%.

Posible colaboración de farmacia.

Motivación de cuidadores o responsables de administrar la medicación.

Adecuar la prescripción evitando los medicamentos de utilidad terapéutica baja (UTB) y los inadecuados (Beers

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

Visita domiciliaria a los polimedificados inmovilizados.

Supervisión clínica y detección de errores para su corrección en población diana (polimedificados mayores de 75 años)

Explotación de datos OMI.

Procedimiento:

Registrar en OMI los datos obtenidos de visitas y de adecuación de los tratamientos farmacológicos.

Responsables:

Médico y Enfermera.

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

1. Listado OMI del servicio del polimedicado con revisión clínica realizada en el curso 2014.

Nº de pacientes polimedificados revisados en población diana/ Nº de pacientes polimedificados total en población diana

2. Porcentaje de pacientes con sistema de pastillero y responsable de administrar medicación.

Nº de pacientes polimedificados con sistema de pastillero y responsable de administrar medicación/ Nº de pacientes polimedificados totales

3 Porcentaje de fármacos UTB e inadecuados Beers en la población diana

Nª UTB- i Beers en población. diana / Nº total fármacos en población diana

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

202

**MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE POLIMEDICADO**

4 Encuesta de satisfacción o cumplimiento del tratamiento

Obtención:

1. Listado OMI
2. Registro propio.
- 3 Elaboración de encuesta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio:

16 de abril de 2014.

Cronograma:

Indicadores en las fechas: 1/7/2014, 1/9/2014 y 1/11/2014.

Final:

1 de febrero de 2015.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Fármaco

OTRA PALABRA CLAVE 2. Cuidador

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

227

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA ATENCION DEL NIÑO ASMATICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA**

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA  
· Profesión ..... PEDIATRA  
· 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.  
· SIERRA SANMARTIN MARIA PILAR. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. CONSULTORIO DE RICLA Y CALATORAO  
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA  
· GIL ESTEBAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. URGENCIAS AP  
· LACAMBRA DEITO PILAR. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. EAC  
· CORAO RUIZ BELEN. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. URGENCIAS AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El asma es una enfermedad crónica compleja con una gran variabilidad y que tiene un enorme impacto  
La prevalencia del asma en la infancia es elevada, alrededor de un 10 %, siendo en nuestro medio una patología crónica que consume un importante número de recursos y tiempo en Atención Primaria.

El manejo del asma, implica la realización de un diagnóstico correcto, evaluación de su gravedad y prescribir un tratamiento adecuado.

Un componente esencial es recibir una adecuada educación terapéutica clave para el manejo y control del asma. Los programas educativos son útiles para disminuir la morbimortalidad, mejora la adherencia terapéutica, mejorar la calidad de vida de estos pacientes, disminuir la demanda asistencial y los costes sanitarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Actualización teórica del Asma en pediatría.  
2-Adecuada formación de los sanitarios implicados en impartir educación terapéutica del asma en niños.  
3 - Registro adecuado de los niños en el Programa del niño asmático de nuestra zona. .  
4- Impartir una adecuada educación a las familias con un niño asmático:  
Saber comprender la enfermedad, reconocer los síntomas guía del asma, reconocer que tratamiento administrar y cómo hacerlo bien, saber evitar desencadenantes: neumoalergenos, tabaco y responder posibles dudas de las familias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1\_ Registro adecuado del programa del niño asmático. Médicos  
2- Manejo de técnicas inhalatorias. Enfermería  
3- Registro de charlas informativas sobre qué es el asma, síntomas claves, qué se puede prevenir y qué se debe de evitar .así como recomendar vacuna de la gripe en Octubre Enfermería  
4-Seguimiento del niño asmático:  
Revisión clínica del niño .Médicos  
Cuestionario CANN. Cuestionario de la técnica inhalatoria . Enfermería  
Educación terapéutica: Al inicio del proceso agudo

folleto explicativo

inhalatorias,

inhalatorias,

realizada en cada niño,  
en algún control.

A los 15 días: se ve cómo lo hacemos y si falla algo.  
Al mes: ¿podemos saber algo más del asma? Resolvemos dudas,

Al trimestre: ¿Como estamos? Cuestionario Cann, repaso de técnicas  
dudas, exploración clínica del niño

Al semestre: ¿Como estamos? Cuestionario Cann, repaso de técnicas  
dudas, exploración clínica del niño  
Anualmente recomendación de la vacunación antigripal.

Al final del estudio: que al menos quede registrado la actividad  
sabiendo que hay muchos niños inmigrantes y muchos de ellos pueden fallar

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR: Conocer la prevalencia del asma en nuestra zona, por registro adecuado en el programa del niño asmático.

ACLARACIÓN: Se realizará valoración periódica al trimestre, sobre número de crisis y sintomatología intercrisis (Cuestionario Cann)

EXCEPCION: Ninguna

ESTANDAR: SI/NO

INDICADOR: Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación sobre técnica inhalatoria .al menos 2 veces.

ACLARACIÓN: Se realizará al diagnóstico y en el seguimiento: en 24-48 horas, a los 15 días, al mes, y posteriormente cada 3 o 6 meses o anual.

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 50%

INDICADOR: Porcentaje de niños asmáticos mayores de 6 años, a los que se realiza Educación sanitaria, mediante la entrega y explicación del Documento de salud del Asma en Pediatría, del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

227

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA ATENCION DEL NIÑO ASMATICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA**

ACLARACIÓN: Ninguna

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 30%

EVALUACIÓN: mediante la revisión del listado de niños con diagnóstico en OMI de Asma y Bronquitis Asmática.  
SEGUIMIENTO: se realizará aproximadamente a mitad del estudio, una valoración de los indicadores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 1 DE MAYO DE 2014

MAYO Y JUNIO DE 2014 Realización de sesiones formativas sobre Técnica Inhalatoria y Asma a los sanitarios implicados

JULIO DE 2014 A AGOSTO 2015: Captación activa de los niños con asma y realización del ciclo de mejora

SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2015: Evaluación de resultados y conclusiones

NOVIEMBRE 2015 : Finalización

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

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. 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**

251

**MEJORA DE LAS INTERCONSULTAS, NO CITADAS CON LIBRE ELECCION ESPECIALISTA EN EL CENTRO, MEDIANTE REGISTRO INFORMATICO DE LOS VOLANTES ENVIADOS POR FAX Y CORREO INTERNO A LOS CENTROS DE REFERENCIA DE NUESTRO CS**

2. RESPONSABLE ..... ROSA AGUDO GARCIA  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· 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.

· PUEYO SALAS ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA  
· ZUBIRIA ALONSO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el C S La Almunia, desde el Área Administrativa, las interconsultas con nuestros Hospitales y Centro de Especialidades de referencia, se realizan de dos maneras, una mediante la Libre Elección Especialista, y otra donde los volantes son enviados por correo interno o fax. Actualmente en este último apartado, solamente tenemos registrados los volantes en la que la petición se realiza por fax, y mediante archivo de papel.

Ante esta situación, nos parece importante tener un registro adecuado, con el sistema que tenemos, OMI, para tener constancia de nuestros envíos, y así saber, por lo menos en lo que respecta a nuestra parte, si la derivación ha sido enviada y/o recibida.

PD: HOSPITALES Y CENTROS DONDE TRAMITAMOS INTERCONSULTAS: H Ernest Lluch Calatayud, H Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario, Hospital Nuestra señora de Gracia. Centro de Especialidades Inocencio Jiménez.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Registrar las interconsultas enviadas y recibidas desde el Centro de Salud, mediante fax o correo interno.

Como Objetivos derivados del anterior:

Tener acceso desde las Consultas de Primaria (Medicina y Enfermería), de la fecha del envío de la interconsulta.

Detectar los pacientes que no acuden a la interconsulta, y no la cambian, ni la anulan, para poder posteriormente indicarle, la importancia de acudir o bien anularla, para que otra persona pueda ocupar su lugar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Solicitar a OMI, la creación en la pantalla "ASIGNACIÓN DE CITAS", en el apartado "OTROS", de los Archivos con la denominación de CORREO INTERCONSULTA ENVIADA y CORREO INTERCONSULTA RECIBIDA.

2.- Crear la matriz horaria de la Agenda, y sobre el archivo remitido por OMI, crear la Agenda definitiva.

3.- Registro diario de las interconsultas. En Observaciones se registrará si existen cambios de cita o cambios por no asistencia.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR:

Creación de los Archivos Correo Interconsulta Enviada y Correo Interconsulta Recibida, solicitada a OMI

ACLARACIÓN: Ninguna

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR : SI/NO

## INDICADOR:

Creación de la Matriz Horaria DE LA Agenda, y sobre el archivo remitido por OMI, crear la Agenda definitiva

ACLARACIÓN: Ninguna

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: SI/NO

## INDICADOR:

Porcentaje de Registro de interconsultas

ACLARACIÓN: Se realizará al menos dos veces a la semana

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: 90%

Se revisará trimestralmente, el indicador último, por la revisión de las Agendas creadas. Los dos anteriores se constatará su realización o no.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 1 de Mayo de 2014

MAYO DE 2014: Realización de los dos primeros indicadores

JUNIO 2014 a DICIEMBRE 2014: Registro de las Interconsultas

ENERO 2015: Evaluación resultados y finalización.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

251

MEJORA DE LAS INTERCONSULTAS, NO CITADAS CON LIBRE ELECCION ESPECIALISTA EN EL CENTRO, MEDIANTE REGISTRO INFORMATICO DE LOS VOLANTES ENVIADOS POR FAX Y CORREO INTERNO A LOS CENTROS DE REFERENCIA DE NUESTRO CS

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Derivaciones de Interconsultas
- 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. ....                       | 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

258

**MEJORA DE LA ATENCION A LA PATOLOGIA RESPIRATORIA CONICA: ASMA-EPOC**

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO COMPES LORENTE

- 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.

- GARCIA LISON SILVESTRE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- LACAMBRA DEITO PILAR. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades respiratorias, es una patología frecuente en Atención Primaria, ya sea por procesos agudos (IRA, Bronquitis, Faringitis, amigdalitis, Sinusitis,..), como procesos crónicos, dentro de los cuáles sobresalen EPOC y Asma.

Ambos procesos, suponen un impacto importante en las consultas de AP, y su abordaje, supone un reto para la buena asistencia, desde el diagnóstico, la imbricación de ambos procesos en algunos pacientes, su tratamiento bastante estandarizado, con Guías, pero con una vía inhalatoria, que muchas veces no se realiza bien o se sobredosifica. Nuestro Centro sufre los mismos problemas, que muchos en el conjunto de la AP, como reflejan los estudios, existe una infratilización de la Espirometría, un infradiagnóstico, y un tratamiento inhalador, que la gran mayoría de las veces no se explica bien, o bien no se controla su realización.

Por todo ello, nos parece importante abordar estas patologías, y dentro del amplio abanico de posibilidades, de abordarlas, hemos elegido dos, y en ambas patologías, ya que pensamos que nos ayudará a la implantación de forma habitual en la utilización de la espirometría, así como mejorar el tratamiento de ambos procesos, en su vía más fundamental, inhalatoria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantación de la Espirometría, como técnica habitual.

Pacientes diagnosticados de Asma y/o EPOC, tengan realizadas Espirometrías, así como mejorar su diagnóstico.

Monitorizar la enseñanza en la Terapia Inhalatoria: Aprendizaje de la técnica y el seguimiento de dicha técnica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Sesión Formativa: Realización de la Espirometría

2.-Sesión formativa: Interpretación Espirometría

3.- Sesión Formativa: Técnicas Inhalatorias

Sesiones Formativas conjuntas Medicina y Enfermería, tanto de AP, como de Atención Continuada, siendo variables el número, aunque preveamos, una media de dos sesiones para cada tema.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR:

Constitución de la Sala de Espirometría

ACLARACIÓN: Ninguna

EXCEPCIÓN: Ninguna

ESTANDAR: SI/NO

INDICADOR:

Porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC y/o Asma, que tengan realizada, al menos una Espirometría anual.

ACLARACIÓN: También se dará como realizada, si procede informada del Especialista correspondiente

EXCEPCIÓN: Pacientes mayores de 80 años.

ESTANDAR: 60%

INDICADOR:

Porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC y/o Asma, que han recibido Educación sobre Terapia inhalatoria, al menos en tres ocasiones

ACLARACIÓN: se realizarán controles al inicio, a los 15 días, al mes y posteriormente cada 3 a 6 meses.

En cada sesión se pasará Hoja de Evaluación sobre la Técnica

ESTANDAR: 50%

Se obtendrá el listado de pacientes diagnosticados en OMI, con diagnosticos de EPOC, Bronquitis Crónica, Enfisema, Bronquiectasias, Asma y Bronquitis Asmática, no estando definida aún si se hará revisión de todos pacientes o por números aleatorios.

A mitad de proyecto se realizará un corte de seguimiento, para valorar la situación del ciclo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 1 DE MAYO DE 2014

MAYO A SEPTIEMBRE DE 2014: Sesiones Formativas y Creación de la sala de Espirometría

OCTUBRE 2014 A NOVIEMBRE DE 2015: Realización del Ciclo de Mejora

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

258

**MEJORA DE LA ATENCION A LA PATOLOGIA RESPIRATORIA CONICA: ASMA-EPOC**

DICIEMBRE DE 2015: Evaluación de resultados y finalización del ciclo

11. OBSERVACIONES. Falta componentes del Ciclo a definir, que en la remision del corte, que nos solís pedir, se añadirán11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

## 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. 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

052

**CONSULTA PRIMER DÍA PERSONA MAYOR 64 AÑOS**

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA CAVERO PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· VILLARROYA VILLAGRASA SALVADOR. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· GRIMA MOLINER JOSE LUIS. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El desarrollo de las actividades preventivas y la promoción de la salud es una actividad vital a cualquier edad, pero en este momento de la vida es cuando la incidencia y prevalencia de patología crónica es mayor. Por lo que es importante una mayor implicación de los miembros del E.A.P. En este momento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implementar el desarrollo de las actividades preventivas en personas mayores de 64 años, para detectar factores de riesgo aún no detectados, así como patología crónica hasta ese momento no detectada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Establece grupo de trabajo y responsable  
Responsable: J.L. Grima/ Salvador Villarroya

2.-Valorar la situación actual  
Responsable : Miguel A. Labara/ Inmaculada Caveró

3.-Definir estrategias de actuación  
Responsable:Salvador Villarroya/ J.L. Grima

4.-Establecer proceso y establecer estrategias  
Responsable:J.L. Grima / Inmaculada Caveró

5.-Implementar en uno o mas cupos.  
Responsable:J.L. Grima / Inmaculada Caveró

6.-Monitorizar las actividades desarrolladas en los cupos anteriores, detectar problemas y proponer estrategias de mejora.  
Responsable: J.L. Grima / Inmaculada Caveró

7.-Presentar al resto del E.A.P.  
Responsable: J.L. Grima / Inmaculada Caveró

8.-Implementar en el E.A.P. Y establecer fecha de Monitoreo  
Responsable:S. Villarroya / Miguel A. Labara

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. - Riesgo cardiovascular en mayores de 64 años --- Población mayor 64/ población RCV registrada --- +30%

2.- Detección de problemas en el anciano ---- Población mayor 64 años/ detección de problemas en anciano ----- + 30

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. actividad.- 1.- Inicio --- abril 2014 --- finalización -- mayo 2014

actividad.- 2.- Inicio --- mayo 2014 --- finalización -- mayo 2014

actividad.- 3.- Inicio --- Junio 2014 --- finalización -- Julio 2014

actividad.- 4.- Inicio --- septiembre 2014 --- finalización -- septiembre 2014

actividad.- 5.- Inicio --- octubre 2014 --- finalización -- marzo 2015.

actividad.- 6.- Inicio --- abril 2015 --- finalización -- abril 2015

actividad.- 7.- Inicio --- mayo 2015 --- finalización -- mayo 2015

actividad.- 8.- Inicio --- junio 2015 --- finalización -- febrero 2016

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

052

**CONSULTA PRIMER DÍA PERSONA MAYOR 64 AÑOS**

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

051

**ASISTENCIA AL PACIENTE E.P.O.C.**

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO FLORDELIS MARCO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· LOMBAR GIMENO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· LABARA MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente E.P.O.C., es un paciente de especial complejidad, tanto por su diagnóstico como por su control y seguimiento correcto y las vertientes que acompañan su tratamiento
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Priorizar la implementación del servicio E.P.O.C en nuestro E.A.P. Con unos requisitos de calidad estandarizados de cumplimentación.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Conocer nuestra situación actual  
Responsable: J.L.Grima / I.Cavero
2. Recordar en sesión de E.A.P. el servicio  
Responsable:F. Flordelis / Luz Pedruzo
- 3.- Presentar Los criterios de calidad de seguimiento y control de los pacientes incluidos en el servicio  
Responsable:F.Flordelis
- 4.- Establecer estrategias de implementación de cobertura del servicio  
Responsable:F.Flordelis / José L. Grima
- 5.- Implementar el servicio en un cupo  
Responsable: F.Flordelis / Luz Pedruzo
- 6.- Exponer al E.A.P. Los resultados de cobertura Obtenidos en el E.A.P. y de la calidad En el cupo de pilotaje.  
Responsable: Luz Pedruzo/ F. Flordelis
- 7.-Implementarlo en todo el E.A.P.  
Responsable: J.L.Grima/ I.Cavero
- 8.- Evaluación y exposición de resultados  
Responsable: F.Flordelis/ José Luis Grima
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cobertura del servicio E.P.O.C ---- Indicador de cartera de servicios -- +30%
- Criterios de calidad ---- Pacientes en servicio / pacientes con criterios de clasificación --- >50
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1.- Inicio: Marzo 2014 ---- Finalización: abril 2014
- Actividad 2.- Inicio : abril 2014 y fin
- Actividad 3.- Inicio: mayo 2014 y fin.
- Actividad 4.- Inicio.: mayo 2014 -- finalizacion junio 2014.
- Actividad 5.- Inicio : Junio 2014 -- enreo 2015.
- Actividad 6.- Inicio: febrero 2015 y fin
- Actividad 7.- marzo 2015 -- Octubre 2015.
- Actividad 8.- enero 2016 y fin
11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos
- POBLACIÓN DIANA  
·EDAD. Todas las edades

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

051

**ASISTENCIA AL PACIENTE E.P.O.C.**

- 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. ....                       | 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

030

## 1. TÍTULO

**GESTION DE PROBLEMAS ASISTENCIALES Y DE COORDINACION DE PROFESIONALES EN UN CENTRO DE SALUD**

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GRIMA MOLINER  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PULIDO HERRERA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· GASCON VAL MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La actividad diaria de un centro de salud, conlleva una serie de dificultades, asociadas a la propia dinámica de trabajo, a la interrelación de las funciones de los diferentes profesionales, a la implementación de nuevas actividades y funciones, así como debidas al cambio de las necesidades de la población asignada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar estas situaciones e intentar solucionarlas o adaptarse a las nuevas situaciones, mediante el establecimiento de nuevos procesos que faciliten la actividad diaria, una mejor relación entre los miembros del centro de salud, o bien establecer o modificar procedimientos diagnósticos o terapéuticos que faciliten la asistencia a la población asignada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Determinar los componentes del consejo de gestión del centro de salud  
responsables: J.L. Grima / Carmen Pulido

2.-Establecer reglamento y objetivos de funcionamiento.  
Responsables: J.L. Grima / Carmen Pulido / Maria Isabel Gascón

3.- Detección y presentación de problemas detectados o procesos pendientes de establecer, según reglamento.  
Responsables:J.L. Grima / Carmen Pulido / Maria Isabel Gascón

4.-Establecer sistemática de trabajo, para solucionar los problemas detectados  
Responsables:J.L. Grima / Carmen Pulido / Maria Isabel Gascón

5.- Presentar al consejo de gestión la propuesta de mejora para su aprobación  
Responsables:J.L. Grima / Carmen Pulido / Maria Isabel Gascón

6.- Presentación para su aprobación al E.A.P.  
Responsables:J.L. Grima / Carmen Pulido / Maria Isabel Gascón

8.- Evaluar las actividades y procesos propuestos  
Responsables:J.L. Grima / Carmen Pulido / Maria Isabel Gascón

7.- Agrupar los procesos aprobados, formando un manual de procedimientos  
Responsables:J.L. Grima / Carmen Pulido / Maria Isabel Gascón

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Calendario de reuniones del consejo . mínimo 6 el primer año  
2) Actas de reunión del E.AP. Mínimo 6 el primer año  
3) Manual de procedimientos. Mínimo 4 procesos el primer año  
4) Reevaluación procedimientos establecidos para valorar su pertinencia o modificaciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. actividad 1. enero 2014 ----- febrero 2014  
actividad 2. febrero 2014 --- Marzo 2014.  
actividad 3. abril 2014 ---- enero 2015.  
actividad 4. abril 2014 --- enero 2015  
actividad 5. junio 2014 -- febrero 2015. ( conforme se vayan realizando )  
actividad 6. Julio 2014 --- febrero 2015. ( conforme se vayan realizando )  
actividad 7. enero 2015 -- marzo 2015  
actividad 8. marzo 2015

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

030

GESTION DE PROBLEMAS ASISTENCIALES Y DE COORDINACION DE PROFESIONALES EN UN CENTRO DE SALUD

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

048

**CONSULTA DE ADULTO DE PRIMER DÍA**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL LABARA SANJUAN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· VILLARROYA VILLAGRASA SALVADOR. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la implementación de las actividades preventivas en nuestra Zona Básica de Salud, sobre población sin patología crónica
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar factores de riesgo en la población adscrita al centro de salud. Para plantearnos posteriormente estrategias de mejora asistencial
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Establece grupo de trabajo y responsable  
Responsable: José L. Grima  
2.-Valorar la situación actual  
Responsable:Miguel A. Labara
- 3.-Definir estrategias de actuación  
Responsable: J.L. Grima /Miguel A. Labara/Luz Pedruzo
- 4.-Establecer proceso y establecer estrategias  
Responsable: Luz Pedruzo /Miguel A. Labara
- 5.-Implementar en uno o mas cupos.  
Responsable: Miguel A. Labara /Luz pedruzo
- 6.-Monitorizar las actividades desarrolladas en los cupos anteriores, detectar problemas y proponer estrategias de mejora.  
Responsable: J.L. Grima / Luz Pedruzo./Miguel A. Labara
- 7.-Presentar al resto del E.A.P.  
Responsable: Miguel A. Labara / Luz Pedruzo
- 8.-Implementar en el E.A.P. Y establecer fecha de Monitoreo  
Responsable: J.L. Grima / Miguel A. Labara /Luz Pedruzo
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cobertura de riesgo cardiovascular: 15 % superior al actual.  
Registro del calendario vacunal correcto: 15% superior al actual  
Registro de Sangrado postmenopausico: 15% superior al actual
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1 . - Inicio-- enero 2014 ---- finalización enero 2014.  
Actividad 2.- Inicio -- febrero 2014 ----- Marzo 2014.  
Actividad 3.- Inicio-- Marzo 2014 ---- Mayo 2014  
Actividad 4.- Inicio -- mayo 2014 ---- junio 2014.  
Actividad 5.- Inicio -- septiembre 2014 -- enero 2015.  
Actividad 6.- Inicio -- enero 2015 -- febrero 2015.  
Actividad 7.- Inicio --- febrero 2015.  
Actividad 8.- Iniiico --- marzo 2015 -- octubre 2015.
11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz
- POBLACIÓN DIANA  
·EDAD. Adultos  
·SEXO. Ambos sexos  
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

048

CONSULTA DE ADULTO DE PRIMER DÍA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Actividades preventivas sobre población sana

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



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

092

**PROCESO DE APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN CONSULTA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LOMBAR GIMENO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BELLO GIL ARACELI. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· REMON SUESCUN LUCIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA  
· CAVERO PEREZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El desarrollo de actividades preventivas, es una de las actividades mas importante en las actividades de un equipo de atención primaria. Por lo que independientemente de diferentes circunstancias y variaciones, se deben de priorizar dentro de las actividades del E.A.P.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer un sistema de formación para los diferentes profesionales que se incorporen al centro de salud independientemente de su origen  
Mantener a los miembros del E.A.P. estimulados en su realización  
Mejorar los indicadores de actividades preventivas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Establecer grupo de responsables de la actividad  
Responsable: Maria José Lombar / Araceli Bello

2.- Determinar Objetivos y actividades  
Responsable: Maria José Lombar / J. L. Grima

3.- Desarrollo de calendario de realización  
Responsable: Araceli Bello / Inmaculada cavero / Lucia Remon

4.-Iniciar proceso en actividad diaria en una consulta enfermería y medicina.  
Responsable: J.L. Grima / I. Cavero

5.- Monitorizar actividad y presentar a resto E.A.P.  
Responsable: J,L, Grima / I. Cavero

6.- Desarrollo En resto del E.A.P.  
Responsable: Araceli Bello

7.- Monitorización  
Responsable: Maria José Lombar

8.- Establecer manual de procedimientos, para nuevas incorporaciones al C.S.  
Responsable: Maria José Lombar / J.L. Grima

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Calendario de actividades ---- Programación de actividades a desarrollar.

RCV en cupos seleccionados ---- Indicador de cartera2015 - indicador 2014 ----- >15%

Manual de procedimientos ---- Manual a disposición de profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1.- Inicio --- mayo 2014 ----- finalización --- junio 2014.

Actividad 2.- Iniiico --- junio 2014 ----- finalización --- junio 2014.

Actividad 3.- Inicio --- septiembre 2014 ---- finalización --- febrero 2015.

Actividad 4.- Iniiico --- diciembre 2014 ---- finalización --- mayo 2015.

Actividad 5.- Inicio --- junio 2015 ---- finalización --- junio 2015.

Actividad 6.- Inicio --- septiembre 2015 ---- finalización --- marzo 2016 .

Actividad 7.- Inicio --- marzo 2016 ---- finalización --- marzo 2016.

Actividad 8.- Iniiico --- Octubre 2015 ---- finalización --- marzo 2016

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

POBLACIÓN DIANA

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

092

**PROCESO DE APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN CONSULTA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD**

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

012

**CONTROL TEMPERATURA NEVERAS VACUNAS**

2. RESPONSABLE ..... GEMA ZUECO OLIVAN

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- 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
- MARTINEZ RUIZ VICTORIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
- FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
- AREVALO AMATRIAIN INMACULADA. EAC. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Control de las neveras de vacunas diario. sistemática ontrol de la temperatura de las neveras de vacunas. Dado la importancia y la repercusión económica que puede tener un fallo en el suministro eléctrico o un avería en las neveras se va a trabajar en la mejora de la deficiencia detectada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Control diario de la temperatura de las neveras de vacunas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a crear una alerta en la agenda de atención continuada que sirva como recordatorio a los profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de lecturas realizadas durante el mes X/Número de días del mes X  
Número de meses con registro diario/nº de meses en los que se desarrolla el proyecto de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Abril 2014  
Finalización: Diciembre 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. 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 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

037

## 1. TÍTULO

**REVISION DEL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO EN EL C.S. UNIVERSITAS**

## 2. RESPONSABLE ..... PILAR AZNAR TEJERO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS UNIVERSITAS
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LIZANDRA FRON PEDRO. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA MATEO DOLORES. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- TEMPORAL VISUS ANTONIO. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- PAMPLONA VILLARROYA PILAR. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ CORTES TERESA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA AREA III
- SERRANO PERIS DIANA. TECNICO DE SALUD. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la evaluación de la Cartera de Servicios de 2013 se detecta que los indicadores de cobertura del servicio es inferior a la registrada para el sector: 2,22% en el C.Salud frente a 3,41% del Sector.

La mejora de la atención sanitaria y farmacéutica en los ancianos polimedidados es una de las líneas estratégicas de actuación en el Servicio Aragonés de Salud.

Aunque la administración simultánea y crónica de diferentes medicamentos puede estar clínicamente justificada, es cierto que cuanto mayor es el número de medicamentos que recibe el paciente, mayor es el riesgo de que aparezcan diversos problemas relacionados con el uso de los mismos (disminución de la adherencia, reacciones adversas, interacciones, etcétera).

Por ello, es fundamental la puesta en marcha de actuaciones orientadas a la mejora de la calidad de la terapia farmacológica, en las que es deseable la participación coordinada de todos los profesionales sanitarios implicados en los cuidados de estos pacientes.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incrementar en al menos un 50% la cobertura del Servicio, mejorando la calidad y seguridad de las prescripciones en los pacientes revisados y disminuyendo el riesgo derivado de la polifarmacia.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Analizar datos de cobertura del servicio por CIA.

2. Organizar una sesión de actualización del programa del paciente anciano polimedidado y la sistemática de registro en OMI.

3. Revisión del sistema de recepción de listados por CIA.

4. Aportar listados en formato papel tanto para médicos como para ATS.

5. Solicitar a Farmacia con copia a Dirección una actualización de los pacientes revisados a los 3 y 6 meses del inicio del proyecto.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº de profesionales implicados .

Según acta de reuniones del equipo .

## 2. Paciente anciano polimedidado revisado.

Corte a los 2 y meses proporcionado por Dirección.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio :Abril 2014 .

Finalización : final Diciembre de 2014.

Actividad 1 . Segunda semana de Abril  
" 2 Ultima semana de Abril.  
" 3 y 4 Primera semana de Mayo.  
" 5 Finales de Julio y Octubre.

## 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. Polimedidados

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Polimedidado

OTRA PALABRA CLAVE 2. Anciano

## 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

037

**REVISION DEL PACIENTE ANCIANO POLMEDICADO EN EL C.S. UNIVERSITAS**

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

041

**MEJORA DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A ATENCION ESPECIALIZADA.**

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LIZANDRA FRON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AZNAR TEJERO PILAR. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- CAÑADA MILLAN JOSE LUIS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
- GALINDO CHICO MIGUEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la revisión de la Cartera de Servicios de 2014 se ha detectado una tasa mayor de derivación en el C. salud respecto al Sector.

Pensamos que índices de derivación óptimos, disminuyen el gasto tanto en términos de salud como económicos. Por otra parte debemos fomentar la capacidad resolutoria de los médicos de Atención Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir la tasa de derivación a Atención Especializada de un 41.03 actual a un 38.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Analizar la situación actual : Derivaciones por especialidades y CIA.

2. Seleccionar los 5 Servicios con mayores tasas de derivación y /o con los que haya abiertos relaciones entre A. Primaria y Especializada.

3. Estudiar causas de derivación y posibles acciones a desarrollar para incrementar la capacidad resolutoria de los profesionales. Cuantificar interconsultas inducidas desde otros Servicios de Especializada.

4. Realizar sesiones conjuntas A. Primaria y Especializada para establecer criterios de derivación.

5. Solicitar corte de datos a los 6 meses de la implantación del programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasas de derivación de las diferentes especialidades elegidas.

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

Las actividades 1 y 2 durante el mes Abril y primera quincena de Mayo.

Las actividades 3 y 4 en la segunda quincena de Mayo y primera de Junio.

El corte de datos se solicitaría a mediados de Diciembre.

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. Interconsulta

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 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

009

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**

2. RESPONSABLE ..... ESTHER ANDRES MARTINEZ-LOSA

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... CS UTEBO
- Localidad ..... UTEBO
- Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ GOMEZ HELEN JOAN. MIR. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
- IBAÑEZ ESTELLA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Implantación de un servicio de C. Menor ambulatoria en un CS rural, con el objetivo de valorar pequeñas lesiones y realizar tratamiento con el objetivo de reducir las listas de espera en determinadas especialidades hospitalarias, como por ejemplo Dermatología o Cirugía General. Evitamos por otro lado las largas listas de espera y los desplazamientos de un medio rural, que no siempre son posibles para los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera que exista una reducción en las listas de espera de las especialidades anteriormente mencionadas tratando, en la medida de lo posible, aquellas lesiones que no sugieran complicación o enfermedad grave.

Enviamos muestras a anatomía patológica para valoración en caso de duda o lesiones de gran tamaño.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizamos una sesión informativa con una charla y un power point con las patologías vanales que podemos tratar en nuestra consulta. para todos los médicos y enfermeras del centro, debido a que muchas veces los pacientes comentan estos problemas, tanto estéticos como no, a la enfermera en una visita casual.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Patología vanal y patología grave que precisa derivación posterior a Especialista hospitalario.  
Tiempo de espera para la consulta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se inició en Enero de 2014 y tiene una duración prevista hasta Abril de 2015.

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

287

## 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 C. S. UTEBO**

## 2. RESPONSABLE ..... PILAR GRAJERA SANCHEZ

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- 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
- REYES CANDAU MARIN. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
- OREA RAMON BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hace dos años los ficheros de pacientes que utilizaban tiras reactivas para la medición de glucemia capilar, no estaban informatizados. Las tiras eran entregadas a demanda por Auxiliares de Clínica. Se detectó un consumo no adecuado, se pasaron todos los datos a OMI y desde entonces las tiras son entregadas por cada enfermero. Se observó lo siguiente:

1. Desconocimiento de las necesidades reales de tiras de medición de glucemia en nuestro centro. 2. Frecuencia de autoanálisis no adecuada al tratamiento antiabético farmacológico 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. Se puso en marcha en 2013 un programa de mejora. El 30/04/2013 se realizó una reunión de equipo en la que se informó de la puesta en marcha del proyecto de mejora de la calidad. Se unificaron criterios respecto a la necesidad de autocontrol diabético en función del tratamiento farmacológico prescrito. Se especificó que a los diabéticos en tratamiento exclusivo con ADOS hipoglucemiantes, no se les haría entrega de tiras reactivas, salvo situaciones individuales que según criterio médico y de enfermería así lo requirieran. Se ha realizado seguimiento del proyecto por enfermería el 11/06/2013, 22/10/2013 y el 14/01/2014. El 12/11/2013, se realizó una sesión de enfermería de actualización de tratamientos farmacológicos en Diabetes. En Marzo de 2014, se ha realizado una revisión de una muestra de historias clínicas de OMI, correspondientes al 29,3% (240) del total de pacientes diabéticos de Utebo (820) para el análisis de los datos.

Resultados obtenidos:

Indicador 1. Porcentaje de pacientes diabéticos con adecuación de autoanálisis y consumo de tiras reactivas. Se utilizaron los dos protocolos enviados por dirección de enfermería y se consideró que el consumo cumplía el protocolo, cuando las tiras reales consumidas estaban dentro del un +/- 20%. Cumplen el protocolo el 50% de los pacientes analizados. De los que no lo cumplen, se observa que el 36%, se queda por debajo de lo que marca el protocolo y el 14% por encima. Hay un bajo cumplimiento del protocolo de pacientes con ADOS hipoglucemiantes, porque se quedó en la reunión de equipo no entregar tiras reactivas, salvo situaciones individuales que según criterio médico y de enfermería así lo requirieran.

Indicador 2: N° de pacientes que poseían glucómetro y que no lo precisaban en función de su tratamiento y objetivos de control. 84% del total de pacientes de la muestra que siguen tratamiento con ADOS no hipoglucemiantes (126) no poseen glucómetro. Hay que destacar que desde 2012, se han dejado de proporcionar tiras reactivas a 18 pacientes que no lo precisaban de esta muestra.

Indicador 3: Porcentaje de variación acumulado anual de consumo y gasto de tiras reactivas. (datos proporcionados por el departamento de calidad del sector III).

	Nº TIRAS	EUROS
2011	177.900	48.169
2012	121.200 (-32%)	31.536 (-35%)
2013	160.600 (33%)	39.369 (25%)

Extrapolando los datos a la población estimada de diabéticos de Utebo 820, Durante 2013, se ha consumido un 66% de lo que nos correspondería según número y características de nuestro pacientes diabéticos y por lo tanto un 34% menos de lo establecido según protocolo.

Indicador 4: Durante el periodo de estudio de Febrero de 2013 a Febrero de 2014, no se ha cumplido con el stock de tiras reactivas de glucemia capilar.

Hemos sido capaces de conocer una estimación de las necesidades reales en cuanto tiras de medición de glucemia en nuestro centro.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Hemos avanzado en la consecución del objetivo desde que nos lo planteamos en 2012, pero queda mucho por mejorar.

Se sigue detectando una falta de formación respecto al tratamiento farmacológico de la diabetes.

Hay que mejorar el registro de entrega de tiras en el protocolo de OMI.

Hay que llegar a revisar el 100% de las historias de diabéticos.

Hay que unificar el consenso de entrega de tiras reactivas en todos los profesionales del equipo.

Hay que regular el circuito de entrega de tiras desde el almacén de Utebo hasta las consultas de enfermería.

Durante la revisión de los protocolos de entrega de tiras, se ha observado que el número de agujas para inyección de insulina registrado en el protocolo nos parece bajo.

Al revisar los tratamientos farmacológicos se ha detectado que no todos los pacientes insulino dependientes,



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

287

**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 C. S. UTEBO**

tienen una prescripción de glucagón.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar reunión de equipo para informar de los resultados obtenidos hasta el momento y unificar criterios respecto al consejo de recomendación de tiras reactivas.  
2. Realizar formación específica sobre actualización de tratamientos en diabetes para medicina y enfermería.  
3. Que todo enfermero disponga del protocolo específico de entrega de tiras reactivas  
4. Registrar siempre en el protocolo específico de OMI, las tiras reactivas entregadas.  
5. Revisar tratamientos farmacológicos, para valorar la adecuación del consumo de tiras reactivas, agujas de dispositivos inyectables de tratamientos antidiabéticos, y presencia de la prescripción de glucagón en aquellos pacientes insulindependientes.  
6. Establecer un sistema de registro en el almacén con la colaboración de las auxiliares de enfermería, para conocer las tiras reactivas y agujas que se disponen en las consultas del centro.

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

2. N° 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 gasto de tiras reactivas.

4. Conocer el n° de pacientes nuevos diagnosticados de diabetes en 2012, 2013 y 2014.

5. Creación de un sistema de registro en el almacén, de tiras reactivas y agujas de dispositivos de inyección de tratamientos antidiabéticos.

6. Sesiones de formación en actualización de tratamientos antidiabéticos realizadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión de equipo para informar de los resultados y unificar criterios Abril 2014.

Sesiones de formación enfermería Mayo 2014, y en medicina a determinar.

Reuniones de enfermería seguimiento Junio, Noviembre 2014, Enero 2015

Análisis de los datos Final de Febrero 2015.

11. OBSERVACIONES. Por los datos expuestos, creemos que tenemos que seguir trabajando en esta línea de mejora. En el proyecto realizado hasta la fecha, se excluyeron los tres cupos de pediatría. Se valorará incluirlos en el presente. 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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. EFICIENCIA TIRAS REACTIVAS GLUCEMIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. ACTUALIZACIÓN TRATAMIENTO DIABETES

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

297

## 1. TÍTULO

**MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL TARRAGUEL NAVARRO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRAJERA SANCHEZ PILAR. 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
- WERNER CAPARROS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
- CANDAU MARIN REYES. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha detectado la presencia de pacientes hipertensos en los que no consta la realización de un Electrocardiograma en su plan personal. Revisando las historias, se observa que aunque si consta la realización de un electrocardiograma en el protocolo de actividades de enfermería, el resultado del mismo se suele anotar en texto libre y no se utiliza el protocolo correspondiente de ECG, por lo que los datos no quedan grabados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la cobertura de pacientes hipertensos del centro de salud de Utebo en los que consta que se ha realizado un ECG en los últimos cinco años

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar reunión de equipo informando del proyecto, recordando la forma correcta de anotar el resultado del Electrocardiograma en el protocolo correspondiente de OMI.

2. Revisar las historias clínicas de los pacientes hipertensos que acudan a consulta y realizar un Electrocardiograma a aquellos casos en los que no conste su realización, anotando los resultados en el protocolo OMI correspondiente.

3. Conocer la cobertura actual de dicho registro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes Hipertensos de Utebo en los que consta que se ha realizado un Electrocardiograma en los últimos cinco años.

Realización de dos reuniones de equipo para seguimiento del proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del Proyecto de Mayo 2014 a Febrero 2015

1ª Reunión de equipo para informar del proyecto en Mayo 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

**MEJORA DE REGISTRO Y ACCESIBILIDAD EN CIRUGIA MENOR EN EAP. CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO. SECTOR ZARAGOZA 3**

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.  
· VILAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA  
· RUIZ FELIPE MARIA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA  
· BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA  
· GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se pretende favorecer y aumentar la accesibilidad de los usuarios del CS. mediante la mejora de los medios técnicos y formación de personal del EAPs. en la atención de procesos susceptibles de ser incluidos en la atención de Cirugía Menor en un EAPs básico.

Para lo cual:

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.Ps. el mejor registro y accesibilidad al programa de atención a demanda y programada de este tipo de cirugía, en atención primaria de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El año 2012 se obtuvo un 26.2% de objetivo de Cartera de Servicios en Cirugía Menor. Interesa trabajar este Servicio en el año 2013/14.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la el grado de satisfacción de los pacientes incluidos en esta actividad asistencial del EAPs.

Aumentar la cobertura al 45% en 2014 mediante evaluación de OMI.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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 quirófano de urgencias, en la sala de curas y en las consultas .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° casos/N° casos esperados O.M.I.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo Marzo/Abril 2013, evaluación Mayo 2015.  
Se realizará seguimiento de la actividad a través de cortes de cartera de OMI.

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

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

050

**NUEVOS RETOS DE LA ENFERMERIA EN A.P. HACIA UN FUTURO/PRESENTE EN LAS NUEVAS ACCIONES DE LA ENFERMERA EN SU LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA EN LOS EAPS. ATENCION A DEMANDA EN PROCESOS AGUDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA**

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- 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. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ GALLEGU TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- SERRANO CUBERO MIGUEL. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

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.

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.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha establecido comunicación e información con:

Dirección de Enfermería del Sector Zaragoza III.  
EAPS. de CS. Valdefierro, mediante sesiones clínicas.  
Consejo de salud de Zona de salud Valdefierro.

Hasta el momento existe buena predisposición por los citados.

Se desarrollara el proyecto como ya se describió en el año pasado dentro de un calendario trienal.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos:

Mejorar la accesibilidad de los pacientes en los CS en los proceso agudos a demanda.

Aumentar el grado satisfacción de los pacientes, en este tipo de procesos.

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.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

050

## 1. TÍTULO

**NUEVOS RETOS DE LA ENFERMERIA EN A.P. HACIA UN FUTURO/PRESENTE EN LAS NUEVAS ACCIONES DE LA ENFERMERA EN SU LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA EN LOS EAPS. ATENCION A DEMANDA EN PROCESOS AGUDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA**

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.
- 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. Indicadores:

Pacientes atendidos a demanda en procesos agudos por enfermería/ pacientes atendidos a demanda totales.

Encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio:Marzo 2013

Desarrollo del mismo y comunicación con diferentes colectivos para la puesta en marcha e implementación del proyecto, segun las dificultades que se presenten año 2014.

Finalización o implementación año 2015.

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

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. 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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 050

1. TÍTULO

NUEVOS RETOS DE LA ENFERMERIA EN A.P. HACIA UN FUTURO/PRESENTE EN LAS NUEVAS ACCIONES DE LA ENFERMERA EN SU LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA EN LOS EAPS. ATENCION A DEMANDA EN PROCESOS AGUDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

414

**PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR DUPLICIDAD ENTRE FORMAS INTRAVENOSAS Y ORALES DE BIFOSFONATOS**

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.

- LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA
- GIMENO GRACIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA
- ARENERE MENDOZA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. FARMACIA
- SANCHEZ BERRIEL MARIA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ácido zoledrónico esta indicado como tratamiento de osteoporosis en pacientes de alto riesgo de fracturas. Se administra una vez al año por vía endovenosa en hospital de día, al tratarse de un medicamento de uso hospitalario.

El inicio de este tratamiento siempre viene indicado por un profesional de atención Especializada. El paciente recibe un informe en el que se comunica al médico de familia que el paciente ha sido tratado con este medicamento. En estos casos el médico de familia debería suspender el tratamiento de la osteoporosis que llevaba el paciente o no iniciar nuevos tratamientos con bifosfonatos. Además tiene que mantener el suplemento de calcio y vitamina D concomitantemente a la administración de ácido zoledrónico anual

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estudios en otras Comunidades Autónomas muestran duplicidad en la administración de formas orales o intravenosas de bifosfonatos en un 8-10% de los pacientes

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocer la duplicidad de estos tratamientos en nuestro sector  
-Si se detectan duplicidades, disminuir su porcentaje  
-Establecer medidas que disminuyan o eviten esta duplicidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -El Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario obtendrá un listado de los pacientes en tratamiento con ácido zoledrónico del último año que remitirá al Servicio de Farmacia de Atención Primaria (AP) del Sector Zaragoza III.  
-De forma prospectiva el Servicio de Farmacia Hospitalaria localizará los pacientes en tratamiento con ácido zoledrónico en los 30 días previos durante el año 2014  
-El farmacéutico revisará en la base de datos de receta electrónica si estos pacientes han sido tratados en este periodo de tiempo con bifosfonatos orales  
-En caso de duplicidad se pondrá en contacto con el médico de Atención Primaria para suspender el tratamiento con la forma oral de bifosfonatos  
-En caso de que se hayan observado duplicidades, se establecerá un circuito para mejorar la comunicación entre los dos niveles

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de duplicidades: N° de pacientes con bifosfonato oral y endovenoso \*100/ n° pacientes en tratamiento con la forma endovenosa

- Duración medio del tiempo de la duplicidad

- % de pacientes en tratamiento con zoledrónico a los que se administra concomitantemente suplementos de calcio

Se obtienen los datos de receta electrónica

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

Fecha fin: Diciembre 2014

Actividades:

Farmacia del Hospital obtiene y remite a farmacia de AP el listado de pacientes en tratamiento los últimos 12 meses: (abril 2014 ) y el listado prospectivo del año 2014 (de mayo a diciembre 2014)

Farmacia de AP revisa los pacientes en tratamiento los últimos 12 meses en receta electrónica (Mayo 2014) y los pacientes del listado prospectivo (mayo a diciembre 2014)

En caso de duplicidades, Farmacia de AP se pone en contacto con médico de AP (mayo-Diciembre 2014)

Se establece si fuera necesario un nuevo circuito de comunicación entre los dos niveles (diciembre 2014) prospectivo

Farmacia de AP se pone en contacto con médico de AP

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 en tratamiento con ácido zoledrónico

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

414

**PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR DUPLICIDAD ENTRE FORMAS INTRAVENOSAS Y ORALES DE BIFOSFONATOS**

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

152

**ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE Y/O SU FAMILIA DE LO QUE DEBEN APORTAR EN EL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR**

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA FERRER ESTEBAN  
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL  
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- SANCHEZ VELILLA ROSA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- BIELSA ARANDA PILAR. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- DEL RIO JIMENEZ JULIA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- EREZA ABEJER YOLANDA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- GONZALVO CORTES CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- BELIO SEBASTIAN OLMOS. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que ingresan en las Unidades de Psicogeriatría del CRP son personas en edad geriátrica, que además presentan un Trastorno Mental Grave. Generalmente son pacientes con años de evolución de la enfermedad, y que han estado al cuidado de sus familias. El paciente con TMG recibe a lo largo de la enfermedad muy diversas intervenciones y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Además las personas en edad geriátrica con mucha frecuencia presentan múltiples patologías concomitantes y tratamientos para las mismas. Es una población en general usuaria de los Servicios Sociales, con distintas prestaciones, necesidades y limitaciones, en muchos casos ya reconocidas y atendidas en dichos servicios. Por todo ello, en el momento del ingreso es importante conocer y tener actualizados tanto la situación clínica como social del paciente, aportando toda la documentación que informe sobre ello. Además es importante la adaptación de los pacientes a su nuevo medio en las Unidades, para lo que es bueno que desde el primer momento dispongan de sus pertenencias, y estas sean las adecuadas al dispositivo y las necesidades que se prevé el paciente pueda tener. El que el paciente y su familia sean conocedores de antemano de que documentación y pertenencias necesarias en el momento del ingreso, facilita el proceso.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es elaborar un documento que recoja lo que el paciente debe aportar en el momento del ingreso, referente a documentación y pertenencias necesarias. Este documento se facilitará al paciente y/o su familia en la visita domiciliaria que se realiza previa al ingreso, pudiendo aclarar en ese momento las dudas que surjan.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la elaboración de la guía se realizarán una valoración de la documentación necesaria al ingreso por parte del Psiquiatra, Médico de Familia y Trabajador Social del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a los tratamientos que sigue el paciente. El equipo de enfermería junto con los enfermeros valorarán las pertenencias que se consideren necesarias para la estancia en la Unidad. Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y pertencencias a aportar en el momento del ingreso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Elaboración de la guía.  
2) Porcentaje de pacientes que ingresen en las Unidades a los que previamente se les haya facilitado dicha guía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El programa durará un año. Comenzará a elaborarse próximamente y tendrá una duración de seis meses hasta la elaboración de la guía informativa. Posteriormente se continuará con la implantación de la misma en los ingresos que se produzcan.

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES QUE VAN A INGRESAR EN UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

**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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

152

ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE Y/O SU FAMILIA DE LO QUE DEBEN APORTAR EN EL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

- 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

142

**REVISION Y ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA E HISTORIA SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE LLEVAN MAS DE 10 AÑOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR**

2. RESPONSABLE ..... EUGENIA GONZALEZ GOIZUETA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRER ESTEBAN VICTORIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- SANCHEZ VELILLA ROSA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDADES DE PSICOGERIATRIA
- MARTIN GRACIA ANDRES. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR.
- LANZAN SANCHO MARIA TERESA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los pacientes largamente institucionalizados, y ya por tanto muy conocidos en dichas instituciones, existe el riesgo de no ir recogiendo y actualizando la información en la historia clínica y social, o que dicha información esté a lo largo de largas historias poco prácticas a la hora de reevaluar o conocer a un paciente.

El poder disponer de una información actualizada, concisa, que aporte la información esencial de un paciente en cuanto a inicio, evolución y tratamientos empleados, a lo largo de una enfermedad crónica, en el contexto de ingresos que llevan a la institucionalización, permite reevaluar los casos con mayor facilidad y de forma más completa. Así mismo facilita las intervenciones de otros profesionales que no sean los que atiende habitualmente al paciente, como en los casos de urgencia o cambios en el equipo responsable de cada caso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos son la actualización de la historia clínica y social de los pacientes de las unidades de psicogeriatría del CRP Ntra. Sra. del Pilar que lleven más de 10 años ingresados en el Centro. Y la elaboración de un resumen completo y conciso con la información relevante de la historia de la enfermedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Revisión y actualización de las historias clínicas de los pacientes institucionalizados hace más de 10 años en las Unidades de Psicogeriatría del CRP Ntra. Sra. Del Pilar. La historia clínica por parte de psiquiatra responsable y médico de familia responsable. La historia social por parte de la trabajadora social responsable.

2) Elaboración de informe resumen de dicha información que facilite las intervenciones de otros profesionales. La elaboración se realizará de forma conjunta tras la puesta en común de la información por parte de los profesionales antes mencionados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Porcentaje de historias clínicas actualizadas de los pacientes institucionalizados en las Unidades de Psicogeriatría hace más de 10 años.

2) Porcentaje de informes resumen elaborados de los pacientes ingresados en las citadas Unidades hace más de 10 años.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión y actualización de la información a lo largo de un período de un año en aquellos pacientes institucionalizados de más de 10 años. Elaboración de un informe resumen de toda la información clínica y social relevante del caso en el mismo periodo de tiempo.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. MEJORA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

**PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL 6º PABELLON DEL CRP NTRA.SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA SANZ VALER
- Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
  - Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CANTIN CARMEN. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
  - MAICAS CORTES MONICA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según el documento de consenso del Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional la evaluación es un "proceso de obtención e interpretación de datos necesarios para la intervención, incluyendo la planificación y documentación del proceso de evaluación y resultados" (AOTA, 1995, p. 1072). La evaluación, por tanto, es una de las piezas clave en el proceso de terapia ocupacional desde el primer momento y a lo largo de todo el proceso de atención al usuario. Cuanto más completa y específica sea esta primer etapa del proceso de intervención, mejor podrá llevarse a cabo el proceso de intervención en sí mismo. La evaluación de Terapia Ocupacional consiste en una recogida y análisis de información que abarque todos los aspectos ocupacionales del individuo y de su entorno, su situación previa y actual, sus necesidades y sus expectativas. Concretamente, en psiquiatría, el propósito de la evaluación de Terapia Ocupacional es obtener información sobre las ocupaciones que lleva a cabo la persona, lo que necesita, lo que es capaz de hacer, lo que quiere hacer y conocer por qué no lo puede hacer

Para mejorar este proceso de evaluación y mediante la puesta en marcha de este proyecto, se pretende incluir en el protocolo de evaluación una herramienta estandarizada de Terapia Ocupacional denominada MEDLS (Milwaukee Evaluation of Daily Living Skills / Evaluación de las habilidades de la vida diaria de Milwaukee) de la autora Carol A. Leonardelli (MS, OTR).

Esta herramienta de evaluación permite establecer comportamientos basales para desarrollar objetivos de tratamiento relacionados con las habilidades de la vida cotidiana y medir los progresos a lo largo de la intervención. Por tanto, pretende proporcionar un criterio, una medida cuantificable para la funcionalidad reducida de pacientes psiquiátricos crónicos. Está diseñada para evaluar a adultos con problemas crónicos de salud mental que cumplan los siguientes criterios:

- ? Más de 18 años, al menos dos años de historia clínica
- ? Residentes de centros psiquiátricos (al menos 6 meses), centros de atención especializada, centros de reinserción y pisos compartidos o participantes en programas ambulatorios y de tratamiento diurno (al menos dos años).

La población atendida en el VI Pabellón cumple ambos criterios por lo que puede ser una herramienta de gran utilidad para esta evaluación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener una evaluación individualizada del nivel funcional de cada uno de los pacientes del VI Pabellón del CRP Nuestra Señora del Pilar.

Establecer objetivos terapéuticos individualizados relacionados con las necesidades detectadas mediante la pasación del MEDLS (Milwaukee Evaluation of Daily Living Skills / Evaluación de las habilidades de la vida diaria de Milwaukee)

Facilitar una información específica y válida al equipo de rehabilitación social que permita un mejor abordaje de los casos.

Establecer puntajes basales que permitan la reevaluación en el tiempo y la medida de los progresos a lo largo de la intervención.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se llevará a cabo un primer screening basado sobre la información de pacientes, familias, equipo interdisciplinar y la historia clínica para determinar los ítems a examinar. En esta primera actividad participará todo el equipo interdisciplinar y se llevará a cabo mediante las reuniones clínicas.

A continuación la Terapeuta Ocupacional del VI Pabellón llevará a cabo la evaluación de las actividades. Dichas actividades son desempeñadas, simuladas o descritas por el paciente. La evaluación mencionada proporciona instrucciones estándar y límite de tiempo para cada uno de los ítems. Además cada ítem se divide en una lista de habilidades que descompone la actividad en etapas componentes que conforman los criterios de calificación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización de primer screening de al menos dos pacientes a la semana.
- Realización de al menos dos evaluaciones individualizadas a la semana.
  - Establecer objetivos terapéuticos individualizados relacionados con las necesidades detectadas mediante la

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

**PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL 6º PABELLON DEL CRP NTRA.SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA**

pasación del MEDLS en el PIT semanal.

- Facilitar información específica y válida al equipo de rehabilitación social en el PIT semanal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración del proyecto es de aproximadamente unos seis meses para la evaluación inicial de todos los pacientes.

La fecha prevista de inicio es el 7 de Abril del 2014 y la fecha prevista es el 30 de Septiembre del 2014.

Siguiendo los plazos marcados en el apartado interior, se pretende realizar la evaluación de al menos 8 pacientes al mes.

Las reuniones del PIT en las que se compartirá la información con el resto del equipo se realizan de forma semanal.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

## POBLACIÓN DIANA

·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. ....	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

203

**MEJORA EN LA ACOGIDA DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION CON LA CREACION DE GUIA DE FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE HEMATOLOGIA POR TCAE**

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ABADIA ABIOL

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MOLINA QUILEZ MARIA TERESA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS
- ANDRES DIEZ MILAGROS. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS
- GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las TCAE que acuden a realizar la cobertura de la consulta de Hematología del HCU LOZANO BLESA por falta de la titular o de personal ya adiestrado en el funcionamiento de las consultas ,a menudo no conocen, ni la ubicacion , ni el funcionamiento de dicha consulta. Existen unas instrucciones antiguas que conviene actualizar y adaptar a los tiempos actuales tanto en el fondo como en la forma.

A la vista de las nuevas incorporaciones ,bien por traslados mas o menos inminentes como por periodos vacacionales proximos ,parece el momento oportuno para ello.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que las TCAE en el inicio de su contrato ó adjudicación de puesto de trabajo en la consulta de Hematología dispongan de la información necesaria para conseguir una autonomia en el desempeño de su quehacer diario .

Con ello agiliza su labor ,la de los médicos que pasan allí su actividad ambulatoria y sobre todo da seguridad a los pacientes quen esta especialidad en particularmente sensible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar la guia de funcionamiento con el equipo ya formado

- Informar a los responsables de la consulta de la elaboracion de dicha guia
- Revision por parte de personal ajeno a la consulta
- Puesta en marcha

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -% de profesionales que se entrega la guia 95%  
-% de profesionales formados en el manejo de la consulta 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero a Diciembre 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

095

**ELABORACION DE UN CALENDARIO NUTRICIONAL PARA CONSEJO HIGIENICO-DIETETICO EN LA PREVENCION DE LA RECIDIVA LITIASICA ESPECIFICA, EN CONSULTA DE UROLITIASIS DE LA UNIDAD DE LITOTRICIA**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN AMBROJ NAVARRO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - CAPAPE POBES VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - FERRUZ GIMENEZ MONTLER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - GONZALEZ VARGAS FRANCISCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - CASTILLO DOLORES. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - ROCHE ASENSIO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Si bien la patología litiásica se manifiesta de forma aguda por el cólico nefrítico, puede considerarse a esta entidad como una patología con tendencia a la cronicidad ya que, de manera general, un alto porcentaje de pacientes van a presentar recidiva litiásica en los años siguientes. En la mayoría de los casos no se objetiva causa única responsable de la formación litiásica en los estudio mineralo-metabólicos de primer nivel, existiendo otros en los que se intuye una clara asociación con sus hábitos dietéticos.

Dada la gran dificultad para valorar la posible concurrencia de los hábitos dietéticos de nuestros pacientes en la formación de las litiasis y sus recidivas, consideramos de alto interés elaborar un Calendario Nutricional, con la intención de conocer el tipo de alimentos que ingieren y sus proporciones, para poder diseñar un Consejo Nutricional personalizado a cada uno de ellos, teniendo en cuenta también la composición de sus cálculos. No obstante, existen una serie de consejos generales de los que se pueden beneficiar todos los pacientes litiásicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la incorporación de este Calendario Nutricional se espera conocer los hábitos alimenticios de cada uno de nuestros pacientes para disminuir la recidiva litiásica, el sometimiento a práctica de estudios y procedimientos no exentos de complicaciones y finalmente disminuir el gasto económico que dichas actividades suponen a nuestro Sistema Sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaboración de Tablas de Consejos Generales para la prevención de la recidiva litiásica.  
2.- Elaboración de Tablas Específicas según la composición del cálculo.  
3.- Incorporación de un Calendario Nutricional que se facilitará a nuestros pacientes de la Consulta de Urolitiasis de la Unidad de Litotricia y deberá ser cumplimentado por los mismos, durante un periodo no inferior a una semana.  
4.- En función del contenido del mismo se elaborará una tabla de Consejos Dietéticos Personalizados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Entrega de Consejos Generales higiénico-dietéticos en el 100% de los pacientes.  
- Entrega del Calendario Nutricional al 100% de los pacientes con recidiva litiásica.  
- Entrega de los Consejos higiénico-dietéticos personalizados al 100% de los pacientes que hayan aportado el Calendario Nutricional.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se estima incorporar este Calendario Nutricional y los Consejos derivados del mismo en nuestra Unidad, en un tiempo estimado de seis meses, con una duración de carácter indefinido.

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. .... 4 Mucho

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

061

**PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN RELACION CON LA DERIVACION DE PACIENTES CON PATOLOGIA MAMARIA DESDE ATENCION PRIMARIA A ATENCION ESPECIALIZADA (UNIDAD DE MAMA)**

2. RESPONSABLE ..... LUIS ARTIGAS URGEL

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GÜEMES SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
- SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. HEMOS OBSERVADO QUE ATENCIÓN PRIMARIA DERIVA MUCHOS PACIENTES CON PROBLEMÁTICA MAMARIA DE MANERA "PREFERENTE" A LA UNIDAD DE MAMA, SIN SER REALMENTE PREFERENTES , COLAPSANDO EL SERVICIO, PUES MUCHOS SON PROBLEMAS BENIGNOS QUE NO NECESITAN UN SEGUIMIENTO POR LA UNIDAD DE MAMA, SINO POR SU MÉDICO DE CABECERA.

TAMBIÉN SE DERIVAN PACIENTES SIN HABERLES HECHO NINGUNA PRUEBA BÁSICA DIAGNÓSTICA Y CUANDO LAS VEMOS POR PRIMERA VEZ EN UNIDAD DE MAMA LAS TENEMOS QUE SOLICITAR NOSOTROS Y SE DEMORA EL DIAGNÓSTICO O SE SATURAN LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO.

ADEMÁS EL PAPEL DE LA "SOLICITUD DE CONSULTA ESPECIALIZADA" SE VALORA POR ENFERMERÍA EN UNIDAD DE MAMA DEPENDIENDO DE LA DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO MÉDICO CLÍNICO, Y ÉSTE SUELE ESTAR VAGAMENTE DESCRITO COMO "MAMA MASA", " BULTOMA MAMA", "ACTIVIDADES PREVENTIVAS", "NODULO DOLOROSO" , ETC...

ATENCIÓN PRIMARIA DESCONOCE:

RIESGOS RELATIVOS CLINICO ANATOMOPATOLÓGICOS  
CRITERIOS RADIOLÓGICOS EN PATOLOGÍA MAMARIA.

QUE PUEDEN SOLICITARSE MAMOGRAFÍAS Y ECOGRAFÍAS MAMARIAS, VER EL RESULTADO POR LA INTRANET Y REALIZARSE UN SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

UNA MAYOR AUTONOMÍA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA.

DESCONGESTIONAR LAS CONSULTAS DE UNIDAD DE MAMA DE "PRIMER DÍA 2.1" SOLICITADAS COMO PREFERENTES.

RECIBIR A PACIENTES CON PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS YA REALIZADAS, AGILIZANDO EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

CONSEGUIR UN BUEN CRIBADO DE PACIENTES, EVITANDO LAS BENIGNIDADES PARA BENEFICIO DE LAS SOLICITUDES VERDADERAMENTE PREFERENTES O URGENTES, DISMINUYENDO LA DEMORA DE ATENCIÓN DE PRIMER DÍA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE HA REALIZADO UNA GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA CON INFORMACIÓN BÁSICA, PARA DISTRIBUIR POR LOS CENTROS DE SALUD.

SE PODRÍAN REALIZAR SESIONES CLÍNICAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, DE 1 HORA DE DURACIÓN, EXPLICANDO LA PROBLEMÁTICA Y SOLUCIONES Y DANDO UNAS PAUTAS SOBRE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA, BIRADS, RIESGOS RELATIVOS ANATOMOPATOLÓGICOS, CUÁNDO DEBEN DERIVAR AL PACIENTE A LA UNIDAD DE MAMA, SERVICIOS DE LA UNIDAD DE MAMA, CONTACTO DIRECTO, ACESIBILIDAD...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. SE COMPROBARÁN EL NÚMERO DE SOLICITUDES DE PRIMER DÍA PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LA DEMANDA "PREFERENTE".

SE REALIZARÁ UNA VALORACIÓN POR ENFERMERÍA DE LAS SOLICITUDES PREFERENTES Y SE RECLASIFICARÁN A "PREFERENTES, URGENTES Y NORMALES".

SE DA UNA CITA Y SE AVISA TELEFÓNICAMENTE A LA PACIENTE, INDICANDO FECHA, HORA Y LUGAR.

DESPUES DE HABER DADO LA PORMACIÓN A LOS CENTROS, SE REPETIRÁ EL PROCESO PARA VER LA DIFERENCIA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SE PODRÍA ENVIAR LA INFORMACIÓN A LOS CENTROS EN SEPTIEMBRE Y LAS SESIONES CLÍNICAS A LOS CENTROS QUE LO SOLICITEN LOS VIERNES DE 13 A 14H. EMPEZANDO EN SEPTIEMBRE Y FINALIZANDO EN DICIEMBRE.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CANCER

OTRA PALABRA CLAVE 2. MAMA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

061

**PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN RELACION CON LA DERIVACION DE PACIENTES CON PATOLOGIA MAMARIA DESDE ATENCION PRIMARIA A ATENCION ESPECIALIZADA (UNIDAD DE MAMA)**

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

225

**ELABORACION E INSTAURACION DE UN GESTOR DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE LITOTRICIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN LAS CONSULTAS DE UROLOGIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON**

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.  
· SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· CAPAPE POBES VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· FERRUZ GIMENEZ MONTLER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· GONZALEZ VARGAS FRANCISCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· CASTILLO ESTEBAN DOLORES. TCAE. 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, en la que se reciben por tanto, solicitudes de tratamiento desde todas las Consultas de Urología de nuestra Comunidad.

Gracias al Proyecto de Mejora del 2013 "Informes de Demora", hemos detectado que desde que el urólogo solicita en su consulta un tratamiento en los impresos diseñados a tal efecto, hasta que se recepciona en nuestra Unidad, existe una gran variabilidad en los intervalos de tiempo que transcurren, oscilando desde 0 hasta 25 días. Ello es debido a que dicha solicitud debe trasladarse desde la consulta hasta Administración del Centro a la espera de autorización por parte de responsable de dirección, desde allí a Administración de nuestro Centro y finalmente ser recibida por nuestra administrativa quien registra la entrada e inicia nuestro circuito interno. Todo ello supone una demora para la realización del tratamiento, que desde la percepción del urólogo solicitante y desde el propio paciente se achaca a nuestra Unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No Procede.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante la elaboración de un Gestor de Solicitud de tratamiento informático y su posterior difusión e instauración, esperamos que la recepción de dicha solicitud sea inmediata a su solicitud y pueda ser valorada el mismo día de su realización, eliminando la demora logística de la mencionada solicitud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Diseño y Elaboración de un archivo informático que contenga los campos necesarios para la realización de la Solicitud de Tratamiento (identificación de Centro, paciente, litiasis, etc...).  
2.- Identificación del número de solicitudes por Hospital o Centro para cálculo de la carga asistencial de dicha solicitud y qué carga supone cada uno, mediante el "Informe de Demoras por Hospital".  
3.- Diseño de estrategia de difusión y mecanismos para absorber la sobrecarga por coincidencias de los dos sistemas en el tiempo.  
4.- Difusión de su existencia y de dicha posibilidad entre todos los urólogos de nuestra Comunidad, de manera escalonada, según estrategia.  
5.- Instauración en dichos Centros como vía de solicitud prioritaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Recepción de al menos el 50% de las solicitudes por esta vía, tras los 6 meses siguientes a su difusión.  
- Recepción de al menos el 80% de las solicitudes por esta vía, tras los 12 meses siguientes a su difusión.  
- Tiempo de demora entre Fecha de Solicitud y Fecha de Entrada de cero en el 100% de las solicitudes recibidas por esta vía.  
- Tiempo de demora entre Fecha de Solicitud y Fecha de Preferencia de cero en el 80% de las solicitudes recibidas por esta vía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración del Gestor de Solicitud antes de Junio de 2014.  
- La carga asistencial por Hospitales la obtenemos ya de manera automática por medio del "Informe de Demoras por Hospital" y la estrategia se diseñará de acuerdo a estos resultados.  
- El inicio de difusión se realizará tras los meses estivales.  
- Se espera que dicho Gestor se encuentre plenamente operativo en nuestra Comunidad tras los 12 meses que se sucedan a su difusión.

La duración del programa una vez establecido, es de carácter indefinido.

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

POBLACIÓN DIANA  
· EDAD. Todas las edades

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

225

**ELABORACION E INSTAURACION DE UN GESTOR DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN LAS CONSULTAS DE UROLOGIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON**

- 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). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

075

**ELABORACION DE UNA UTILIDAD INFORMÁTICA PARA HACER UN SEGUIMIENTO DEL ESTADO DEL PROCESO DE LA PLANIFICACION DE LOS TRATAMIENTOS RADIOTERAPICOS EN NUESTRO SERVICIO**

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. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- MILLAN CEBRIAN ESTHER. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- GARCIA ROMERO ALEJANDRO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- CASTEJON ANDRES MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Valorar de una forma cuantitativa el tiempo de respuesta del servicio para cada una de las etapas de las planificaciones de tratamientos de radioterapia externa, desde que entra la petición hasta que se completa el proceso.

Permite hacer un estudio de la complejidad de las planificaciones, y obtener indicadores objetivos relacionados con la eficiencia del servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Localizar de forma sencilla en que situación se encuentra la planificación de cada tratamiento.

- Obtener indicadores objetivos a fin de evaluar la eficiencia del proceso de planificación en función del grado de complejidad de la enfermedad.
- Explotar los datos obtenidos para hacer un estudio estadístico de la actividad realizada.
- Encontrar posibles aspectos de mejora del proceso en función de los resultados.
- Encontrar e identificar "cuellos de botella" y analizar sus causas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño de una aplicación en plataforma "excel", registro temporal del inicio y fin de cada una de las etapas del proceso de planificación de tratamientos.

Responsable:

Administrativa: Introducir nº de historia de paciente y patología al recibir la petición correspondiente.

Resto de miembros del equipo: Registrar el momento en que finaliza cada una de las etapas del proceso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador nº 1: Nº de pacientes registrados

Indicador nº 2: Tiempo medio de cada una de las etapas, en función de la complejidad

Indicador nº 3: Desviación estándar del indicador nº 2.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Abril/14                      Fecha final: diciembre de 2014  
Cronograma:

Abril/ Mayo/14:diseño de la aplicación

Junio - Diciembre/14 Introduccion de datos y análisis y explotación de los mismos.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tratamiento radioterápico

OTRA PALABRA CLAVE 2. Planificación tratamiento radioterápico

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

096

## 1. TÍTULO

**INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN TEMPRANA DURANTE EL PUERPERIO**

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.
- GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - REPOLLES LASHERAS SIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - ORNAT CLEMENTE LIA. 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
  - GONZALEZ RAMOS PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - TEJERO SANCHO SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los progresos en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva han permitido mejoras de los indicadores de salud materna e infantil. La Salud Sexual y Reproductiva plantea diversas estrategias y objetivos para contribuir a garantizar el derecho de los individuos y las parejas a decidir de modo responsable, libre e informado sobre el número de hijos y el intervalo genésico entre éstos atendiendo a las características médicas, sociales, culturales y educativas de estas parejas.

En el período del postparto la anticoncepción adquiere una relevancia especial teniendo en cuenta que el método anticonceptivo elegido debe respetar la salud del binomio madre e hijo y el deseo de mantenimiento de la lactancia así como la importancia de un adecuado intervalo genésico como primera medida para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil. De este modo, la anticoncepción postparto permite a la puérpera retrasar un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva mediante un método anticonceptivo permanente o temporal. Por ello, podemos concluir que la asesoría en materia de anticoncepción durante el período puerperal es esencial.

El objetivo de nuestro trabajo es diseñar un programa de anticoncepción temprana en los primeros 15 días tras el parto en el puerperio en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Durante el período de hospitalización puerperal se facilitaría la información sobre anticoncepción a través de información escrita e información verbal en la planta comentada por matronas y ginecólogos de planta. Se debe informar a la mujer sobre el uso adecuado de los métodos de anticoncepción, el funcionamiento del método, así como realizar una exhaustiva investigación de factores de riesgo individualizados según la paciente que posibilitarían una posible contraindicación del método anticonceptivo. También se comentarán los efectos secundarios comunes y esperables, beneficios y riesgos. Asimismo, se explicarán signos de alarma por los que debería consultar a un facultativo si aparecieran.

Aquellas pacientes que hayan entendido la información y decidido el método anticonceptivo de su elección podrían salir del Hospital con dicho método habiendo sido valorados previamente y de modo conjunto con la paciente las características, efectos secundarios, indicaciones y contraindicaciones de éste.

Aquellas mujeres que demoren su decisión tras el alta pueden ser citadas manera preferente en la Consulta de Anticoncepción del Centro de Especialidades Médico-Quirúrgicas Inocencio Jiménez a través del informe de Alta Médica o Mediante documento de Derivación de la Matrona en el Centro de Salud para iniciar el tratamiento o solicitar mayor información sobre el método de su interés.

Todos los datos generados permitirán realizar un feedback en el sistema con el fin de mejorar la derivación de las pacientes y de detectar problemas en la información transmitida.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La instauración de un programa de anticoncepción temprana en el puerperio pretende conseguir los siguientes objetivos:

- La puérpera debe sentirse cómoda con la elección del método anticonceptivo ya que esto le permitirá disfrutar tanto del cuidado de su hijo como de su sexualidad, sin preocuparse ante la posibilidad de un nuevo embarazo.
- Disminución de la tasa de embarazos no deseados
- Disminución de morbilidad y mortalidad materno-fetal (infección, malnutrición, bajo peso al nacer, prematuridad ...) al controlar el intervalo intergenésico
- Aumentar el intervalo intergenésico en situaciones en las que exista una contraindicación expresa para una nueva gestación en período breve de tiempo bien por condición obstétrica en relación del parto (cesáreas anteriores) o bien para llevar a cabo una adecuada investigación diagnóstica o tratamiento de patologías presentes en la gestación anterior (Diabetes gestacional, Preeclampsia, Trombopenias...)
- Permitir que la pareja viva sin riesgos su sexualidad en un adecuado ambiente psicoafectivo .

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

096

## 1. TÍTULO

**INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN TEMPRANA DURANTE EL PUERPERIO**

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

- Desarrollo de folleto educativo que explique distintas recomendaciones sobre la planificación en la fase puerperal, y la posible influencia-indicación de los diversos métodos anticonceptivos en relación con la lactancia natural
- Información directa a aquellas puérperas que precisen mayor información.
- Desarrollo del protocolo para el programa de planificación en el período puerperal
- Instauración de dicho programa al alta hospitalaria o derivación de la mujer a Consulta de Anticoncepción si la paciente no se decide durante el período de estancia hospitalaria puerperal.
- Asesoramiento y planificación según protocolo de nuestra consulta de Anticoncepción.
- Seguimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los datos serán obtenidos desde el archivo de la Consulta de Planificación del CEMQ Inocencio Jiménez así como el archivo de la Planta de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

## 1. PUERPERAS INCLUIDAS DENTRO DEL PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN PUERPERAL TEMPRANA

JUSTIFICACIÓN: Conocimiento del número de puérperas incluidas en nuestro programa de anticoncepción temprana

POBLACIÓN: Todas las puérperas del hospital clínico universitario Lozano Blesa

DIMENSIÓN: Efectividad

TIPO: Proceso

FÓRMULA: (Número de puérperas incluidas en el Programa de Anticoncepción Temprana/Número de Puérperas totales)\*100

## 2. EMBARAZOS SUCEDIDOS EN EL PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN PUERPERAL TEMPRANA

JUSTIFICACIÓN: Conocer fallos del programa de anticoncepción puerperal temprana.

POBLACION: Todas las puérperas incluidas en el programa de anticoncepción temprana.

DIMENSION: Efectividad.

TIPO: Resultado.

FÓRMULA: (Número de embarazos con anticoncepción Temprana/Número de Puérperas incluidas en el programa)\*100

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: MAYO 2014

FIN: NO DETERMINADO

DESARROLLO DEL FOLLETO: MAYO Y JUNIO 2014

DESARROLLO Y DISEÑO PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN TEMPRANA JUNIO 2014

ACCIÓN DIRECTA DESDE MARZO DE 2015

RESULTADOS FECHA SIN DETERMINAR

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCTUBR	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Folleto									XXXXXXX						
Diseño de Programa					XXXX										
Acción directa															
				XXXX											

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Edad fértil
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Puérperas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

096

**INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN TEMPRANA DURANTE EL PUERPERIO**

- |  |   |          |
|--|---|----------|
| 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

300

## 1. TÍTULO

**TOXICIDAD POR ANESTESICOS LOCALES Y TERAPIA POR EMULSION LIPIDICA. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ALERTA Y TRATAMIENTO TEMPRANO**

2. RESPONSABLE ..... RUBEN CASANS FRANCES
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- ALARCON ARAMBURO EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- BOILLOS CALVO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- ROBERTO ALCACER MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE UROLOGIA
- RODRIGO PARADELLS VICTOR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
- SIMO SANCHEZ BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE HEMODINAMICA, SERVICIO DE CARDIOLOGIA
- BOSCH MELGUIZO JORDI. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, SERVICIO DE

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. INTRODUCCION

La toxicidad de los anestésicos locales se ha conocido desde mucho antes de la introducción de estos en la práctica médica. En 1868 un médico peruano llamado Moreno y Maíz durante la defensa de su doctorado describió los primeros signos y síntomas de la toxicidad por cocaína en modelo animal(22). Esto ocurrió 16 años antes del uso de la cocaína por primera vez por Karl Köller en anestesia oftálmica en 1884(14). Posteriormente, el uso de la anestesia local se difundió rápidamente. En los años siguientes, empezó a ser administrado en inyecciones troncales nerviosas, así como en bloqueos espinales y lumbares(10). Los informes que describían la toxicidad de la cocaína aparecieron rápidamente(5) y e incluyeron varios reportes de muertes(19). Pronto se hizo evidente que era necesario sintetizar fármacos menos tóxicos. Un número de agentes surgió lentamente, por ejemplo, procaína sintética en 1905, en 1930 la tetracaína, lidocaína en 1944, cloroprocaína en 1955, mepivacaína en 1957, prilocaína en 1960 y bupivacaína en 1963. El descubrimiento de este último, que es el anestésico local más utilizado hasta la fecha, fue un gran paso adelante en la anestesia local y regional debido a la calidad de la anestesia proporcionada y también su duración de acción. Como era de esperar, las descripciones de sus efectos adversos pronto comenzaron a ser reportadas. En 1979, Albricht destacó las complicaciones tóxicas graves de bupivacaína y etidocaína en un editorial de la revista Anesthesiology(3). Desde entonces, se ha notificado numerosos casos de parada cardiaca refractaria a tratamiento por toxicidad por bupivacaína(8). Inicialmente, hubo intentos de encontrar agentes con características similares pero menos tóxicos. En 1996 surgió la ropivacaína, seguido por levobupivacaína(9) en 1999. Otros autores se dedicaron a encontrar un antídoto para la toxicidad por anestesia local. En 1998, Weinberg et al. demostraron que las emulsiones de lípidos utilizados en la alimentación parenteral desde 1961 eran eficientes en el combate de la cardiotoxicidad por anestésico local, aumentando en un 50 % la dosis letal media(31). Rosenblatt et al. y más tarde de Litz et al. fueron los primeros autores para publicar el exitoso uso de emulsiones de lípidos en el tratamiento del paro cardíaco debido a los anestésicos locales, donde la resucitación habitual no tenía éxito(25). Desde entonces, numerosos casos éxitos en el uso de emulsiones lipídicas contra la toxicidad por anestésicos locales han sido publicados(9,30). Sin embargo, antes de la aceptación por la comunidad médica, las nuevas terapias siempre deben cumplir con ciertos requisitos y superar una resistencia inicial hasta que aparezca la evidencia científica y clínica para confirmar la eficacia terapéutica. La terapia de lípidos en la inversión de toxicidad de los anestésicos locales, sin embargo, parece estar de acuerdo con las recomendaciones de las sociedades médicas de Anestesiología(1,18,23). Vale la pena mencionar que las emulsiones de lípidos también se han aplicado en Anestesiología durante mucho tiempo. Como un ejemplo, el propofol es un hipnótico usado en la práctica habitual desde hace más de 25 años y su vehículo de solución es una agente lipídico(21).

## TOXICIDAD POR ANESTESICOS LOCALES

En caso de toxicidad de los anestésicos locales, la atención del médico debe centrarse principalmente en el sistema nervioso central y el sistema cardiovascular. En el cerebro, las vías inhibitorias son las primeras en ser suprimidos e inicialmente producen quejas de los pacientes, tales como un sabor metálico en la boca, que puede progresar a convulsiones cuando aumenta la concentración de anestésico. Cuando también se ven afectadas las vías excitatorias producen apnea y coma. Con la excepción de la bupivacaína, la toxicidad cardiovascular se vuelve evidente después de los niveles plasmáticos han comprometido el sistema nervioso central. La toxicidad cardiovascular se manifiesta por arritmias y depresión miocárdica refractaria, especialmente cuando el agente utilizado es bupivacaína(28). Las dosis tóxicas son capaces de inhibir la conducción del nodo sinusal y auriculoventricular, prolongando el espacio PR, ensanchando el complejo QRS, generando bloqueos auriculoventriculares de diversa consideración y arritmias, tanto bradicardias y taquiarritmias reentrada con taquicardia ventricular o fibrilación(11). La actividad terapéutica y toxicidad de los anestésicos locales se atribuye al bloqueo de canales de Na+, aunque también se altera el flujo de K+ y Ca++ . La bupivacaína se une preferentemente al abrir los canales de Na+ inactivos, lo que puede justificar la gravedad de la toxicidad. La depresión del miocardio se produce debido a varios factores: la inhibición de la liberación de Ca++ en el retículo sarcoplásmico por bloqueo de los receptores β- adrenérgicos, disminuyendo la actividad de adenilatociclasa mediante la reducción de la síntesis de adenosina monofosfato cíclico y la conversión de ADP en ATP(28).

## LA TERAPIA DE LÍPIDOS

Hasta hace poco, el bypass cardiopulmonar era el único método conocido para ser eficaz en el tratamiento de un paro cardíaco refractario de por sobredosis de anestésico local(17). Es fácil imaginar la dificultad que se



**1. TÍTULO****PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD****300****TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS LOCALES Y TERAPIA POR EMULSION LIPIDICA. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ALERTA Y TRATAMIENTO TEMPRANO**

encuentra con esta metodología en la práctica diaria . Afortunadamente, hoy en día la eficiencia de la terapia de lípidos en la toxicidad anestésica local ya no es un debate cuestionable. El uso y el interés en estas soluciones, incluso en la toxicidad debido a una serie de otras drogas se han demostrado tanto en animales como en seres humanos. Las emulsiones de lípidos ya han sido utilizados en el tratamiento de la toxicidad debida a los antidepressivos cíclicos, verapamilo, betabloqueantes, barbitúricos entre otras(7). Los anestésicos locales son moléculas hidrofóbicas y su solubilidad en lípidos se relaciona con la potencia y la toxicidad. Cuanto más soluble en lípidos del agente, más fácil es transportado a través de la membrana celular para llegar a su lugar de acción. Se han propuesto tres mecanismos no excluyentes de acción hipotético de emulsiones de lípidos. La primera y más ampliamente aceptada mecanismo es la creación de una fase de lípidos en plasma expandido, en el que se secuestran moléculas de anestésicos locales. Las moléculas de anestésicos locales lipofílicos se encuentran quelados, provocando la reducción de la concentración de la forma de base libre del anestésico local, con lo que disminuyen los anestésicos locales disponible a los tejidos y resulta en la disminución de la toxicidad. En la literatura anglosajona esta teoría se denomina "sumidero de lípidos" . Esta representación esquemática se basa en tres hechos:

a) la velocidad de la recuperación funcional del tejido cardíaco después de la utilización de la emulsión de lípidos es importante y consistente con un fenómeno físico.

b) Los anestésicos locales son secuestradas in vitro por lípidos . El secuestro es mayor a medida que aumenta la solubilidad de los lípidos.

c) En una preparación de corazón aislado sometido a concentraciones tóxicas de los anestésicos locales, los lípidos aceleran la eliminación de estos agentes4.

El segundo mecanismo se basa en el concepto de la inhibición de transporte de ácidos grasos en la membrana mitocondrial interna, especialmente por la bupivacaína. La hipótesis formulada es que las emulsiones de lípidos podrían contrarrestar la reducción en la principal fuente de energía(4).

Por último, el tercer mecanismo SE origina a partir de pruebas de que las emulsiones de lípidos tienen un efecto inotrópico positivo sobre el corazón aislado y pueden revertir la depresión del miocardio debido a la bupivacaína a niveles de lípidos más bajos que los necesarios para reducir la concentración bupivacaína acuosa(26), produciendo un aumento de los niveles de Ca<sup>++</sup> intracelular. Por lo tanto tanto por vía fisiológica, metabólica o inotrópica pueden contribuir a antagonizar la toxicidad por anestésico local(36).

Varias preparaciones de lípidos están disponibles en el mercado. Con respecto a la naturaleza de la fuente de lípidos, estas soluciones son muy diferentes. Los preparados más utilizados son derivados de aceite de soja con triglicéridos de cadena larga, el aceite de soja y el aceite de coco con cadena media y los triglicéridos de cadena larga y los que incorporan aceite de pescado y aceite de oliva. Cada una de estas soluciones es de interés específico para la nutrición parenteral. Según algunos autores , se muestran emulsiones basadas en triglicéridos de cadena larga para ser 2,5 veces más eficiente en el tratamiento de la toxicidad por anestésico local(20) , mientras que otros consideran que su eficiencia es equivalente6. Los preparativos que incorporan aceite de oliva y el aceite de pescado aún se utilizan con menos frecuencia .

**Limitaciones de la terapia lipídica**

Los estudios experimentales y clínicos han demostrado un interés indiscutible en las emulsiones de lípidos para el tratamiento de la toxicidad inducida por el anestésico local. Sin embargo, la interferencia con otros tratamientos farmacológicos eventuales en los pacientes debe ser considerada. Además, estudios recientes han demostrado que en el caso de emulsiones de lípidos, las situaciones de hipoxia y acidosis podrían reducir la afinidad de lípidos con los anestésicos locales(13,20). Esto puede implicar un interés en la administración precoz de estas emulsiones en casos de accidentes tóxicos, antes de la acidosis o la hipoxia puedan limitar su efecto terapéutico.

**Directrices**

Las emulsiones de lípidos pueden ser infundida en las venas periféricas, porque estas soluciones tienen una osmolaridad baja (entre 270 y 345 mOsm/l-1 en soluciones al 20%) . En nutrición parenteral, la dosis recomendada es de 0,7 a 1,3g de triglicéridos/kg-1/día . Los niveles de triglicéridos deben ser controlados . La perfusión debe ser reducida si los niveles llegan a 400 mg/dl-1 y suspenderse si los niveles alcanzan los 1000 mg/dl-1. A pesar del respeto hacia estas recomendaciones, sin embargo, las dosis se han adaptado para los casos agudos de toxicidad anestésica local grave . En la actualidad, no parece razonable esperar hasta que el paciente desarrolle una asistolia para comenzar a administrar un bolo de emulsión de lípidos. En 2007, la Asociación de Anestesiólogos de Gran Bretaña e Irlanda publicó las directrices aceptadas actualmente para el tratamiento de la toxicidad del anestésico local. Estas directrices fueron seguidos rápidamente por otras sociedades de la especialidad , como la Sociedad Americana de Anestesia Regional y Medicina del Dolor(23) . Las pautas recomendadas son:

- 1 . Asegurar la vía aérea y mantener la oxigenación.
- 2 . Tratar las convulsiones con benzodiazepinas.
- 3 . Inyectar 1,5 bolo ml/kg-1 de 20 % de emulsión de lípidos en más de 1 minuto.
- 4 . Iniciar una infusión a una velocidad de 0,25 ml/kg-1/min de 20 % de emulsión de lípido .
- 5 . Repetir el bolo dos veces con intervalos de 5 minutos , si la circulación no se restaura de manera adecuada.
- 6 . Después de cinco minutos más, aumentar la infusión a 0,50 ml/kg-1/min.
- 7 . Respetar el límite de dosis superiores recomendado para 20% de emulsión de lípidos, que es 10 ml/kg-1 en más de 30 minutos.

**CONCLUSIONES**

Las técnicas anestésicas locales y regionales son procedimientos actualmente cómodos y seguros. Sin embargo, no son totalmente desprovisto de riesgos, incluso en buenas manos. En los últimos años, se han logrado avances sustanciales. Sin embargo, estimaciones recientes todavía informan de una tasa de 7,5 a 20 casos de toxicidad por anestésico local por 10.000 bloqueos periféricos realizadas. Los datos también indican que cuatro de cada

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

300

## 1. TÍTULO

**TOXICIDAD POR ANESTESICOS LOCALES Y TERAPIA POR EMULSION LIPIDICA. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ALERTA Y TRATAMIENTO TEMPRANO**

10 000 bloqueos epidurales producen toxicidad sistémica por anestésico local(18). La terapia de emulsión de lípidos ya no es un tema de controversia, ya que su beneficio y bajo riesgo son evidentes. Las emulsiones de lípidos siempre deben ser almacenados en cualquier entorno donde los pacientes reciben grandes dosis de anestésicos locales como ocurre en quirófanos, urgencias o salas de intervencionismo radiológico. Dado que con frecuencia los cirujanos realizan procedimientos con grandes dosis de anestésico local sin supervisión anestésica(24-27), también es conveniente para ellos conocer estas recomendaciones.

Desafortunadamente en nuestro entorno el reconocimiento del cuadro de toxicidad por anestésicos locales como su tratamiento precoz por terapia lipídica es prácticamente nulo fuera de los ámbitos de anestesia. Este proyecto de mejora de calidad tiene como fin último ayudar al profesional sanitario a reconocer esta patología y poder actuar rápidamente en consecuencia, pudiendo evitar morbilidad iatrogénica que fácilmente podría ser tratada si se reconoce y trata a tiempo.

## REFERENCIAS

1. AAGBI Safety Guideline. Management of Severe Local Anaesthetic Toxicity 2. Disponible en [http://www.aagbi.org/sites/default/files/la\\_toxicity\\_2010\\_0.pdf](http://www.aagbi.org/sites/default/files/la_toxicity_2010_0.pdf).
2. Adolph M, Heller AR, Koch T, Koletzko B, Kreymann KG, Krohn K, Pscheidl E, Senkal M. Lipid emulsions. Guidelines on Parenteral Nutrition. *Ger Med Sci* 2009;18:7-23.
3. Albright GA. Cardiac arrest following regional anesthesia with etidocaine or bupivacaine. *Anesthesiology* 1979;51:285-7.
4. Aya AGM, Ripart J, Sebbane MA, de La Coussaye JE. Les émulsions lipidiques dans le traitement de la toxicité systémique des anesthésiques locaux: efficacité et limites. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010;29 :464-9.
5. Brown DL. Local anesthetic toxicity. Em: Finucane BT. *Complications of regional anesthesia*; 2nd ed., New York, Springer, 2007:61-73.
6. Candela D, Louart G, Bousquet PJ, Muller L, Nguyen M, Boyer JC, Peray PA, Goret L, Ripart J, Lefrant JY, de La Coussaye JE. Reversal of bupivacaine-induced cardiac electrophysiologic changes by two lipid emulsions in anesthetized and mechanically ventilated piglets. *Anesth Analg* 2010;10 Michels1473-9.
7. Cave G, Harvey M. Intravenous lipid emulsion as antidote beyond local anesthetic toxicity: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2009;16:815-24.
8. Cuvillon P, Nouvellon M, Ripart J, Boyer JC, Dehour L, Mahamat A, L'Hermite J, Boisson C, Vialles N, Lefrant JY, La Coussaye JE de. A comparison of pharmacodynamics and pharmacokinetics of bupivacaine, ropivacaine (with epinephrine) and their equal volume mixtures with lidocaine used for femoral and sciatic nerve blocks: a double blind randomized study. *Anesth Analg* 2009;108:641-9 .
9. Dix SK, Rosner GF, Nayar M, Harris JJ, Guglin ME, Winterfield JR, Xiong Z, Mudge GH Jr.. Intractable cardiac arrest due to lidocaine successfully resuscitated with lipid emulsion. *Crit Care Med* 2011;39:872-74.
10. Feldman HS. Toxicity of local anesthetic agents. Em: Rice SA, Fish KJ eds.. *Anesthetic Toxicity*, New York, Raven-Press, 1994:107-33.
11. Groban L. Central nervous system and cardiac effects from long-acting amide local anesthetic toxicity in the intact animal model. *Reg Anesth Pain Med* 2003;28:3-11.
12. Harvey M, Cave G, Kazemi A. Intralipid infusion diminishes return of spontaneous circulation following hypoxic cardiac arrest in rabbits. *Anesth Analg* 2009;108:1163-8.
13. Harvey M. Bupivacaine-induced cardiac arrest. *Anesthesiology* 2009;11:467-9.
14. Köller K. On the use of cocaine for producing anaesthesia on the eye. *Lancet* 1884;2:990-2.
15. Kosch MC, Miller AD, Michels JE. Intravenous lipid emulsion for treatment of local anesthetic toxicity. *Ther Clin Risk Manag* 2010;6:449-51.
16. Litz RJ, Popp M, Stehr SN, Koch T. Successful resuscitation of a patient with ropivacaine-induced asystole after axillary plexus block using lipid emulsion. *Anaesthesia* 2006;61:800-1.
17. Long WB, Rosenblum S, Grady IP. Successful resuscitation of bupivacaine-induced cardiac arrest using cardiopulmonary by-pass. *Anesth Analg* 1999;69:403-6.
18. Manavi MV. Lipid infusion as a treatment for local anesthetic toxicity: a literature review. *AANA J* 2010;78:69-78.
19. Mattison JB. Cocaine poisoning. *Med Surg Rep* 1891;60:645-50.
20. Mazoit JX, Le Guen R, Beloeil H, Benhamou D. Binding of long-lasting local anesthetics to lipid emulsions. *Anesthesiology* 2009;110:380-6.
21. Mirtalio JM, Dasta JF, Kleinschmidt KC, Varon J. State of the art review: Intravenous fat emulsions: current applications, safety profile, and clinical implications. *Ann Pharmacother* 2010;44:688-700.
22. Moréno y Maiz T. Recherches chimiques et physiologiques sur l'erythroxyllum coca du Pérou et la cocaine. Paris, Louis Lecter Libraire Editeur, 1868;76-9.
23. Neal JM, Bernard CM, Butterworth JF 4th, Di Gregorio G, Drasner K, Hejtmanek MR, Mulroy MF, Rosenquist RW, Weinberg GL. ASRA practice advisory on local anesthetic systemic toxicity. *Reg Anesth Pain Med* 2010;35:152-61.
24. Ribeiro FAZ, Padron F, Castro TDM, Torres Filho LCA, Fernandes BA. Herniorrafia inguinal com anestesia local em regime ambulatorial. *Rev Col Bras Cir* 2010;37:397-402.
25. Rosenblatt MA, Abel M, Fischer GW, Itzkovich CJ, Eisenkraft JB. Successful use of a 20% lipid emulsion to resuscitate after a presumed bupivacaine-related cardiac arrest. *Anesthesiology* 2006;105:217-18.
26. Shen X, Wang F, Xu S, Qiang Y, Liu Y, Yuan H, Zhao Q, Feng S, Guo X, Xu J, Yang J. A Cardiolipina é o Alvo da Cardiotoxicidade dos Anestésicos Locais? *Rev Bras Anesthesiol* 2010; 60:445-54.
27. Skinovsky J, Sigwalt MF, Bertinato LP, Chibata M, Moreira LMS, Granzotto CD. Herniorrafia inguinal com anestesia locorregional. (uso de ropivacaína). *Rev Col Bras Cir* 2006;33:224.
28. Tasch MD, Butterworth JF. Toxicity of local anesthetics. *ASA Refresher Courses in Anesthesiology* 2006;34:165-79.
29. Udelsmann A, Silva WA, Moraes AC de, Dreyer E. Hemodynamic effects of ropivacaine and levobupivacaine

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

300

**TOXICIDAD POR ANESTESICOS LOCALES Y TERAPIA POR EMULSION LIPIDICA. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ALERTA Y TRATAMIENTO TEMPRANO**

intravenous injection in swines. Acta Cir Bras 2009;24:296-302.

30. Warren JA, Thoma RB, Georgescu A, Shah SJ. Intravenous lipid infusion in the successful resuscitation of local anesthetic-induced cardiovascular collapse after supraclavicular brachial plexus block. Anesth Analg 2008; 106:1578 - 80.

31. Weinberg GL, VadeBoncouer T, Ramaraju GA, Garcia-Amaro MF, Cwik MJ. Pretreatment or resuscitation with a lipid infusion shifts the dose-response to bupivacaine-induced asystole in rats. Anesthesiology 1998;88:1071-5.

32. Weinberg GL. Lipid infusion therapy: translation to clinical practice. Anesth Analg 2008;106:1340-2.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocimiento de los síntomas de la toxicidad por anestésico local de más del 95% de los profesionales médicos que utilizan anestésicos locales en su práctica diaria. Conocimiento de la utilidad de las emulsiones lipídicas en el tratamiento de síntomas de la toxicidad por anestésico local de más del 95% de los profesionales médicos que utilizan anestésicos locales en su práctica diaria. Implantación de kit de rescate lipídico en el 100% de ambientes donde puedan utilizarse anestésicos locales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Encuesta de estado previo. Se realizará una encuesta a los médicos pertenecientes a aquellos servicios y unidades que utilicen anestésicos locales en su práctica diaria.

2.- Se identificarán aquellos puntos que requieran la presencia de un kit de rescate lipídico (quirófanos, dilatación, urgencias). Este kit de rescate lipídico consistirá en:

a) 2 viales de 100 ml de emulsión lipídica al 20% (Intralipid).

b) una jeringa de 50 ml.

c) un equipo de percusión.

d) una nota plastificada con los pasos a seguir para realizar un rescate lipídico.

Cada kit de rescate estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa. Esa fecha de validez será 2 meses antes de la caducidad de los viales. De esta manera, los viales de emulsión lipídica podrán ser devueltos a Farmacia para su utilización por la unidad de Nutrición antes de la caducidad de los mismos. Estos fármacos son utilizados habitualmente por la unidad de Nutrición, de tal manera que la creación del kit lipídico no implicaría un gasto extra a Farmacia salvo en el caso de que se utilizara para un rescate.

3.- Se realizará una sesión clínica en cada servicio implicado explicando la utilidad del rescate lipídico en la toxicidad por anestésico local y la disponibilidad del kit de rescate lipídico.

4.- Al mes de la sesión, volverá a realizarse la encuesta inicial para valorar el conocimiento de los profesionales implicados.

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

1.- Porcentaje de conocimiento de los síntomas de la toxicidad por anestésicos locales por parte de los médicos implicados en la utilización de los mismos.

2.- Porcentaje de conocimiento de la utilidad de la emulsión lipídica para contrarrestar la toxicidad de anestésicos locales en los médicos implicados.

3.- Porcentaje de kits de rescate disponibles en las localizaciones identificadas como diana.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1 de mayo de 2014**

Mayo:

Identificación de lugares donde deberían implantarse kits de rescate.

Junio-Septiembre:

Encuestas iniciales / Preparación de Kits de rescate / Sesiones clínicas

Octubre:

Encuestas finales.

Fin de proyecto: 31 de Octubre de 2014

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

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Detección 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. .... 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

300

**TOXICIDAD POR ANESTESICOS LOCALES Y TERAPIA POR EMULSION LIPIDICA. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ALERTA Y TRATAMIENTO TEMPRANO**

- 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

218

**INFORMACION-EDUCACION, SEGUIMIENTO Y VALORACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS ACODS (ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCION DIRECTA) EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III. UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO**

2. RESPONSABLE ..... ROSA CORNUDELLA LACASA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAVIN SEBASTIAN OLGA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- POLO GASCA JOSE LUIS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PALOMERA BERNAL LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente anticoagulado es un paciente complejo, precisa un control de su tratamiento en la mayoría de las ocasiones (INR para los pacientes con antivitaminas k); actualmente los pacientes son instruidos por el personal de enfermería en la formación, adherencia y control del tratamiento anticoagulante en función de la indicación, características del paciente, TRT (tiempo en rango terapéutico)... En la actualidad y debido a la irrupción en el plano de la anticoagulación de los ACODs, el control biológico de los mismos ha pasado a un segundo término, cobrando un especial interés la educación, formación, y adherencia al tratamiento cuyo incumplimiento supone para el paciente un elevado riesgo de ictus y/o ETEV(enfermedad tromboembólica)

La creación de las unidades de tratamiento antitrombótico nos van a permitir tratar al paciente anticoagulado de forma integral, invitando al paciente a que forme parte activa en el manejo del tratamiento anticoagulante: educándolo y formándolo con el objetivo de conseguir una mayor responsabilidad, mayor adherencia al tratamiento y menor número de complicaciones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Todos los pacientes incluidos en el registro de pacientes anticoagulados recibirán información y formación por el personal de enfermería

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación personal de enfermería de la Unidad de Tratamiento Antitrombótico

2. Cada paciente que se incluya en el registro recibirá información de la terapia antitrombótica seleccionada por el médico responsable (escrita y oral)

3. Control a los tres meses de inicio de tratamiento:

- a) lectura de la hoja de información, comentarios, dudas
- b) incidencias hemorrágicas
- c) fármacos intereferentes
- d) adherencia al tratamiento (ha tomado la medicación, como la ha tomado

valorandopresentación del programa de registro (Hyt Gold), a los responsables de los servicios incluidos, así como a los jefes de servicio de los mismos para difusión entre el staff médico

2. presentación del proceso de flujo ordenado de pacientes una vez que se las ha hecho la indicación terapéutica del ACODs:

- el paciente deberá acudir a la unidad de tratamiento antitrombótico con una hoja de colaboración en la que indique la patología del paciente así como el fármaco indicado y la dosis, así como el informe de alta hospitalaria

- se realizara el registro del paciente en el programa de gestión de tratamiento antitrombótico
- se le informara y educará al paciente en relación al tratamiento antitrombótico así como específicamente del fármaco indicado

- se le dara una hoja de información para el médico responsable de la prescripción, para el médico responsable del control y seguimiento y para el propio paciente

- se le darán las recomendaciones de control y seguimiento tanto clínico como biológico

3. Responsables directos del registro de pacientes: unidad de coagulación del servicio de Hematología y Hemoterapia (Dra. Cornudella, Dra. Gavín)

4. Responsables indirectos (detección de pacientes susceptibles de tratamiento anticoagulante, instauración de tratamiento y derivación a la unidad de coagulación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes a los que se ha impartido formación Grado de satisfacción con la información recibida recogida de dudas y quejas por escrito

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1 junio 2014

Finalización. Registro abierto

Valoración semestral de ritmo de inclusión de la información en el proceso de formación al paciente

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

218

1. TÍTULO

INFORMACION-EDUCACION, SEGUIMIENTO Y VALORACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS ACODS (ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCION DIRECTA) EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III. UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

380

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA ADAPTACION AL MEDIO HOSPITALARIO DE LA FAMILIA DEL LACTANTE**

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONSUELO CUEVES RIBES

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de angustia de los padres en el ingreso del niño.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la relación de la familia con el personal de enfermería. Disminuir la angustia de los padres y que repercuta directamente en el estado del niño.  
Mejorar: la adaptación, el estar, los cuidados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Encuesta y diseño de plan de mejora de la relación enfermera/familiar del lactante

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nivel de satisfacción basal (encuesta)

Nivel de satisfacción post plan de mejora.(encuesta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio .Abril 2014, Mayo, Junio, Encuestas a los familiares  
.Julio Búsquedas Bibliográficas.  
.Septiembre puesta en común con el personal de enfermería y establecer plan de mejora.  
. Octubre ,Noviembre Diciembre Encuestas  
Final Diciembre2014

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. .
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Familiar al cuidado del Lactante

## 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

431

**PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... MANUELA FELIX MARTIN
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARCEN ESTELLA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
  - LAGUIA MARTIN PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
  - YAGUE ALVAREZ PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
  - LAMARCA IRANZO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
  - LAGUARTA BLAS TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL
  - MILIAN OMEDAS JOSEFINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
  - MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente el Clostridium difficile (CD) es la principal causa de diarrea en pacientes adultos hospitalizados, aunque también se han descrito episodios a nivel comunitario. El CD, se encuentra en las heces de pacientes sintomáticos y asintomáticos y el contagio se produce, a menudo a partir de las formas esporuladas, que pueden contaminar las manos de los trabajadores y las superficies de objetos inanimados.

Las esporas producidas por CD pueden llegar a permanecer en el medio ambiente hasta 5 meses y son altamente resistentes a los métodos de limpieza y desinfección habituales.

Se conoce que el consumo reciente de antibióticos, la edad superior a 65 años, la estancia hospitalaria prolongada, la mayor severidad de la enfermedad de base del paciente, el uso de nutrición enteral por sonda nasogástrica, el padecer una enfermedad inflamatoria intestinal, el recibir tratamiento con quimioterapia o el haber presentado un episodio previo de diarrea por CD son factores de riesgo asociados a esta patología.

La introducción en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (HCUZ), de nuevas técnicas para el diagnóstico de CD en los enfermos con diarrea hospitalaria, ha motivado que el número de enfermos diagnosticados con esta infección haya aumentado exponencialmente y que desde el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública se hayan adoptado, de acuerdo con las Guías de la APIC, un paquete de medidas específicas de cara a la prevención de esta infección dentro del Hospital. En síntesis, dichas medidas consisten en:

1. La detección precoz de los casos.
2. Establecer las precauciones por contacto.
3. La higiene de manos de los profesionales sanitarios pacientes y cuidadores con agua y jabón.
4. Uso racional de los antibióticos.
5. Establecer Normas de limpieza y desinfección específicas para el control del CD en:
  - Suelos, superficies.
  - Entorno del paciente.
  - Materiales sanitarios

La implantación de dichas medidas exige una gran labor de coordinación para la comunicación, información, formación de todos los profesionales implicados, así como para la vigilancia y control del cumplimiento de las mismas.

En ese sentido, este Plan de Mejora se justifica en la necesidad de establecer una sistemática planificada para implementar y monitorizar la efectividad de dicho paquete de medidas.

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar en las primeras 24 horas los pacientes caso de CD. Implementar las precauciones en las primeras 24 horas tras la detección del paciente caso. Disminuir la incidencia de enfermeros con CD intrahospitalaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Enfermeras y auxiliares del control de infecciones:
- Realizar vigilancia activa y prospectiva diaria de muestras microbiológicas para la detección del CD
  - Identificar al paciente y aplicar los criterios establecidos por el SMPySP, para su diagnóstico.
  - Realizar la ficha epidemiológica
  - Transcribir la información en la base de datos del SMPySP.
  - Informar al personal sanitario responsable del paciente, (médico y/o enfermera) de las precauciones de contacto, según las Normas de Atención a Pacientes con Patología Transmisible.
  - Prescribir precauciones de aislamiento específico para CD, en GACELA.
  - Información oral de las precauciones al médico, enfermera responsable del paciente y familiares si procede.
  - Vigilar que se cumplen las precauciones indicadas y retirar según los criterios establecidos en el SMPySP.
  - Realizar rondas en las unidades donde se atiende a los pacientes.
  - Vigilar los resultados microbiológicos y seguir los criterios establecidos en el SMPySP.

Supervisora de higiene hospitalaria y enfermeras del control de infecciones :

Establecer, vigilar y retirar las normas de limpieza y desinfección para el control de CD, en la habitación /box donde permanece ingresado y en los materiales sanitarios utilizados para su atención



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

431

**PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA**

- Formar al personal de enfermería de las Unidades asistenciales y al de limpieza, sobre las medidas higiénicas de limpieza y desinfección del medio hospitalario, del entorno del paciente, de los materiales sanitarios, y de las precauciones a llevar a cabo.
- Indicar y retirar puntualmente las normas de limpieza y desinfección en cada uno de los casos de CD detectados.
- Supervisar el cumplimiento de dichas normas
- Establecer reuniones de coordinación con las supervisoras de planta y responsable de limpieza para el seguimiento de las medidas implantadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo 1.- Detectar y registrar los pacientes caso de CD de forma precoz.

Indicadores:

1.1.- % de pacientes detectados con resultados microbiológicos positivos a CD, en las 24 horas posteriores a su informe microbiológico = 95%.

Excepto los informados en fin de semana y festivos

1.2.- % de pacientes registrados con resultados microbiológicos positivos a CD, en las 24 horas posteriores a la elaboración de la ficha epidemiológica. = 95%

Excepto los informados en fin de semana y festivos

Objetivo 2.- Establecer, vigilar y retirar las precauciones específicas al paciente caso del CD.

Indicadores:

2.1.- % de pacientes caso de CD, a los que se ha prescrito las precauciones de aislamiento específicas para CD, en GACELA, en las 24 horas posteriores a su informe microbiológico = 95%.

Excepto los informados en fin de semana y festivos

2.2.- % de pacientes caso de CD a los que se ha retirado en GACELA las precauciones en las primeras 24 horas tras curación clínica = 95%

Excepto los de fin de semana y festivos

Objetivo 3.- Implantar procedimiento de limpieza y desinfección para el control de CD

Indicadores:

3.1.- % de casos de CD en los que se ha cumplido el procedimiento de limpieza y desinfección \* = 95%

Excepto los notificados en fin de semana y festivos

\* Incluye: 1) Comunicación a la jefe de limpieza y enfermería en las 24 horas posteriores al informe microbiológico y 2) Cumplimiento de las Normas de limpieza y desinfección específicas para el control de CD

Objetivo 4.- Reducir la incidencia de CD intrahospitalario.

Indicador:

4.1.- Casos de CD/1.000 estancias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Formación y consenso de objetivos por el Grupo de mejora: del 1 al 11 Abril de 2014

2. Implantación de plan de Mejora (Detección, registro, información, formación, e implantación de las precauciones para el control de CD): desde al 21 Abril de 2014

3. Reuniones periódicas de seguimiento del Grupo de mejora: Octubre - diciembre 2014

4. Evaluación de resultados: Enero de 2015.

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

POBLACIÓN DIANA

.EDAD. Todas las edades

.SEXO. Ambos sexos

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

482

**ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES NO FARMACOLOGICAS PARA PACIENTES CON PATOLOGIA ESPECIFICA: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) E INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)**

2. RESPONSABLE ..... VANESA GARCÉS HORNA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANCHEZ MARTELES MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente a nivel hospitalario, y concretamente en el Servicio de Medicina Interna, existe una elevada tasa de ingresos por descompensación de enfermedades crónicas muy prevalentes, como la EPOC y la IC. Al alta del paciente se especifican de forma exhaustiva las medidas farmacológicas necesarias, sin embargo, persisten importantes carencias en la información aportada sobre medidas higiénico-dietéticas y el manejo no farmacológico de su enfermedad. Probablemente este problema sea debido a la falta de tiempo y de material gráfico complementario.

En este sentido, proponemos la creación de un material estandarizado y dirigido a pacientes con este tipo de patologías, para aumentar el conocimiento acerca de su enfermedad proporcionando pautas de alarma (describiendo signos y síntomas indicativos de descompensación y/o reagudización) que eviten reingresos y remarcando medidas higiénico-dietéticas que mejoren la calidad de vida y el pronóstico (Recomendación Clase I, Nivel de Evidencia A-C). Este material se entregaría al alta del paciente acompañado de una breve explicación verbal por parte del médico responsable.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con esta iniciativa esperamos conseguir los siguientes resultados:
- Elaboración de un material de apoyo para pacientes ingresados por EPOC e IC, con información básica sobre su enfermedad y medidas higiénico-dietéticas concretas para reducir la probabilidad de reagudización de la enfermedad.
  - Difusión de dicho material entre los profesionales del Servicio de Medicina Interna para su posterior entrega al paciente, junto con el informe de Alta.
  - Mejora en el conocimiento del propio paciente de su enfermedad, así como de las medidas no farmacológicas más indicadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Elaboración del material a partir de los recursos bibliográficos actuales. (Responsables: Vanesa Garcés y Marta Sánchez)
  2. Presentación del proyecto en el Grupo de Calidad del Servicio de Medicina Interna. Responsable: Vanesa Garcés como miembro del grupo de Calidad.
  3. Difusión a los distintos profesionales del Servicio mediante Sesión Clínica. (Responsables: Vanesa Garcés y Marta Sánchez)
  4. Entrega al paciente del material elaborado junto con breve información verbal explicativa. Se hará constar en el informe de alta la entrega de documentación adjunta: "Recomendaciones y hoja informativa"

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para monitorizar el buen funcionamiento del proyecto se van a utilizar como indicadores:
- Realización de Sesión Clínica en el Servicio de Medicina Interna para la presentación y difusión a todos los profesionales del material elaborado.
  - Análisis de las recomendaciones entregadas mediante la valoración de su registro en los informes de alta elaborados en los últimos 3 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo-Agosto 2014: Diseño y elaboración del material.
  - Septiembre-Octubre 2014: Presentación en Sesión Clínica del Servicio de Medicina Interna y difusión.
  - Octubre-Diciembre 2014: Entrega a los pacientes.
  - Enero-Marzo 2015: Revisión de los indicadores.

11. OBSERVACIONES. En función de los resultados y con el tiempo, este proyecto pretende ser ampliable a otras patologías también prevalentes en nuestro Servicio, e incluso en otros ámbitos como el ambulatorio. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

482

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES NO FARMACOLOGICAS PARA PACIENTES CON PATOLOGIA ESPECIFICA: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) E INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

- 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. .... 1 Nada
- 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

336

**INTRODUCCIÓN EN HISTORIA CLÍNICA DE HOJA INFORMATIVA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL**

2. RESPONSABLE ..... ANA GARCIA LECINA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 3
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· FERRER FERRER MARTA LUCIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· BONA GRACIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· CASANS FRANCES RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· FRANCO ABAD MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· ALESON HORNO GEMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION  
· ALONSO SALAS REBECA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la información al médico que va a realizar la intubación orotraqueal, ante la presencia de vía aérea difícil.
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la información del personal que va a realizar la intubación orotraqueal a un paciente
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desarrollo de la hoja informativa  
Revisión de historias clínicas para valorar la presencia de la hoja informativa en pacientes con vía aérea difícil  
Valoración de resultados mediante el indicador expuesto en el apartado correspondiente
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Relación pacientes con hoja informativa de vía aérea difícil incluida en la historia clínica/total de pacientes con vía aérea difícil
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio el 1/6/14 y finalización el 31/3/15

## Calendario de actividades:

Desarrollo de la hoja informativa: Junio 2014-Agosto 2014  
Revisión de historias clínicas: Septiembre 2014-Diciembre 2014  
Valoración de resultados: Diciembre 2014-Marzo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Información al profesional médico

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes intervenidos quirúrgicamente

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

011

**CODIGO SEPSIS. SISTEMA DE ALARMAS EN PCH (APLICATIVO CORPORATIVO DE URGENCIAS) . REGISTRO DE ACTIVIDAD**

2. RESPONSABLE ..... JOSE ALBERTO GARCIA NOAIN

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- . Localidad ..... ZARAGOZA
- . Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- . Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . DE LOS MARTIRES ARMINGOL IRENEO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- . RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- . ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- . MILLAN LOPEZ ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- . FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Integrar un sistema de alarmas automático desde nuestro aplicativo corporativo PCH (Puesto Clínico Hospitalario) mediante alertas/señales visuales al personal sanitario.  
- Aplicar las guías de tratamiento y recomendaciones de la sepsis sin demora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Integrar un registro de actividad en nuestro aplicativo PCH recogiendo las actuaciones realizadas a los pacientes con diagnóstico de sepsis en nuestra Unidad.  
- Identificar de forma precoz y diferencial a los pacientes con sepsis grave.  
- Conocer como es nuestra actuación en dicho proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - La población diana son los pacientes mayores de 14 años atendidos en nuestra Unidad de Urgencias no trasladados de otros centros.

- Las variables para el algoritmo de decisión son la PAS < 90 mmHg, la temperatura <38°C ó <35°C, la frecuencia cardiaca > 100, la frecuencia respiratoria > 20, la saturación de O<sub>2</sub> < 89%, la glucemia >140 mg/dl en ausencia de diabetes, la disminución en el nivel de alerta y la sospecha de infección.

- Según la combinación de estos parámetros recogidos en el área de triaje se establecen dos niveles de aviso, alarma de gravedad o alerta, que propone la activación del protocolo, pudiendo ser desactivado por un facultativo si se considera que no procede. Existe así mismo la posibilidad de activación por un médico si no se han producido los avisos correspondientes.

- Los parámetros recogidos en el registro de actividad son: antibioterapia en la primera hora, antibiótico empleado, drogas vasoactivas, muestras biológicas, paquete de actuaciones recomendadas en las 6 primeras horas, valor numérico de lactacidemia, criterios de disfunción orgánica, limitación del esfuerzo terapéutico, sugerencia de contacto con UCI, destino del paciente, confirmación microbiológica y confirmación diagnóstica.

- La explotación de la base de datos permitirá monitorizar nuestra actividad y medir los indicadores propuestos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se plantea una monitorización trimestral de la base de datos diseñada a tal efecto de los siguientes objetivos e indicadores:

- Validar el sistema de alarma en nuestro aplicativo: % de alarmas de código sepsis desactivadas tras valoración facultativa.

- Administración precoz de antibioterapia de amplio espectro: % de pacientes con sepsis a los que se administra antibiótico de amplio espectro en la 1ª hora de estancia .

- Manejo adecuado de muestras biológicas: % de pacientes con sepsis a los que se extrae hemocultivos antes de inicio de la antibioterapia .

- Medición de parámetros analíticos de gravedad: % de pacientes con sepsis con determinación de lactato en las primeras 6 horas.

- Resucitación adecuada con fluidos: % de pacientes con sepsis con administración de cristaloides (30ml/K) por hipotensión o hiperlactacidemia en las 6 primeras horas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se establece una duración de un año (abril 2014-mayo 2015) con el siguiente cronograma:

- Difusión del proyecto y actividades formativas dirigidas al personal facultativo y de enfermería en abril de 2014.

- Monitorización de indicadores y parámetros de actividad trimestrales a partir de mayo de 2014.

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

## POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Mayores de 14 años
- .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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

011

**CODIGO SEPSIS. SISTEMA DE ALARMAS EN PCH (APLICATIVO CORPORATIVO DE URGENCIAS) . REGISTRO DE ACTIVIDAD**

- 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

217

**CREACION DE UN REGISTRO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS (ANTIVITAMINA K Y NUEVOS ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA) EN EL SECTOR III. UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO**

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CORNUDELLA LACASA ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
  - GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
  - TEJERO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
  - SIMO SANCHEZ BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El elevado número de pacientes anticoagulados y la diversidad de tratamientos de los mismos hacen imprescindible la realización de un registro coordinado y multidisciplinar del paciente en tratamiento antitrombótico

La creación de un registro viene justificada y consideramos que es prioritario por la continuidad, seguimiento y seguridad del paciente anticoagulado independientemente del profesional responsable en ese momento. En el desarrollo del mismo registro se incluirían episodios hemorrágicos y/o trombóticos, posibles medicaciones interferentes, realización de escalas de riesgo hemorrágico y trombótico, preparación ante la cirugía...

La situación actual, en relación a los pacientes en tratamiento antitrombótico, es la utilización del programa de gestión del tratamiento anticoagulante (Hyt Gold), este programa permite el control y gestión del tratamiento anticoagulante con antivitaminas k, y en la actualidad se ha incorporado también la opción de los ACODs, lo que nos va a permitir una gestión integral del tratamiento anticoagulante

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Inclusión de pacientes

La elaboración de un registro multidisciplinar liderado por la unidad de tratamiento anticoagulante dependiente del servicio de hematología, asegurará el registro de un gran número de pacientes anticoagulados tanto con antivitaminas k (que ya se realiza) como con los ACODs

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Difusión de la creación del registro a través de los jefes de servicio Paso a desarrollar los puntos claves de puesta en marcha del registro:

1. presentación del programa de registro (Hyt Gold), a los responsables de los servicios incluidos, así como a los jefes de servicio de los mismos para difusión entre el staff médico
2. presentación del proceso de flujo ordenado de pacientes una vez que se las ha hecho la indicación terapéutica del ACODs:
  - el paciente deberá acudir a la unidad de tratamiento antitrombótico con una hoja de colaboración en la que indique la patología del paciente así como el fármaco indicado y la dosis, así como el informe de alta hospitalaria
  - se realizara el registro del paciente en el programa de gestión de tratamiento antitrombótico
  - se le informara y educará al paciente en relación al tratamiento antitrombótico así como específicamente del fármaco indicado
  - se le dara una hoja de información para el médico responsable de la prescripción, para el médico responsable del control y seguimiento y para el propio paciente
  - se le darán las recomendaciones de control y seguimiento tanto clínico como biológico
3. Responsables directos del registro de pacientes: unidad de coagulación del servicio de Hematología y Hemoterapia (Dra. Cornudella, Dra. Gavín)
4. Responsables indirectos (detección de pacientes susceptibles de tratamiento anticoagulante, instauración de tratamiento y derivación a la unidad de coagulación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes registrados con ACODs
2. Número de pacientes registrados que han presentado algún episodio hemorrágico
  3. Número de pacientes registrados que han presentado algún episodio trombótico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Presentación del proyecto a los responsables de cada servicio (12 Mayo 2014)
2. 12 mayo-26 mayo; puesta en marcha organigrama de difusión del proyecto
  3. Presentación del proyecto a los servicios implicados (26 Mayo)
  4. Inicio: 1 junio 2014
  5. Finalización. Registro abierto
  6. Valoración semestral de ritmo de inclusión de pacientes

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

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

217

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS (ANTIVITAMINA K Y NUEVOS ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA) EN EL SECTOR III. UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO

·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. ....                       | 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

205

**GUIA DE FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA EXTERNA DE ANESTESIA PREOPERATORIA PARA ENFERMERAS. EN EL HCU LOZANO BLESÁ**

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA GUMIEL GARCIA

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABADIA ABIOL MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS
- GRACIA GALINDO LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS
- NAVARRO DURAN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS
- FONTANO RUIZ PATRICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La consulta de anestesia preoperatoria es una consulta en la que la enfermera tiene una formación específica para realizar su actividad diaria del proceso quirúrgico en su fase inicial.

Como en otras áreas, con la llegada de profesionales de nueva incorporación se visualiza la dificultad de adaptación al nuevo entorno prequirúrgico

Vista esta necesidad se plantea en el equipo de realizar una guía que contenga todo lo necesario para que la enfermera sea autónoma en su trabajo en el menor tiempo posible

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Lo esperado es sobre todo la autonomía, seguridad y calidad de cuidados para la enfermera que se incorpora al equipo de consultas externas. Con ello genera en el entorno del paciente la seguridad que necesita ante una intervención quirúrgica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación del equipo

Elaboración y consenso de la guía  
Informar a los responsables de Consultas y Anestesia de la guía  
Revisión  
Elaboración de encuesta de satisfacción  
Puesta en marcha

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % Profesionales que reciben la guía 95%

% Profesionales formados en la consulta 90%

% Índice de satisfacción positiva (Buena- Muy Buena) 70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero Diciembre 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

004

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES PENDIENTES DE GASTRECTOMIA.  
IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE PREHABILITACION EN EL MODELO ASISTENCIAL**

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.

- RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- ROYO DACHARY PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- MURILLO PINA RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- ALBENDEA CALLEJA CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- MARIN ZALDIVAR CLARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- VALLEJO LOPEZ AMPARO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- FONTANO RUIZ PATRICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En ocasiones, las complicaciones derivadas del acto quirúrgico, no pueden ser previstas dada la naturaleza de la propia intervención; por ejemplo en cirugía de urgencia. Sin embargo cuando hablamos de cirugía programada, el paciente debería llegar a la misma en las mejores condiciones posibles. En algunas ocasiones, esto no ocurre y la posibilidad de que presente complicaciones postoperatorias aumenta de manera impredecible.

El periodo postoperatorio puede estar asociado con un rápido deterioro del medio interno del paciente. En este periodo se reduce hasta un 30% su capacidad funcional. Y esta reducción es prolongada en el tiempo. Hasta ocho semanas después de la intervención, los pacientes pueden referir, entre otros: fatiga, dolor muscular, necesidad de dormir, disminución de la capacidad de concentración... Es importante reseñar que un 15% de los pacientes añosos presentará disfunción cognitiva en mayor o menor medida.

A pesar de las herramientas de las que dispone la medicina convencional, un 20% de nuestros pacientes presentará algún tipo de complicación médica o quirúrgica. Por lo tanto vemos que aun cifiendo nuestra actuación de acuerdo a los protocolos, aún encontramos un elevado número de efectos adversos en determinados pacientes. Si se estudia la evolución perioperatoria de un paciente sometido a cirugía, se observa que hay una disminución muy importante de su capacidad funcional tras la cirugía y que pasado un periodo más o menos prolongada recupera un mínimo nivel de capacidad funcional, que le llevará progresivamente a alcanzar los niveles previos a la intervención.

Para encontrar puntos de actuación de mejora de estos resultados se debe acudir a la rama de la medicina que se ocupa del paciente que va a ser intervenido, es decir a la medicina perioperatoria. El periodo perioperatorio se inicia cuando el cirujano decide la indicación de intervenir a un paciente y finaliza cuando este recupera el equilibrio de su medio interno, es decir se cura. Tradicionalmente esta medicina se divide en tres periodos: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

Sin embargo, hay cirugías en la que aún se observa un desarrollo importante de complicaciones postoperatorias y la recuperación funcional de los pacientes no es tan rápida como se hubiera cabido esperar, incluso en intervenciones de baja agresión.

Por lo tanto se deben buscar posibles factores de riesgo de desarrollo de complicaciones postquirúrgicas. En este sentido se ha visto que los factores más implicados en su desarrollo son variables inherentes al paciente, más que los cuidados postquirúrgicos que puedan llevarse a cabo. De estos factores se han implicado con una fuerza mayor: el estatus físico previo a la intervención, así como el estado psicológico del paciente, evaluado con el mini mental test.

De entre todos los factores implicados en una mala evolución, se encuentran algunos que son difícilmente modificables como son: paciente geriátrico, ASA, proceso oncológico diseminado, cirugía agresiva, carácter urgente de la intervención, etc...

Sin embargo, hay otros factores sobre los que se puede actuar como son: el estado funcional del paciente, su índice de masa corporal o los niveles de albumina. En este sentido existen en la literatura algunos trabajos que apuntan a marcadores biológicos de riesgo quirúrgico, como son los niveles de hemoglobina glicosilada preoperatoria.

Por lo tanto, identificados los factores de riesgo en los que se puede actuar (estado funcional, estado cognitivo y estado nutricional), cabe preguntarse la posibilidad de plantear actuaciones para mejorar los resultados que se están obteniendo.

En esta línea es donde entra la definición de prehabilitación, entendiendo como tal el proceso diseñado para mejorar la capacidad funcional del paciente antes de la cirugía, con el objeto de mejorar la recuperación del daño quirúrgico, reduciendo las complicaciones postoperatorias y por lo tanto reducir la estancia hospitalaria y los costes que se derivan de ella.

La prehabilitación debe de llevarse a cabo antes del ingreso hospitalario, teniendo claros sus objetivos: optimizar el estado físico, nutricional, emocional, médico y farmacológico del paciente. Está claro que el campo de la medicina perioperatoria corresponde al anestesiólogo y es a este al que corresponde llevar a cabo la prehabilitación de los pacientes. No obstante para que esta pueda ser funcional, debe abordarse de una forma multidisciplinar.

Llevando tratamientos individualizados, evaluando durante el proceso la eficacia del tratamiento y modificando el plan si fuera necesario.

A la hora de asumir un modelo multidisciplinar es necesario definir el equipo que se encarga de realizar la prehabilitación. Las áreas implicadas son: anestesiología, cirugía, psiquiatría, rehabilitación, endocrinología y enfermería. Por lo tanto, se deberán desarrollar programas específicos que incluyan: programas de educación para la salud; protocolos de ejercicio aeróbico y anaeróbico; modificación del estilo de vida; suplementos dietéticos; mejora cognitiva del paciente; mantenimiento de la homeostasis del medio interno; aplicación tratamientos específicos, etc.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

004

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES PENDIENTES DE GASTRECTOMIA.  
IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE PREHABILITACION EN EL MODELO ASISTENCIAL**

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En septiembre de 2013 se presenta el proyecto para la implementación de una Unidad de Prehabilitación en el HCU Lozano Blesa. En Esnero de 2014 comenzamos a tratar a nuestros primeros pacientes. Los pacientes incluidos son pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico candidatos a cirugía gástrica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-Mejorar la capacidad funcional de los pacientes que esperan cirugía. 2.-Una mejor recuperación de la capacidad funcional postoperatoria, alcanzando los niveles basales funcionales previos en menor espacio de tiempo. 3.-Disminución de las complicaciones médicas postquirúrgicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-La valoración del estado funcional preoperatorio del paciente que va a ser intervenido es uno de los pilares básicos de la Unidad de Prehabilitación. Clásicamente la unidad utilizada para la valoración de la capacidad funcional del paciente es el METS. Esta es una unidad de expresión de la energía que mejor simula la cantidad de energía que expelle un cuerpo al realizar una determinada actividad física y su valor numérico o energético es de 3,5 ml O<sub>2</sub> kg<sup>-1</sup> de peso corporal por minuto o su equivalente de 1 Kcal kg<sup>-1</sup> de peso corporal por hora. Sin duda el MET se ha convertido en la medida de descripción de la carga de trabajo realizada en un esfuerzo físico. Es decir la carga de trabajo que puede asumir un paciente, en nuestro caso previo a la intervención. En estudios existentes en la bibliografía realizados en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal, se demuestra unos METS máximos de 6,1 en hombres (con IMC de 27) y de 5,1 en mujeres (con IMC de 26). Es decir, estos resultados muestran una capacidad máxima de caminar de 5,6 km h<sup>-1</sup>, lo que puede implicar una pobre capacidad funcional de los pacientes previa a la cirugía que sugiere una pobre reserva funcional. Por lo tanto debemos hacer una selección de los posibles pacientes candidatos a recibir una terapia prehabilitadora. Para ello el test que presenta mejores resultados en la literatura es el test de la marcha de seis minutos. Este consiste en medir la distancia máxima que puede recorrer un paciente durante seis minutos. Se debe acompañar al paciente para informarle cada treinta segundos del tiempo que resta para finalizar la prueba. La distancia teórica para un paciente está tabulada para su edad y su sexo, y se recoge en la siguiente fórmula:  
Distancia media= 866- (edad x 2,9) - (mujer x 74,7)

Este test da una idea de la capacidad submáxima que puede asumir un paciente e incluye parámetros como: intensidad, resistencia, fuerza o velocidad. Entre los estudios que se han realizado, el test se ha validado para definir el grado de recuperación tras cirugía de aparato digestivo. Una pobre respuesta a este test puede identificar a los pacientes con alto riesgo de complicaciones cardiopulmonares. Se ha comprobado que una respuesta de corte en 393 metros tiene una sensibilidad del 74% y una especificidad del 72%, figura 5. Es decir bajas distancias en el test se asocian a alta morbilidad y a un aumento de la estancia hospitalaria, independientemente del riesgo cardiopulmonar de los pacientes. Por otro lado se han identificado factores predictivos de mala respuesta al test de los seis minutos posoperatorio, entre ellos cabe señalar la presencia de un gran componente de ansiedad de los pacientes. Por lo tanto la población diana de los programas de prehabilitación debe ser aquellas que presenten factores predictivos de mala respuesta a la prueba de los seis minutos.

Una vez identificada la población de riesgo se deben aplicar programas de ejercicio orientados a la mejora de la capacidad funcional del paciente. La bibliografía es concluyente a la hora de señalar al ejercicio como un factor positivo en la prevención de patología como la enfermedad cardiopulmonar, diabetes, ACV, etc... En un estudio publicado en el NEJM, se vio que el incremento de cada MET en la capacidad frente al ejercicio implicaba un incremento del 12% en la supervivencia global.

El ejercicio aumenta la capacidad aeróbica y mejora el Índice de Masa Corporal. Estos dos parámetros implican una mejoría en la capacidad y en la reserva funcional del paciente. Con lo que aumenta la tolerancia al esfuerzo y por ello se produce un incremento en la resistencia del paciente a la agresión quirúrgica. Por otro lado disminuye la excesiva respuesta simpática, lo que resulta esencial para periodo postoperatorio. Y finalmente, entre otros, se produce una disminución de la resistencia periférica a la insulina, que se antoja fundamental en el periodo postoperatorio, ya que implica una menor afectación de la respuesta endocrino-metabólica. Por último, no solo reduce el tiempo de recuperación, sino que también mejora el tiempo de reparación tisular.

Por otro lado, y no menos importante, el ejercicio mejora el estado de ánimo, reduce la ansiedad y mejora la resistencia al estrés. Es decir el ejercicio promueve la salud cognitiva, siendo un estímulo comparable a estimulación intelectual

2.-En estudios publicados de terapia de prehabilitación basada en ejercicio, en los que los pacientes se sometieron a programas de prehabilitación durante cuatro semanas, con ejercicios aeróbicos diarios, que alcanzaban el 60% de la frecuencia máxima. Se vio que en pacientes con baja reserva funcional se producía un aumento del 15% de los valores de consumo de oxígeno respecto a los basales.

Sin embargo comenzaron a aparecer resultados dispares, o poco concluyentes en programas de prehabilitación con terapias de ejercicio combinadas (aeróbicas y de resistencia), se vio que los pacientes presentaban peores resultados que los controles (aquellos pacientes que eran sometidos a programas que solamente incluían caminar y control de la respiración).

Estos resultados implicaban que algún factor no se estaba controlando. Lo que sugería que el ejercicio podía no ser suficiente, ya que un tercio de los pacientes se deterioraban esperando la cirugía y solamente el 40% recobraban el estado funcional preoperatorio a las diez semanas de la intervención. Los estudios iniciales, que incluían a pacientes sometidos a prehabilitación con programas de ejercicio intenso, demostraron que estos pacientes no toleraban el esfuerzo y no recuperaban metabólicamente lo que habían gastado.

Aparecieron nuevos estudios en los que se incluían terapias nutricionales tras los programas de ejercicio y los resultados comenzaron a ser concluyentes. Aquellos pacientes sometidos a prehabilitación mejoraban las

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

004

**IMPLANTACION DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES PENDIENTES DE GASTRECTOMIA.  
IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE PREHABILITACION EN EL MODELO ASISTENCIAL**

respuestas a la prueba de los seis minutos perioperatorias.

Por lo tanto cualquier modelo de prehabilitación que se desarrolle debe incluir necesariamente terapia nutricional, con el objetivo de recuperar metabólicamente el gasto que pueda producir los programas de ejercicio. En este sentido se ha visto que los suplementos proteicos son el complemento nutricional ideal para la recuperación del esfuerzo. Ya que poseen una rápida digestión, son ricos en aminoácidos esenciales, y entre otras, tienen reconocidas propiedades antiinflamatorias.

3.-El último pilar en el que se debe basar cualquier programa de prehabilitación es la terapia cognitiva. El objetivo de esta no es otro que mantener la función cognitiva perioperatoria, previniendo el posible deterioro cognitivo de los pacientes. El proceso está orientado a la psicoeducación de los pacientes intentado estabilizar su estado de ánimo.

Para ello se incluyen terapias de relajación, apoyo social y técnicas que desarrollen el grado de confianza del paciente, no solo para afrontar la intervención quirúrgica, si no para aumentar su capacidad de poder superarla. Cuando aplicamos los tres pilares de la prehabilitación se obtienen, revisada la bibliografía, resultados muy alentadores

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Consulta preanestésica**

Se realizará consulta preanestésica que incluirá:

-Antecedentes quirúrgicos de interés incluyendo reacciones adversas y transfusiones sanguíneas previas.

-Antecedentes médicos de interés, incluidos antecedentes alérgicos y reacciones adversas a fármacos.

-Tratamiento continuado del paciente.

-Valoración de la vía aérea.

-Electrocardiograma y placa de tórax.-Análítica preoperatoria que incluya: bioquímica, hemograma y estudio de coagulación.

-Valoración del riesgo anestésico con la escala ASA.

-Registro del peso y talla, calculando el Índice de Masa Corporal (IMC).

-Información al paciente de todos los procedimientos a los que va a ser sometido y firma de los consentimientos informados para la anestesia y pruebas funcionales.

-Información al paciente de su inclusión en el presente estudio y firma del consentimiento correspondiente.

2.-Valoración de la capacidad funcional del paciente

Test de los seis minutos- Escala de Borg-Distancia recorrida

3.-Valoración del estado nutricional por encuesta nutricional y parámetros biológicos.

4.-Valoración del estado cognitivo por test HF36 y HADS.

5.-Establecimiento de terapia prehabilitadora

Se realizarán controles basales- previos a cirugía y un mes tras cirugía

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Por lo desarrollado anteriormente se entiende como misión de la Unidad de Prehabilitación la de aplicar terapia prehabilitadora a los pacientes con riesgo de deterioro perioperatorio, con la finalidad de aumentar su capacidad funcional previa a la cirugía, con el fin de conseguir los mejores resultados en salud, eficiencia y calidad tanto en la actividad asistencial, docente como investigadora.

La duración de la puesta en marcha e implementación de la Unidad será de un año, en el que se validará el test de los seis minutos para nuestra población y se estudiará el impacto de la aplicación de prehabilitación en el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

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. Profesionales

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Unidad de Prehabilitación

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

169

## 1. TÍTULO

**ELABORACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HCU "LOZANO BLESA"**

2. RESPONSABLE ..... NIEVES LOPEZ IBORT
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MOZOTA DUARTE JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - MARTINEZ SEDILES XIOMARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - PERLADO DEL CAMPO ELISA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Calidad del Sector III tiene como misión primordial mejorar la asistencia prestada a los pacientes, alineándose a su vez con el plan estratégico del hospital y teniendo como visión ser la unidad de referencia en la comunidad de Aragón.

Tras un periodo de búsqueda, análisis y reflexión, creemos que la mejor manera de poder llevar a cabo este planteamiento es elaborar un cuadro de mando integral (CMI) o balanced scorecard.

El CMI es una herramienta o metodología desarrollada por Kaplan y Norton en 1992 para la gestión estratégica. No es un instrumento de control, sino una metodología a disposición de los directivos y la organización para implantar de forma efectiva la estrategia diseñada, consiguiendo resultados de mayor calidad y eficiencia.

Esta herramienta nos va a ayudar a convertir la visión en acción mediante un conjunto coherente de indicadores agrupados e interrelacionados, a tomar decisiones y, a orientarnos sobre la dirección futura, en este caso, de nuestra unidad de calidad.

El CMI se extendió al sector sanitario a partir de finales de los noventa, siendo una de las experiencias internacionales pioneras en la utilización del CMI a gran escala es la que lideró la Ontario Hospital Association (Canadá), que decidió adoptar el CMI como herramienta de evaluación del desempeño en los 89 hospitales de la región en 1998. A partir del 2001, lo CMI empezaron a desarrollarse también para los servicios (urgencias, cuidados intensivos, enfermería...).

Se propone identificar las distintas perspectivas clave que se necesitan para proporcionar una visión integral del desempeño, en este caso de la unidad de calidad, identificar los objetivos estratégicos para cada una de estas perspectivas y seleccionar los indicadores y metas para cada uno de estos objetivos (pero después de haber establecido previamente los objetivos estratégicos).

Las cuatro perspectivas propuestas por Kaplan y Norton de financiera, Clientes, procesos y aprendizaje y crecimiento para alcanzar la visión: se transforman adaptándolas al ámbito de un sistema sanitario público en Ciudadano, procesos, recursos y Presupuesto.

Estas perspectivas no son independientes, sino que desde abajo se encamina hacia los pacientes o accionistas, a través de relaciones causales en las cuales se ha de pensar a la hora de diseñar este CMI.

Clasificar los objetivos en forma de perspectivas, ayuda a identificar las relaciones causales entre objetivos y, en definitiva, permite la representación gráfica eficaz de la estrategia.

Así, los mapas estratégicos se convierten en una pieza clave. Un mapa estratégico es una representación gráfica, muy visual, que describe de manera lógica la estrategia de una organización/unidad y cómo se llevará a cabo mediante una serie de relaciones causa-efecto entre objetivos. Los mapas estratégicos con la base sobre las que se construyen los CMI.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? - Gestionar y evaluar las estrategias de una forma más sencilla y eficaz
- ? - Transformar la estrategia en objetivos operativos
  - ? - Evaluar en qué medida se ha cumplido los objetivos o compromisos adquiridos
  - ? - Basar las decisiones en datos objetivos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ? - Creación del grupo multidisciplinar
- ? - Búsqueda bibliográfica sobre el tema a estudio: Ana Delia Cebollada Gracia
  - ? - Definir la estrategia de la unidad de calidad Julián Mozota Duarte
  - ? - Diseño de mapa estratégico: Nieves López Ibort Y Elisa Perlado Del Campo
  - ? - Diseño del CMI: Xiomara Martínez Sediles y Nieves López Ibort
  - ? - Difusión del CMI de la Unidad de Calidad a la organización: Julián Mozota Duarte
  - ? - Memoria anual: Xiomara Martínez Sediles
  - ? - Seguimiento: Julián Mozota Duarte y Nieves López Ibort

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

169

**ELABORACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HCU "LOZANO BLESA"**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración del CMI. Estándar: SI
- % de cumplimiento de medición de indicadores. Estándar: 75 %
  - N° de mediciones programadas de indicadores realizadas/mediciones programadas
  - % de cumplimiento de indicadores por encima del estándar marcado. Estándar: 75

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. mayo 2014: creación del grupo multidisciplinar y búsqueda bibliográfica  
junio 2014: definición de la estrategia  
julio-agosto 2014: diseño del mapa estratégico y del CMI  
septiembre: difusión del CMI  
diciembre: memoria anual y seguimiento.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

459

## 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.

- CALVO CEBOLLERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- MORENO ESTEBAN EVA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- BARCENA CAAMAÑO MARIO. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
- FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ INSA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- SANTOLARIA AISA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMODINAMICA
- ESCOSA ROYO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

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 morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo. El grado de desconocimiento es mayor entre las adolescentes y mujeres más jóvenes que en muchos casos desconocen o minimizan la importancia que los hábitos de vida poco saludables tendrán en su salud en la vida adulta. Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón realizamos en 2008 la Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, de medicina y enfermería: PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón). Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, escaso conocimiento de los factores de riesgo, alta prevalencia de hábitos de vida poco saludables como tabaquismo, sedentarismo y gran prevalencia de sobrepeso. 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 currículum 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.

Por lo tanto, existe una necesidad real de abordar el tema de cara a concienciar a este grupo poblacional sobre la importancia de adquirir y mantener unos hábitos de vida saludables, prevención y control de los posibles factores de riesgo y ampliar sus conocimientos sobre ECV.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde 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 lectivo (1,30-2 horas por actividad), en colaboración con el profesorado de Ciencias y/o Educación Física impartida en varios centros de Aragón.

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

459

**PROYECTO 'ARAGONESAS CON CORAZON' ESCOLAR: MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENE LA POBLACION ESCOLAR SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO**

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 recursos para hacer todas las actividades deseadas) 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. Hasta ahora hemos estado en varios IES de Zaragoza (Pablo Serrano, Miguel Catalán, Ramón Pignatelli, Grande Covian, José Manuel Bleuca, Jerónimo Zurita, Pablo Gargallo, Río Gállego), Domingo Miral (Jaca), Rodanas (Épila), Ángel Sanz Briz (Casetas). Hemos tenido muy buena aceptación siendo las charlas muy participativas y aclaradoras de dudas. Durante las mismas hemos detectado alta prevalencia de hábitos de vida no saludables por lo que consideramos que nuestra actividad puede aportar mucho.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información de la población escolar sobre el conocimiento de las 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 - Física - Química) 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.  
La charla se acompaña de material didáctico que queda a disposición de los profesores para trabajarlo en las aulas de forma transversal.

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 mayo 2014. Cronograma en dependencia del calendario escolar, se elabora en colaboración con el profesorado.

11. OBSERVACIONES. El grupo PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón) está compuesto por médicos (Cardiólogos y de Atención Primaria), enfermeras y estudiantes de enfermería con amplia participación de todos ellos en las actividades del grupo. Por desconocimiento de si se puede hacer, no he incluido a las estudiantes de enfermería en la lista de los componentes de equipo. ¿Se puede? En tal caso, que se pone en "Lugar de trabajo"? Muchas gracias y un saludo. Antonelall. 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

039

**MODIFICACION DE INSTALACIONES DE PISCINA DE REHABILITACION PARA ADECUACION A NUEVA NORMATIVA VIGENTE REAL DECRETO 742/2013. CREACION POSTERIOR DE PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICOS**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ESTEBAN  
· Profesión ..... INGENIERO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. INGENIERIA Y MANTENIMIENTO  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO ORTEGA MANUEL. INGENIERO TECNICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. INGENIERIA Y MANTENIMIENTO
- MENDOZA TREMPES JESUS. FONTANERO. H CLINICO UNIVERSITARIO. INGENIERIA Y MANTENIMIENTO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con fecha 11/10/2013 sale publicado nuevo real decreto 742/2013 por el que se establecen los criterios técnico sanitarios de piscinas. En este decreto se encuentra la del Servicio de Rehabilitación. Para cumplir este RD hace falta realizar una serie de modificaciones estructurales y organizativas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Cumplimiento del Real Decreto 742/2013.  
Mejora estructural que afecta a la calidad del servicio prestado.  
Realización de mediciones ambientales y de calidad del aire adecuadas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Instalación nuevo sistema de medición y control de desinfectante, así como de medición del pH del agua.  
Realización de protocolos diarios de mantenimiento para verificación del correcto funcionamiento de la instalación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Implantación nuevo sistema de determinación de desinfectante y ph (0 o 100%)  
Creación de protocolos diarios (0 o 100%)  
Cumplimentación de protocolos de forma diaria (nº protocolos realizados al mes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo: petición de ofertas.  
Abril - Mayo: revisión de ofertas y lanzamiento de nuevo equipo e instalación del mismo.  
Junio: creación de nuevos protocolos internos y formación al personal de la nueva instalación.  
Junio - septiembre: cumplimentación de protocolos y seguimiento de los mismos.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Cumplir normativa legal vigente (Real Decreto 742/2013)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- 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. ....                       | 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

156

**MEJORAR LA INFORMACION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AL ALTA, MEDIANTE LA ELABORACION DE "RECOMENDACIONES DE CUIDADOS" DE LOS PROCESOS IMPLEMENTADOS EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE CIRUGIA VASCULAR**

2. RESPONSABLE ..... JOSEFINA MILIAN OMEDAS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA CARDIOVASCULAR  
· SANCHEZ VAZQUEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA CARDIOVASCULAR  
· MONCHE PALACIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMERA DE VALORACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La falta de información clara y homogénea, es una de las causas que hacen muy difícil, la aplicación de los autocuidados que deben aplicarse los pacientes en su domicilio. Lo que conlleva riesgos de recaídas, ingresos prolongados, reingresos... cuando el objeto debería de ser preservar y mejorar el estado de salud y evitar así posibles recaídas o reingresos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. RELACIONADA CON LA INFORMACION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:  
Favorecer la accesibilidad a la información  
Fomentar la posibilidad de autocuidado por los pacientes y/o sus familiares  
Homogeneizar las recomendaciones entre atención primaria y especializada y viceversa  
Mejorar la calidad asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se establece el grupo de mejora, ofertando a los profesionales de la unidad la posibilidad de colaborar en el proyecto.  
Se distribuyen actividades y tareas según responsabilidades  
Se realiza búsqueda bibliográfica sobre el tema  
Se elaboran las recomendaciones establecidas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de seis recomendaciones correspondientes a los 6 Gd más prevalentes en el servicio de Cirugía Vasculard.

Reunión del grupo de mejora una vez al mes. El último jueves.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de comienzo, 24 de Abril

Duración: Abril 2014 hasta el 30 Octubre 2014

11. OBSERVACIONES. Durante el año 2015 siguiente, se realizará el seguimiento de la efectividad de estas recomendaciones y se seguirán elaborando hasta completar. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

067

**PARTICIPACION EN UN PROGRAMA NACIONAL DE ANALISIS DE RIESGO EN EL PROCESO RADIOTERAPICO CON EL FIN DE ESTABLECER BARRERAS QUE EVITEN SUCESOS INDESEABLES**

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MILLAN CEBRIAN
- Profesión ..... RADIOFISICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LOPEZ MATA MIRIAM. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
  - COBOS MANCHON DAVID. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los servicios de radioterapia y los procesos que en ellos se efectúan están sujetos a procedimientos que ofrecen un elevado nivel de seguridad. Sin embargo, la experiencia demuestra que pueden ocurrir fallos de equipo o errores humanos, o combinaciones de ambos, que desencadenen exposiciones accidentales.

La seguridad radiológica se apoya en gran parte en el cumplimiento de requisitos reflejados en normas y reglamentos, es lo que podría denominarse método normativo. Gracias a la difusión de información sobre exposiciones accidentales bien documentadas se cuenta con una valiosa herramienta para fortalecer la seguridad, ya que a la luz de las lecciones aprendidas se puede verificar si un servicio de radioterapia concreto es lo suficientemente seguro como para evitar exposiciones accidentales similares a las publicadas. Este método basado en reaccionar a lo ocurrido utilizando las lecciones aprendidas se denomina método reactivo. Sin embargo, hay otros posibles tipos de sucesos, que por no haber ocurrido o no haberse publicado, no son tratados por ninguno de los dos métodos indicados arriba. Estos riesgos latentes permanecen desconocidos y, por lo tanto, sin resolver, a no ser que se utilicen otros métodos capaces de anticiparse a que dichos riesgos latentes se conviertan en sucesos reales (proactivos).

Por otro lado, la creciente complejidad de nuevas tecnologías y nuevas técnicas pone de manifiesto que los métodos tradicionales de control de calidad con listas exhaustivas de pruebas pueden llegar a ser impracticables. El sentido común y la observación de experto para percibir si hay algo anómalo, tan importante.

El Foro Iberoamericano de Organismos Reguladores, del que el Consejo de Seguridad Nuclear forma parte, inicia en 2005 un proyecto para explorar DOS métodos proactivos para la evaluación de la seguridad de los tratamientos de radioterapia de haces externos con acelerador lineal de electrones, así como la utilidad de los mismos en dicha práctica:

- El Análisis Probabilístico de Seguridad (APS)
- La metodología de matriz de riesgo

Tras 2 años de trabajo emite un Informe : [www.foroiberam](http://www.foroiberam)

Como resultado del análisis Modal de Fallos y Efectos FMEA, se identificaron 295 posibles errores humanos y 158 posibles fallos de equipo. Estos errores y modos de fallos se agruparon finalmente en 118 tipos de sucesos iniciadores.

Asimismo se identificaron en el servicio genérico de radioterapia un número de 120 medidas de seguridad o barreras cuyo objetivo es detectar fallos e impedir la progresión de errores hacia un accidente. Fueron analizados e incorporados en el análisis 259 posibles modos de fallo que conducen al fallo de estas barreras.

En conjunto, la combinación de fallos de barreras y de sucesos iniciadores dio lugar a 434 posibles secuencias accidentales de las que a su vez 115 podían dar lugar a exposiciones accidentales de múltiples pacientes y otras 143 podían conducir a la exposición accidental de un solo paciente. El resto de las posibles secuencias, al incluir el éxito de alguna barrera no daba lugar a daño.

Como observación final se debe señalar que el APS requiere de un esfuerzo considerable y de expertos en la propia metodología por lo que no puede ser llevado a cabo de forma individual.

La necesidad de un método simplificado asequible en cada hospital, al propio personal con un esfuerzo moderado, hace surgir la Metodología de Matrices como herramienta para la autoevaluación de los servicios, orientada a la prevención de errores o fallos que den lugar a exposiciones accidentales.

Así, a principios de 2013 surge el proyecto MARR (MATrices de Riesgo en Radioterapia), como colaboración entre las sociedades profesionales y el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) para la utilización de la matriz de riesgos en radioterapia, según la metodología desarrollada por el Foro Iberoamericano de Organismos Reguladores. Al grupo que lo coordina le llamaremos "Grupo MARR".

**Objetivos:**

- 1.Promover e impulsar la realización de los análisis de riesgo en Radioterapia.
- 2.Hacer partícipe de la metodología de matrices de riesgo, surgida del proyecto del FORO.
- 3.Transmitir y compartir el conocimiento adquirido con los profesionales de los servicios de radioterapia y con las Sociedades Profesionales de SEOR, SEFM, AETR y SEPR.

El Grupo MARR se propone la difusión y adaptación de la metodología de Matrices de Riesgo a la realidad Española. Para ello se seleccionaron 10 centros para participar en el estudio, y en particular un equipo de un

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

067

**PARTICIPACION EN UN PROGRAMA NACIONAL DE ANALISIS DE RIESGO EN EL PROCESO RADIOTERAPICO CON EL FIN DE ESTABLECER BARRERAS QUE EVITEN SUCESOS INDESEABLES**

especialista en Radiofísica Hospitalaria, un Oncólogo Radioterapeuta y un Técnico de Radioterapia de cada centro. El HCU es uno de los hospitales participantes.

En Mayo de 2013 se organiza un curso de formación donde se explican los objetivos del trabajo y se programa su realización, al que acude el equipo del HCU seleccionado.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Desde mayo de 2013 a marzo de 2014 se ha trabajado según el cronograma establecido (No puede incluirse como imagen), revisando todos y cada uno de los sucesos iniciadores que habían sido identificados por el estudio general, analizando la aplicabilidad a nuestro centro y comentando posibles variaciones respecto a barreras o reductores de frecuencia o consecuencia propuestos.

Una vez que el Grupo MARR analice el estudio realizado por los diferentes hospitales, reajustarán el mapa de procesos. Ese mapa se presentará al resto de centros del país con el fin de que se analicen los sucesos que hayan quedado como definitivos en el estudio, así como las barreras o reductores que cada uno aplique.

De esta forma podrán analizarse aquellos sucesos que descubra el estudio como de riesgo alto y actuar sobre ellos con las barreras o reductores necesarios.

Ese mismo proceso se llevará a cabo en el HCU

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** El análisis del mapa definitivo propuesto por el Grupo MARR será realizado por los miembros de este grupo de mejora, los mismos profesionales que ya hicimos el barrido inicial. Una vez finalizado, cada miembro de este grupo pondrá en común los resultados con sus compañeros, y a su vez con los responsables de calidad de los dos servicios (Física y Radioterapia) para coordinar acciones a llevar a cabo para incidir en aquellos sucesos de riesgo alto que hayan podido identificarse.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Número de sucesos analizados y comentados  
Número de barreras confirmadas o añadidas

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** Este proyecto se inició, como se ha comentado, en Mayo de 2013. Se prevé su finalización en Diciembre 2014.

**11. OBSERVACIONES.** El proceso real del proyecto dependerá del correspondientes actuaciones del Grupo MARR.11. OTRO ENFOQUE. Aplicación de métodos proactivos de prevención de sucesos en un Servicio hospitalario

**POBLACIÓN DIANA**

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

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO****OTRA PALABRA CLAVE 1.** Suceso iniciador**OTRA PALABRA CLAVE 2.** Barrera**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. ....                       | 1 Nada     |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 1 Nada     |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

220

**INFORMATIZACION DE LA AGENDA DE CITACIONES DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PSIQUIATRIA EN FORMATO HP-HIS E INCORPORACION A LA INTRANET DEL H.C.U.**

2. RESPONSABLE ..... MARIA FABIOLA MODREGO AZNAR

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUTIERREZ ALIAGA MARIA VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. CITACIONES. CONSULTAS
- SABANDO GIMENO ARANXHA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad, los pacientes ambulatorios que acuden a la Consulta de enfermería de Psiquiatría, para recibir tratamiento antipsicótico inyectable u otras prestaciones de cuidados enfermeros, se citan en una agenda física aunque los médicos psiquiatras tienen sus respectivas agendas informatizadas por el Servicio de Citaciones desde hace años.

Hasta ahora se llevaba el control de las intervenciones enfermeras con los pacientes ambulatorios, tanto de los primeros días médicos o de enfermería como de las revisiones, en una agenda física anual y en una hoja que se enviaba mensualmente al Servicio de Estadística.

Consideramos que sería una oportunidad de mejora llevar el control de citaciones de los pacientes ambulatorios a través de una agenda en formato HP-His y poder visualizarla a través de la Intranet del H.C.U.

Se ha iniciado la preparación del personal de la Consulta enfermera para que aprenda a manejar la agenda de citaciones desde la propia consulta y así conseguir mayor flexibilidad y calidad en la asistencia a los pacientes que acuden a dicha consulta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos poner en marcha la agenda de citaciones de la Consulta de enfermería en formato HP-HIS y dejarla de forma definitiva.

Es inviable remitir a los pacientes al Sº de Citaciones de la Planta Baja de Consultas Externas del H.C.U. ya que supone una sobrecarga de trabajo para los administrativos de Citaciones y por el mucho tiempo que deben esperar los pacientes en la fila de Citaciones; esto implica pérdida de agilidad en la gestión de las citas y de la calidad asistencial a los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Se ha abierto la agenda de la enfermera gracias a la responsable administrativo de Citaciones.

2.- Formación del personal de enfermería que trabaja en Consultas de Psiquiatría para el manejo de la agenda de citaciones en formato HP-HIS.

3.- Paulatinamente, se irán citando a través del formato HP-His a todos los pacientes que acuden de forma periódica a la consulta de enfermería, manteniendo al mismo tiempo la agenda física durante este año.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de pacientes ambulatorios citados en la agenda en formato HP-His, que acuden a la Consulta de enfermería de Psiquiatría.

2.- Número de personal de enfermería, debidamente formado, que atiende la Consulta de enfermería de Psiquiatría para mantener la agenda abierta y actualizada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHAS: De Enero a Diciembre de 2014.

CRONOGRAMA:

Enero 2014: apertura agenda de citaciones de la consulta de enfermería de Psiquiatría.

De enero a abril 2014: Formación del personal de enfermería.

Enero a diciembre 2014: Citación a través del formato HP-His a todos los pacientes que acuden a la Consulta de enfermería de Psiquiatría.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con tratamiento antipsicótico

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

220

**INFORMATIZACION DE LA AGENDA DE CITACIONES DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PSIQUIATRIA EN  
FORMATO HP-HIS E INCORPORACION A LA INTRANET DEL H.C.U.**

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

065

## 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.
- LUKIC ANTONELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGICA
  - FUSTERO MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
  - SANTOLARIA AISA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - SANCHEZ INSA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - SANZ BESCOS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
  - BARCENA CAAMAÑO MARIO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. 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 redundo 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.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

065

**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'**

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular. Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, el 21,7% sabe que tiene o ha tenido el colesterol alto, el 21,7%, la tensión arterial elevada y el 8,3% es diabética. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso y el 20% tiene antecedentes familiares próximos de angina de pecho o infarto. Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los factores de riesgo cardiovascular, siendo el más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres. Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al corazón, casi una de cada tres no elige como respuesta a la pregunta... el contacto 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)
  - o 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 Charla asociación amas de casa Pina de Ebro (mayo 2013)
  - 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.
  - o.- 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.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

065

## 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'**

- 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, 2013
- Así mismo se inicio desde el 2010 recorrido anual ciclista para promoción de la salud cardiovascular en la mujer". que coincide con charlas en mayo en el Salon Joaquin Roncal para la promoción de la salud cardiovascular

## 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".
- Actualmente se está trabajando con el Hospital Meixoiro con la Dra Elisa Blanco para realizar "Encuesta en las mujeres gallegas de su salud cardiovascular

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

065

## 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'**

mismo en el acto. La repartición de los mismos

se realizará principalmente en el Hospital y Centros de Salud

3. Colaboración con la Fundación ARagonesa del Corazpn para la realización de parques con corazón.

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 2014 hasta fin 2015

Se tiene previsto ya la realización de charlas en Calamocho, centro de salud (Teruel), Charla en la sociación jubilados del Boteron (Zaragoza) pendiente de fecha

18 de mayo 2014 marcha ciclista "Cuida tu corazón", promoción Salud cardiovascular de la mujer.

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

## 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. ....                     | 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 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

367

## 1. TÍTULO

**WALK ROUND Y ACTIVIDADES FORMATIVAS BREVES PARA ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN**

## 2. RESPONSABLE ..... JULIAN MOZOTA DUARTE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ IBORT NIEVES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD
- MARTINEZ SEDILES XIOMARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD
- HERNANDEZ SALUEÑA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION ENFERMERIA
- CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD
- CRESPO MARTIN PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. EDUCACION DIABETOLOGICA
- JIMENEZ TORRES PATRICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. POOL DE CONSULTAS
- GARCIA HERNANDEZ ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. EDUCACION DIABETOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La comunicación con los profesionales que llevan a cabo los labores de atención a los pacientes son fundamentales para identificar problemas y riesgos en la prestación de cuidados, así como los factores contribuyentes de los mismos y establecer oportunidades de mejora. Se pretende integrar herramientas utilizadas en líneas de mejora en la seguridad del paciente, como son los Walkrounds o rondas de líderes con formación breve en las unidades de hospitalización sobre algunos cuidados con repercusión contrastada en la seguridad de los pacientes.

Se realizarán reuniones informativas breves, de 10-15 minutos, entre miembros de la UCA, DUE de Educación Diabetológica y los DUE de las unidades de hospitalización.

Al mismo tiempo, en un ambiente de confianza y compromiso, mediante un enfoque proactivo, se pretende identificar y minimizar los riesgos, determinar oportunidades de mejora y ofrecer soluciones.

Los temas a abordar en la formación de los DUE de las unidades de hospitalización del HCU Lozano Blesa relacionados con la seguridad del paciente serán:

- Manejo de Vías Venosas
- Seguridad en el uso de Fármacos
- Manejo de insulinas.
- Prevención de caídas y comunicación de incidentes.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Formar en algunos cuidados habituales que han generado errores

- Fomentar la cultura de la seguridad
- Mejorar la calidad de los cuidados
- Disminuir los errores e incidentes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En cada visita a las Unidades de Hospitalización se preguntará sobre eventos adversos, casi errores y causas sistemáticas que contribuyen a estos eventos. Los eventos identificados se registrarán y se analizarán para determinar prioridades e implantar acciones para evitarlos (método de WalkRound). El registro y estudio de los problemas y riesgos identificados se llevará a cabo por los integrantes de la Unidad de Calidad.

Los miembros de la UCA y DUE del Servicio de Endocrino programarán reuniones informativas breves (10-15 minutos) con los DUE de cada unidad de hospitalización, en el área de trabajo.

Se tratarán los siguientes temas:

- Manejo de Vías Venosas
- Seguridad en el uso de Fármacos
- Manejo de insulinas.
- Prevención de caídas y comunicación de incidentes

Sobre cada uno de ellos, se explorará la forma habitual de proceder, realizando a continuación la formación prevista, adaptada a las necesidades del servicio. Se invitará a formular problemas y riesgos percibidos en la actividad diaria, indagando sobre los posibles factores contribuyentes, buscando soluciones e identificando oportunidades de mejora.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de reuniones

- Número de personal DUE que asiste
- Número de problemas de seguridad clínica identificados.

Los indicadores se obtendrán en cada una de las reuniones.  
Evaluación trimestral.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Diseño de walkround y hoja de recogida de cada walkround: Julián Mozota, Ana Delia Cebollada. Mayo 2014

- Diseño de actividades formativas y hoja recogida datos: Nieves López Ibort, Carmen Hernández, Pilar Crespo. Mayo 2014

- WalkRound: Carmen Hernández, Julián Mozota, Nieves López, Ana D Cebollada. Junio 2014-abril 2015

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

367

**WALK ROUND Y ACTIVIDADES FORMATIVAS BREVES PARA ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN**

- Actividades formativas breves: Julián Mozota, Nieves López, Ana D Cebollada, Pilar Crespo, Patricia Jiménez y Rosa García. junio 2014- abril 2015

- Recogida Indicadores: Xiomara Martínez, Nieves López, Julián Mozota. Junio 2014- abril 2015

En cada visita a las Unidades de Hospitalización se preguntará sobre eventos adversos, casi errores y causas sistemáticas que contribuyen a estos eventos. Los eventos identificados se registrarán y se analizarán para determinar prioridades e implantar acciones para evitarlos (método de WalkRound).

El registro y estudio de los problemas y riesgos identificados se llevará a cabo por los integrantes de la Unidad de Calidad.

Los miembros de la UCA y DUE del Servicio de Endocrino programarán reuniones informativas breves con los DUE de cada unidad de hospitalización.

Se tratarán los siguientes temas:

- Manejo de Vías Venosas
- Seguridad en el uso de Fármacos
- Manejo de insulinas.
- Prevención de caídas y comunicación de incidentes

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. Seguridad clínica

OTRA PALABRA CLAVE 2. Formación

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

100

## 1. TÍTULO

**ASISTENCIA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS**

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.

- GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- OROS ESPINOSA DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PEREZ HIRALDO PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- FABRE GONZALEZ ERNESTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las urgencias en Obstetricia y Ginecología supone una importante proporción de la asistencia en nuestro servicio. Esta tarea la realizan un amplio número de personas, con diferentes niveles de formación y especialización, lo que se traduce una falta de uniformidad de actuación. Esta dispersión de actuación repercute en el volumen de ingresos hospitalarios, pruebas diagnósticas solicitadas, tratamientos prescritos y derivación a consultas. Consideramos que la elaboración e implantación de algoritmos en la asistencia de urgencias puede incrementar la eficiencia y nuestra calidad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Creación de algoritmos de asistencia a las urgencias obstétricas y ginecológicas

- 2) Difusión de los algoritmos
- 3) Implantación de los algoritmos
- 4) Creación de plantillas específicas para la aplicación informática de urgencias (PCH)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Detección de las patologías más frecuentes en la asistencia de urgencias en OyG.

- 2) Creación de grupos de trabajo específicos para cada una de las patologías frecuentes detectadas. Cada grupo se formará de un especialista de la sección implicada en la patología, un residente y en el caso de obstetricia una matrona si la patología lo requiere.
- 3) Discusión común de los algoritmos propuestos. Los algoritmos se realizarán a partir de la evidencia publicada.
- 4) Difusión de los algoritmos. Realizaremos sesiones de formación monográficas. Todos los algoritmos se compilarán en un manual. Desarrollaremos material para su acceso en el área de urgencias (póster)
- 5) Implantación de los algoritmos
- 6) Evaluación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Detección de las patologías más frecuentes en la asistencia de urgencias en OyG. Se realizará un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en todas las pacientes que acudan a urgencias de OyG.

- 2) Creación de los algoritmos
- 3) Difusión de los algoritmos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1) Mayo-Junio 2014. Estudio descriptivo de frecuencia de urgencias en OyG

- 2) Julio-Octubre 2014. Creación de los algoritmos
- 3) Octubre 2014. Discusión y aprobación de los algoritmos
- 4) Noviembre. Formación, difusión e implantación.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Urgencias Obstetricia y Ginecología

OTRA PALABRA CLAVE 2. Protocolos

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

272

**IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE DERIVACION DE HEMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III**

2. RESPONSABLE ..... LUIS PALOMERA BERNAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CALLEN SEVILLA LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· CAÑADA JOSE LUIS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA  
· DOURDIL SAHUN VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Febrero de 2011 se implantó en el Servicio de Hematología y Hemoterapia una consulta de alta resolución ó acto único (CHAR). motivado por que la demanda de consulta de atención especializada de Hematología de primer día estaba aumentando. Así mismo habían aumentando las revisiones con un índice de sucesivas/primeras de 4,8 de media en los últimos 4 años. Esto hacía que la demora media prospectiva hubiera pasado de 15 días en 2006 a 56 días en 2010. Para mejorar estos índices creamos la CHAR Metodología de la CHAR: Se realizan revisiones semanales de todas las peticiones de consulta. Una vez revisados los motivos se dividen en consultas que necesariamente hay que ver de forma presencial y consultas no presenciales. Consultas no presenciales: una vez valoradas su grado de complejidad clínica, se consulta la analítica disponible en el histórico del hospital de manera única ó ampliando algún tipo de estudio y se emite un informe, tanto al paciente como al médico solicitante, sin necesidad de que el paciente acuda a la consulta. Hemos valorado los dos años de funcionamiento (Febrero 2011-Febrero 2013).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Resultados:

Hemos atendido por este procedimiento a 2709 pacientes, 69% provenían de Atención Primaria (AP) y 31% de especializada. Por la CHAR hemos atendido a 1804 pacientes que suponen un 66,5% del total. De éstos un 61% se solucionan en un acto único y un 39% se les envía algún tipo de prueba adicional y citación presencial para valoración definitiva. Un tercio de estos pacientes son dados de alta. Sumando el 61%+13% (1/3 del 39%), supone un 74% que son solucionados por este método, que relacionado con el 66,5% solucionados con el CHAR, supone que un 50% del total de pacientes son solucionados por este método no presencial. Las patologías más frecuentes que hemos atendido en la CHAR son: alteraciones de la hemostasia (19%), aumentos de la ferritina ó alteraciones del metabolismo férrico (16,7%), gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI) (9%), trombocitopenias (8,8%) anemias no ferropénicas (8,4%) y anemias ferropénicas (8,3%). Las patologías que mejor se han solucionado mediante CHAR: el 90% de las anemias ferropénicas, el 87,5% de los aumentos de ferritina y el 84% de las GMSI. Los resultados en los índices han sido: la demora media prospectiva ha descendido a 11 días y la ratio sucesivas/primeras 3,2 en dos años de implantación. Conclusiones: un 66,5% de las consultas se han solucionado por el CHAR con solución definitiva del 50% de los casos. Se han evitado consultas, desplazamientos innecesarios y un importante ahorro al no duplicar análisis. Rapidez de respuestas con 100% de informes. Se ha analizado los diagnósticos más frecuentes de derivación y hemos mejorado la relación con Atención Primaria (AP), dándole más capacidad resolutoria.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Para mejorar la relación con AP y una vez analizadas las causas más frecuentes de derivación se pretende realizar PROTOCOLOS DE DERIVACION, consensuados por AP y el Servicio de Hematología y Hemoterapia de las siguientes patologías:

- ANEMIAS CARENCIALES
- SOBRECARGA FERRICA
- GAMMAPATIAS MONOCLONALES

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se van a elaborar unos protocolos de derivación de las patologías mencionadas consensuados entre el Servicio de Hematología y Hemoterapia y Atención Primaria. Se elaborará un primer borrador por Hematología y se enviará a AP para su revisión y aportación de las sugerencias pertinentes.

Los responsables de Hematología serán Dr Luis Palomera y Dr Luis Callen  
El responsable de Atención Primaria el Director del sector III (Dr Cañada) o persona que delegue  
Se contará con un técnico del Sector en actividades sanitarias y metodología para darle forma al documento. Se procurará que sean protocolos fáciles de manejo, claros, concisos y que se basen en algoritmos y cuadros de decisión no complejos.  
Así mismo es intención del Servicio de Hematología de promover reuniones para difundir estos protocolos, incluidas charlas en los propios centros de salud a cargo de especialistas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Porcentaje de reducción de derivaciones de cada patología relacionadas con el año anterior en que no estaban implantados estos protocolos de derivación

- Grado de satisfacción en AP

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

272

**IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE DERIVACION DE HEMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III**

Su obtención se realizará con la valoración de las interconsultas enviadas desde AP y mediante encuestas de satisfacción

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha prevista: 1 de Enero de 2015  
- Finalización del proyecto: no finaliza

-Cronograma:

- Mayo-Julio 2014: Preparación por Hematología de los protocolos
- Agosto-Octubre 2014: Consenso con AP de los protocolos
- Noviembre-Diciembre 2014: Presentación en los distintos centros de salud

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. 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

450

**CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG). PROGRAMA TRANSVERSAL DE APLICACION A TODOS LOS DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA****2. RESPONSABLE** ..... VALERO PEREZ CAMO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- IRIGOYEN RECALDE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- DE LA CAMARA IZQUIERDO CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- PALOMERO LOBERA MARIA VISITACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- MARCO SANJUAN CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- RUIZ LAZARO PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- MARTINEZ BERGANZA ASENSIO ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** - En el momento actual no existe un registro oficial de estas características en el servicio de psiquiatría. Algunos de los pacientes que cumplirían criterios para dicha denominación son conocidos por todos los profesionales por haber pasado por todas las unidades del servicio, otros son atendidos repetidamente en urgencias o precisan de hospitalizaciones frecuentes, otros acceden a programas de enfermería ambulatoria para control de su adhesión o tolerabilidad al tratamiento.

- La ausencia además de un sistema general de recogida de información en salud mental (asunto pendiente desde hace ya décadas) en Aragón, tampoco ha facilitado la recogida de esta importante casuística, lo que nos lleva a importantes dificultades para el conocimiento real del número de pacientes afectados de este concepto nosológico y secundariamente a la imposibilidad de planificar adecuadamente nuestros recursos actuales y futuros. La oportunidad de mejora es la constitución de este registro, con un diseño técnico, adecuado, accesible informáticamente y operativo, que permita de forma clara la catalogación de los casos que cumplen criterios de TMG.

Este sería el punto inicial e imprescindible para el desarrollo posterior de programas "ad hoc" para grupos de pacientes y para evitar:

- 1- Descoordinación asistencial entre profesionales y recursos
- 2- Pérdida de seguimiento
- 3- Dificultades actuales en la continuidad asistencial

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Preferentemente, contemplar las siguientes áreas de intervención:

- a) aumentar los beneficios de la atención;
- b) disminuir los riesgos de la atención;
- c) garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios;
- d) proporcionar una atención más eficiente

**Objetivos**

Diseño del registro de TMG por grupo de trabajo  
Formación interna de la cumplimentación del registro de TMG  
Puesta en marcha del registro

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Objetivos

- 1.- Diseño del registro de TMG  
Responsable: Grupo de trabajo
- 2.- Registro informático:  
Responsables: Colaboración con servicio de informática del hospital
- 3.- Formación interna de la cumplimentación del registro de TMG  
Responsables: Dr. Valero Pérez Camo, Dra. Isabel Irigoyen Recalde
- 4.- Puesta en marcha del registro  
Responsable: Todo el Servicio de Psiquiatría

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

- 1.- Registro en red
- 2.- Reuniones indicativas de formación a todos los profesionales con acceso al registro
- 3.- Censo de TMG a 31 noviembre 2014



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

450

**CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG). PROGRAMA TRANSVERSAL DE APLICACION A TODOS LOS DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA**

La evaluación y seguimiento se hará con el Registro Documental de todos los indicadores:

- constitución y sesiones de grupo de trabajo
- reunión de formación de los profesionales con acceso al registro
- registro operativo en red
- censo registrado a 31 noviembre

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 7 de enero de 2014  
Fecha de finalización: 30 de noviembre de 2014

Calendario:

- Constitución y sesiones de grupo de trabajo: del 7 d enero al 30 de abril de 2014
- Reunión de formación de los profesionales con acceso al registro: mayo de 2014
- Registro operativo en red: junio de 2014
- Censo registrado a 31 noviembre

11. OBSERVACIONES. En la Comunidad Autónoma de Aragón no tenemos puesto en marcha un sistema de información. Este es un proyecto pilotado desde el Sector III pero diseñado de tal forma que, una vez que lo pongamos en marcha, puedan incorporarse el resto de los sectores y convertirse en un recurso autonómico.

Por otro lado el objetivo de este registro es localizar y poder atender al grupo de pacientes psiquiátricos con patología más grave, lo cual proporcionará una asistencia mucho más eficiente. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 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

323

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS PARA ESTUDIO DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS**

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.

- REBOLLAR GONZALEZ SORAYA. BIOLOGO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- SALAZAR PUERTOLAS ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- HERNANDEZ VILLEN MARIA DOLORES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- LOPEZ ALCUTEN FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La llegada de muestras de líquidos biológicos (cefalorraquídeo, pleural, ascítico, sinovial, pericárdico, lavado broncoalveolar, etc.) al laboratorio de bioquímica en contenedores inadecuados puede afectar al correcto recuento e identificación celular en caso de coagulación de la muestra, así como afectar a los valores de pH y a distintos parámetros bioquímicos. Hasta ahora existe un importante número de muestras que no llegan en los contenedores adecuados (con excepción de líquidos cefalorraquídeos) y que puede dar lugar a una mala interpretación de los resultados. Por ello es importante realizar el estudio de este tipo de muestras en condiciones óptimas, de forma que garanticen una mayor fiabilidad de los parámetros analizados. Por otro lado, los líquidos biológicos no suelen llegar acompañados del tubo de suero necesario para calcular los cocientes líquido/suero que permiten realizar una adecuada interpretación de los resultados.

Nuestro grupo pretende que las muestras de líquidos biológicos que se remiten desde los diferentes servicios lleguen en las mejores condiciones para su correcto análisis. Además de aumentar el número de muestras acompañadas del tubo de suero.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Reducir el número de muestras de líquidos biológicos que llegan al laboratorio de bioquímica en contenedores no adecuados, al lugar incorrecto o fuera del horario.

- Optimizar el tiempo y esfuerzo que el personal del laboratorio dedica en el procesamiento de la muestra.
- Mejorar la calidad de los resultados emitidos por el laboratorio de bioquímica para una adecuada interpretación de los mismos en beneficio del paciente.
- Lograr que se envíen los líquidos biológicos acompañados del tubo de suero para poder comparar las concentraciones de los parámetros bioquímicos.

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

- Realizar un protocolo que incluyan la forma correcta de envío de líquidos biológicos, así como también el horario y lugar de recepción.
- Colgar este protocolo en la intranet del hospital.
- Se enviará a los diferentes servicios un e-mail informándoles de que el protocolo está disponible en la intranet, para que tanto el servicio médico como el de enfermería puedan acceder a él.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de muestras de líquidos biológicos que llegan al laboratorio de bioquímica en contenedores inadecuados (con excepción de líquidos cefalorraquídeos), en total y el porcentaje de muestras incorrectas enviadas por cada servicio.

- Porcentaje de muestras de líquidos biológicos que llegan al laboratorio de bioquímica y no tienen una analítica de suero.

Se medirán los indicadores antes y después del envío de información. Serán obtenidos trimestralmente entre mayo de 2013 y mayo de 2015.

La medición de los indicadores se realiza con ayuda del sistema informático del laboratorio (SIL).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión del equipo y realización del protocolo en mayo-junio de 2014.

- Enviar el protocolo al responsable de calidad del hospital para que lo incorpore a la intranet en julio de 2014.
- Se enviará un e-mail a todos los servicios del hospital en agosto o septiembre de 2014.
- Análisis de los indicadores en mayo de 2015.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 323

1. TÍTULO

**MEJORA EN LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS PARA ESTUDIO DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS**

- 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

345

**APLICACIÓN DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CISTECTOMÍA RADICAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESÁ.**

2. RESPONSABLE ..... MANUEL RAMIREZ FABIAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CASANS FRANCES RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA  
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA  
· GACIA LECINA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA  
· SANCHEZ DONOSO NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CUIDADOS INTENSIVOS  
· UTRILLA IBUARBEN MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMERIA QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los programas de rehabilitación multimodal (PRM) han demostrado, en los Servicios y Centros que los han adoptado de manera rutinaria, mejorar significativamente la calidad de vida del paciente (la experiencia del paciente de su hospitalización y tratamiento) y los resultados clínicos en cuanto a morbilidad postoperatoria.

Más aún, al conseguir una disminución de complicaciones y unos criterios uniformes de manejo logran disminuir de manera significativa la estancia hospitalaria y las potenciales complicaciones asociadas a hospitalización. Existe un acuerdo generalizado de los elementos esenciales que deben formar parte de cualquier PRM, y debido a esto se hace, como hemos apuntado con anterioridad, imprescindible la colaboración entre Servicios y especialidades. Gran parte de los principios del protocolo que se presentan están basados en artículos sobre la aplicación de PRM a cirugía mayor urológica. Recientemente se ha publicado una guía clínica con 22 ítems, y su evidencia científica, sobre los que se basa la Rehabilitación Multimodal en cistectomía radical.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aplicación de estas maniobras en los pacientes tratados mediante cistectomía radical en el Hospital Clínico Lozano Blesa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar y aplicar un protocolo de Rehabilitación Multimodal en los pacientes tratados mediante cistectomía radical.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración del protocolo y aplicar al menos un 80 % de los ítems establecidos en el protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio 2014 y aplicación durante este mismo año .

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

077

## 1. TÍTULO

**ESTIMACION DE DOSIS EN CRISTALINO DEL PERSONAL QUE TRABAJA A PIE DE TUBO EN PROCEDIMIENTOS DE COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (ERCP)**

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
- LUENGO TOLOSA ELENA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- VILLALBA PELLEJERO ROSA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- FERRER GONZALEZ MARIA LUISA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- CASTEJON ANDRES MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 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, decidió modificar el límite anual de dosis de radiación en cristalino, recomendando un valor de 20 mSv cuando anteriormente era 150 mSv. El nuevo límite ya ha sido recogido en la legislación europea (Directiva 2013/59/EURATOM de 5 de diciembre), que establece un plazo de 4 años para su transposición 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. A lo largo de 2013 se realizaron estimaciones de dosis en cristalino entre el personal que habitualmente trabaja a pie de tubo (cirujanos vasculares, facultativos y DUEs de la sección de Radiología Intervencionista, facultativos y DUEs de la Unidad de Hemodinámica, y técnicos de radiodiagnóstico que operan los equipos radioquirúrgicos). No se incluyó al grupo que realiza la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP), perteneciente al Servicio de Aparato Digestivo que, a lo largo de los últimos años ha visto aumentar este tipo de intervenciones y que, a diferencia de los colectivos citados anteriormente, utiliza un equipo de rayos X no diseñado para procedimientos intervencionistas.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Obtener una estimación de la dosis de radiación en cristalino del personal que interviene en los procedimientos de ERCP ( facultativos, DUE, auxiliares y celadores)  
? 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. Todos los integrantes del grupo de ERCP disponen de un dosímetro personal de solapa, proporcionado por el Centro Nacional de Dosimetría (CND), que se colocan a altura del pecho, bajo el delantal plomado, cada vez que se disponen a realizar una intervención. Para la evaluación de la dosis en cristalino, se les dotará de un dosímetro adicional, proporcionado también por el CND, que se colocarán en el hombro más próximo al haz de radiación, sobre el delantal plomado.

Por otra parte, puesto que respecto al haz de radiación la posición del dosímetro externo, sobre el hombro, no coincide con la posición real del cristalino, se realizarán medidas sobre un maniquí antropomórfico que, en posición similar a la de los diferentes profesionales, llevará un dosímetro sobre el hombro y otro sobre el cristalino.

De esta forma se dispondrá de un factor para convertir la dosis en hombro en dosis en cristalino. Adicionalmente, se tomará nota del producto dosis -área (PDA) correspondiente a la exploración, facilitado por el equipo de rayos X, con el fin de relacionar la dosis en cristalino de los diferentes profesionales con la carga radiológica del equipo.

De la gestión de estos dosímetros externos se encarga la auxiliar administrativa, M<sup>a</sup> Carmen Castejón, al igual que lo hace de los dosímetros que se llevan habitualmente bajo el delantal.

Las técnicas del Servicio de Física y PR, por turno semanal, se ocupan de vigilar que el personal en el interior de la sala se ha colocado el dosímetro externo en la posición correcta, así como de anotar el valor del PDA de cada intervención.

De las medidas realizadas sobre el maniquí antropomórfico se encargan Pedro Ruiz y M<sup>a</sup> Ángeles Rivas.

De la elaboración de los datos y comunicación de los resultados se encarga M<sup>a</sup> Ángeles Rivas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? % de trabajadores a los que se aplican las estimaciones, calculado sobre el total de los que intervienen en las ERCP

? % de trabajadores que superarían el límite de cristalino propuesto por ICRP (20 mSv/año), calculado sobre el total de los que intervienen en las ERCP

? N° de trabajadores que necesitarían llevar elementos de protección de cristalino, que serían todos aquellos

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

077

**ESTIMACION DE DOSIS EN CRISTALINO DEL PERSONAL QUE TRABAJA A PIE DE TUBO EN PROCEDIMIENTOS DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (ERCP)**

cuya dosis estimada anual supere o se aproxime a los 20 mSv.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Enero/14 Fecha final: Junio /14

Cronograma:

Enero: Reunión con el equipo que realiza las ERCP para informarles del estudio que se desea llevar a cabo y requerir su colaboración. Solicitar al CND dosímetros de solapa para llevar sobre el delantal plomado.

Febrero-Abril: Durante los meses de febrero a marzo se entregará a este personal, además del dosímetro habitual, el nuevo dosímetro para llevar sobre el delantal. Simultáneamente se computará la carga de trabajo en términos de número de intervenciones realizadas y el valor del PDA correspondiente a cada una de ellas. Se identificarán las posiciones que, respecto al paciente, ocupan los diferentes integrantes del equipo según su categoría.

Abril-Mayo: Análisis de los datos recogidos (lecturas dosimétricas, carga de trabajo...).

Junio: Resultados definitivos y conclusiones

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Dosis radiación

OTRA PALABRA CLAVE 2. Cristalino

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

008

**PROGRAMA DE REHABILITACION PRECOZ EN CIRUGIA ESOFAGOGASTRICA****2. RESPONSABLE** ..... PABLO ROYO DACHARY

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- CANDEAL HARO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- NAVARRO GONZALO ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- GONZALO RODRIGUEZ AZUCENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- BORAO MUÑOZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- ALARCON ARAMBURO EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- LONGAS VALIEN JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Los programas de rehabilitación multimodal han demostrado su eficacia en la disminución de estancias hospitalarias, mostrando también una mejoría en las complicaciones postoperatorias. Se pretende implantar estos programas en la unidad de esofago-gástrica donde los pacientes, muchas veces en pobres condiciones físicas y nutricionales, pueden obtener un gran beneficio en su recuperación postoperatoria.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** Estos programas han mostrado un gran beneficio en la cirugía colorrectal, con una disminución de la estancia hospitalaria de 6 días de media.

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Se espera disminuir la morbimortalidad en el postoperatorio de la cirugía esofágica y gástrica. De forma secundaria se espera disminuir la estancia hospitalaria y mejorar la satisfacción del paciente y familiares. Por estimación con los resultados obtenidos en la cirugía colorrectal se espera conseguir una disminución de la estancia hospitalaria de al menos 6 días de media. Esta disminución será debida a una disminución de las complicaciones, principalmente de fugas anastomóticas y fístulas.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** En colaboración con el proyecto de prehabilitación, se pretende adaptar todo el proceso perioperatorio (pre, intra y post) a los programas de rehabilitación multimodal. Se implantarán los protocolos ya consensuados por el grupo GERM (grupo español de rehabilitación multimodal) y los resultados se auditarán con la base de datos del grupo ERAS (grupo europeo)

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** La evaluación y seguimiento se realizará con la aplicación estadística incluida en la base de datos del grupo ERAS, que en tiempo real permite analizar datos. Se valorarán datos de morbilidad (infección de herida, fuga anastomótica, otras complicaciones), estancia hospitalaria, mortalidad y grado de cumplimiento del protocolo. Dicha herramienta permite todo tipo de comparaciones, incluyendo los resultados en relación a otros centros europeos. Se evaluarán los datos de los seis primeros meses y se compararán con los últimos seis meses, analizando la mejora en el grado de cumplimiento del protocolo y la disminución de las complicaciones.

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** El proyecto empezará en Abril de 2014. La duración de la implantación será de un año. Se compararán los resultados obtenidos durante los 6 primeros meses con los de los 6 meses siguientes, analizando las mejoras obtenidas en relación a la mejora del grado de cumplimiento del protocolo.

**11. OBSERVACIONES.** 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

**PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON CORTICOIDES EN EL HOSPITAL****2. RESPONSABLE** ..... DANIEL SAENZ ABAD

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... ZARAGOZA 3

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

- GIMENO ORNA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA
- SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- PEREZ CALVO JUAN IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- LAHOZ PEREZ CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- BORAU MAORAD LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA
- TORRES COURCHOUD ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** Los corticoides son fármacos empleados en la práctica totalidad de especialidades médicas y quirúrgicas. Se estima que cerca del 10% de pacientes ingresados están sometidos a tratamiento esteroideo a dosis altas. Es bien sabido que el uso de corticoides durante el ingreso descompensa la glucemia de la práctica totalidad de enfermos diabéticos pero además es capaz de ocasionar hiperglucemia en un alto porcentaje de pacientes previamente no diabéticos hasta el punto de que esta situación tiene nombre propio (diabetes esteroidea). El riesgo relativo de padecer una diabetes esteroidea se sitúa entre 1.36 y 2.31 según estudios y todavía es una entidad infradiagnosticada (es infrecuente ver incorporado el diagnóstico de diabetes esteroidea en los informes de alta hospitalaria) e infratratada (en pocas ocasiones se programa un tratamiento específico para esta situación durante el ingreso incluso cuando la descompensación glucémica es grave).

Teniendo en cuenta que la hiperglucemia ocasionada por el corticoide asocia mayor morbimortalidad y consumo de recursos parece lógico que mejorar el control glucémico de estos pacientes mediante la creación de un protocolo específico puede suponer una mejora en el pronóstico y una reducción del gasto sanitario directa e indirectamente derivado de este problema.

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

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** • Mejorar el control glucémico de los pacientes sometidos a tratamiento esteroideo durante el ingreso hospitalario

- Detectar pacientes diabéticos no conocidos o predispuestos a padecer diabetes en el futuro para planificar un adecuado seguimiento y control
- Disminuir de forma indirecta la estancia media de estos pacientes así como las complicaciones metabólicas e infecciosas derivadas de la hiperglucemia ocasionada por el corticoide.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se pretende elaborar un protocolo específico de tratamiento para todos los pacientes sometidos a tratamiento con corticoides durante el ingreso, atendiendo al tipo de paciente (diabéticos y no diabéticos), la situación metabólica durante el ingreso y la programación de dieta o ayuno.

Una vez elaborado y consensuado se llevarán a cabo tareas de difusión y divulgación entre los profesionales implicados en el manejo de este tipo de pacientes. Inicialmente se pretende implantar en el Servicio de Medicina Interna y tras un período de aplicación se procederá a medir los resultados exportándolo al resto de Servicios hospitalarios una vez de compruebe que se trata de un protocolo eficaz y seguro.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Se plantean los siguientes indicadores de evaluación con su correspondiente estándar:

?

Estándar: Aplicación del protocolo a más del 80% de los pacientes con indicación para ello.

Indicador: 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes a los que se les aplica el protocolo}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes que ingresan con corticoides}} \times 100$$

Estándar: Obtención de glucemias dentro de los objetivos en más del 50% de pacientes adscritos al protocolo.

Indicador: 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con glucemia media dentro de los objetivos}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes adscritos al protocolo}} \times 100$$

Estándar: Aparición de hipoglucemia en menos del 20% de pacientes adscritos al protocolo

Indicador: 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con hipoglucemia}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes adscritos al protocolo}} \times 100$$

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** • Mayo-Junio 2014: elaboración del protocolo y consenso

- Julio-Agosto 2014: labores formativas y de divulgación en Medicina Interna
- Septiembre 2014: inicio de aplicación del protocolo
- Primer trimestre de 2015: análisis de resultados
- Abril-Mayo 2015: comunicación de resultados y planificación de opciones de mejora futuras



1. TÍTULO

**PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON CORTICOIDES EN EL HOSPITAL**

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. Diabéticos

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    |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

282

**PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS EN (DUES) PARA MEJORAR LA ASISTENCIA CLINICA Y DISMINUIR EL RIESGO EN EL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN PLANTA DE ENDOCRINOLOGIA Y/O MEDICINA INTERNA , EN HCU DE ZARAGOZA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA SANCHO SERRANO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GIMENO ORNA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- BLASCO LAMARCA YOLANDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- PIE JUSTE ANGELES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GARCIA ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- CRESPO MARTIN PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- JUSTEL ALICIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de diabetes mellitus en población general es 13,8% ; se incrementa considerablemente en pacientes hospitalizados, como causa del ingreso o comorbilidad.

En estos pacientes es frecuente la incidencia de complicaciones metabólicas agudas : hiperglucemia o hipoglucemia, debidas a la enfermedad intercurrente que ha ocasionado el ingreso o relacionadas con algún tratamiento o preparación para exploraciones complementarias.

Ambas situaciones suponen malestar para el paciente , riesgo de complicaciones cardiovasculares e incluso fallecimiento.

Para evitar/reducir estos efectos adversos, es necesaria :

1. Valoración clínica precoz del riesgo de presentar hiperglucemia/hipoglucemia : tratamiento previo, modificación del tratamiento al ingreso, dieta previa, cumplimiento de la dieta en el hospital.
2. Aplicación correcta de los protocolos terapéuticos.
3. Evaluación de resultados conseguidos.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Indicadores :

1. Nª de hiperglucemias (150-200 mg)/Nº determinaciones de glucemia , antes de la intervención formativa.
2. Nª de hiperglucemias (>200mg)/Nº determinaciones de glucemia , antes de la intervención formativa.
3. Nª de hipoglucemias (<60 mg)/Nº determinaciones de glucemia , antes de la intervención formativa.

## Resultados:

1. Disminución de situaciones de HIPERGLUCEMIA, en las plantas hospitalarias donde se realizó el proyecto y se evaluaron resultados.
2. Disminución de situaciones de HIPOGLUCEMIA, en las plantas hospitalarias donde se realizó el proyecto y se evaluaron resultados.
3. Satisfacción de los profesionales

## Evaluación : Hasta 2011

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminuir situaciones de Hiperglucemia.  
2. Disminuir episodios de Hipoglucemia.  
3. Satisfacción del equipo profesional(Alumnos y docentes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento es impartir un curso : "Perfeccionamiento en actitudes y competencias para DUE en diagnóstico y asistencia al paciente diabético ingresado en el Servicio de Endocrinología y/o Medicina Interna , en Hospital Universitario "Lozano Blesa".

Los responsables seran los componentes del Equipo de Mejora.

La metodología a utilizar será

1. Participativa , de todos los alumnos
2. Solución razonada de casos clínicos de dificultad creciente , en clase .
3. Plantear de forma razonada la solución de casos clínicos (tarea externa) y posteriormente , presentación al grupo,
4. Evaluación, por los alumnos, de los resultados conseguidos: conocimientos, actitudes , trabajo en grupo, competencias, satisfacción.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nª de hiperglucemias (>150 mg/dl) inadecuadas para la situación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

282

## 1. TÍTULO

**PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS EN (DUES) PARA MEJORAR LA ASISTENCIA CLINICA Y DISMINUIR EL RIESGO EN EL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN PLANTA DE ENDOCRINOLOGIA Y/O MEDICINA INTERNA , EN HCU DE ZARAGOZA**

clínica, por paciente diabético en un ingreso hospitalario , en el Servicio de Endocrinología.

2. N° de hipoglucemias (< 60 mg/dl) inadecuadas para la situación clínica, por paciente diabético en un ingreso hospitalario , en el Servicio de Endocrinología.

3. Modificación de los días de estancia hospitalaria imputable a un episodio de hipoglucemia , en el Servicio de Endocrinología.

4. Satisfacción de los profesionales con los resultados conseguidos, al final de la actividad formativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Evaluación previa : Septiembre

Actividad formativa : Septiembre-Octubre 2014.

Evaluación Curso : Al final del mismo.

Evaluación indicadores : Octubre- Noviembre 2014

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

POBLACIÓN DIANA

-EDAD. Adultos

-SEXO. Ambos sexos

-TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

## 1. TÍTULO

**PUESTA A PUNTO DEL TEST DE HOESCH EN EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTAMARIA GONZALEZ

- Profesión ..... BIOQUIMICO/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
- ASINARI CECILIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA
- BERNAL MORILLO MARIA. QIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA
- LAHUERTA PUEYO CARMEN. FIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico precoz de las porfirias agudas es fundamental para iniciar un tratamiento adecuado y evitar las graves secuelas neurológicas. Durante los episodios de crisis agudas se elevan los niveles de precursores (ALA y PBG) en orina. La presencia de cantidades anormales de estos precursores son detectados casi de forma inmediata mediante el test de Hoesch. Se trata de un método de cribado, sencillo, rápido y de bajo coste (<1 Euro/prueba) que se aplicaría previamente a los métodos cuantitativos en orina de 24h que actualmente se emplean en el laboratorio de bioquímica. En este momento no disponemos de ningún método de cribado, ante una sospecha de diagnóstico se procede a recoger orina de 24h que posteriormente llega al laboratorio para cuantificar porfirinas y precursores, pero las técnicas empleadas son muy laboriosas y requieren de personal cualificado, con lo que el resultado se demora hasta una semana. Ante la importancia de un diagnóstico precoz, creemos necesaria la puesta a punto de esta prueba de cribado con muestra obtenida de una sola micción, para ofrecer de manera casi inmediata un resultado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Minimizar el tiempo de respuesta del laboratorio y ofrecer de manera inmediata un resultado positivo o negativo.

-Reducir el número de pruebas a realizar mediante los métodos cuantitativos que son más largos (7-10 días) y costosos (> 10 Euros/prueba), de forma que, sólo los resultados positivos pasarán a ser cuantificados en orina de 24h.

-Establecer un protocolo de cribado para el diagnóstico de porfiria aguda.

-Incluir como prueba rápida de despistaje en el laboratorio de Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Optimizar y estandarizar el método de cribado en el laboratorio de rutina utilizando para ello un control positivo.

-Adquisición de material y reactivos

-Realizar el test a todos los pacientes con sospecha de porfiria aguda y posteriormente cuantificar los niveles de precursores en orina de 24h para comprobar que todos los resultados negativos concuerdan con valores normales y los resultados positivos con concentraciones elevadas, hasta alcanzar un tamaño muestral adecuado.

-Protocolizar el método

-Sensibilizar a los profesionales del laboratorio sobre la importancia del diagnóstico precoz.

-Implementar el test en el laboratorio de rutina

-Implementar el test en el laboratorio de urgencias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número total de pruebas de cribado realizadas. Será obtenido y evaluado mensualmente.

-Recuento de pruebas positivas y negativas. Será obtenido y evaluado mensualmente.

-Número de pruebas que dejamos de hacer con el método de cuantificación por resultado negativo en el método de cribado. Será obtenido y evaluado trimestralmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014: revisar la técnica y adquirir el material

Mayo-Junio 2014: optimizar el método

Julio-Diciembre 2014: realizar ambas pruebas en las muestras remitidas al laboratorio de bioquímica por sospecha de porfiria aguda y comparar resultados.

Enero 2014: protocolizar e implementar el método de cribado. Cuantificar sólo ante un resultado positivo.

Febrero 2014: valorar como prueba de despistaje en el laboratorio de urgencias y consensuar con los facultativos de urgencias los criterios de inclusión.

Marzo 2014: implementar el test en el laboratorio de urgencias

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

**PUESTA A PUNTO DEL TEST DE HOESCH EN EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA**

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

093

## 1. TÍTULO

**EL ACIDO TRANEXAMICO COMO ALTERNATIVA EN EL AHORRO DE SANGRE EN CIRUGIA ORTOPEDICA.**

## 2. RESPONSABLE ..... BELEN SERAL GARCIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ..... ZARAGOZA 3

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESTELLA NONAY RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SERRANO BARRIO SANTIAGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- PALANCA MARTIN DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- DOMINGUEZ TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ALBAREDA ALBAREDA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estrategia transfusional va cambiando a lo largo de los últimos años en Cirugía Ortopédica. En el 2010 se implantó el programa de donación predeposición con gran aceptación por parte del Servicio de Traumatología. Las pérdidas hemáticas en el postoperatorio cada vez son menores, detectando desde el Banco de Sangre que la mitad de las unidades reservadas caducaron en el 2013. Como alternativa a este procedimiento, se empezó a administrar ácido tranexámico (ATX) de manera local tras la implantación de la prótesis de rodilla en el 2011. Se han podido evaluar los resultados del 2011-2012 y a partir de ello, se propone establecer un consenso de utilización del fármaco mediante un protocolo de mejora en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos revisado la pérdida sanguínea y la necesidad transfusional asociada en 39 pacientes operados de 43 prótesis de rodilla durante los años 2011-2012, a los cuales se les administró 2 ampollas de Amchafibrin® 500 mgr/5ml con drenaje cerrado durante 30 minutos tras el cierre del campo quirúrgico en periodo de isquemia. La anestesia fue locoregional en todos los casos. La edad media de los pacientes intervenidos fue de 70 años, con un IMC de 30 Kg/m<sup>2</sup>. El ASA fue 2 en un 65% y 3 en un 35%. La estancia media hospitalaria fue de 7,42 días. El tiempo quirúrgico medio fue de 106,8 min con un tiempo de isquemia a 310 mm Hg de 101,1 min. La hemoglobina y hematocrito previos medio fue de 13,68 y 40,3% respectivamente. Siendo necesaria la transfusión en 5 pacientes. La disminución de Hb postoperatoria fue 1,1 g/dl menor en el grupo de ATX con una tasa de transfusión de 7,1% frente a 13,8%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creemos que a la vista de los resultados que hemos obtenido en la muestra objeto de nuestro primer análisis, sin efectos secundarios ni complicaciones importantes hasta el momento, debemos establecer una sistematización de la utilización de ácido tranexámico (ATX) en las artroplastias de rodilla primarias, con el objeto de poder valorar si su uso sistemático, nos va a permitir disminuir de forma muy significativa la necesidad de sangre en este grupo de pacientes, y que después de analizarlos con una muestra suficiente, podamos valorar la conveniencia de utilizarlo también en artroplastias primarias de cadera y/o cirugías de revisión tanto de cadera como de rodilla.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Utilización de 3 ampollas de ácido tranexámico (ATX) por vía intraarticular tras el cierre de la herida a través del drenaje de redón y mantenerlo cerrado durante 30 minutos, (para que pueda realizar su actividad hemostática). Aplicación a todos los pacientes que se intervengan de artroplastia primaria de rodilla, que no presenten contraindicación para el uso del ATX, desde 1 de mayo a 31 de diciembre de 2014. De entrada, esto nos va a permitir solicitar una única unidad de sangre antes de la intervención, sabiendo que en la mayoría de los casos no va a ser necesaria su utilización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El mejor indicador va a ser el número de pacientes que han necesitado transfusión, en relación al total de intervenidos y cuantificar el número de unidades de sangre que se han ahorrado. Se hará una evaluación y seguimiento de forma continuada, dado que es una actividad quirúrgica que se realiza diariamente y que se puede controlar de forma sencilla.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de la sistematización el 1 de mayo de 2014 y finalización del periodo de análisis el 31 de diciembre 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

093

**EL ACIDO TRANEXAMICO COMO ALTERNATIVA EN EL AHORRO DE SANGRE EN CIRUGIA ORTOPEDICA.**

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

343

**ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION PARA LOS PACIENTES TRATADOS EN LA UNIDAD DE LITOTRIZIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESIA**

2. RESPONSABLE ..... JORGE SUBIRA RIOS
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
  - Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - NAVARRO GIL JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - MATA ORUS MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - CHAVEZ GUZMAN ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
  - ALCACER ROBERTO ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unida de Litotricia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa es centro de referencia para el SALUD en el tratamiento mediante litotricia extracorpórea por ondas de choque. En esta unidad se realiza un tratamiento integral de la enfermedad litiásica urinaria. De importancia es conocer la opinión de los pacientes así como la de sus familiares para poder mejorar en la asistencia prestada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer el grado de satisfacción y las sugerencias por parte de los pacientes tratados en la Unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de una encuesta que se entregará al paciente una vez sea dado de alta en la Unidad de litotricia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de la encuesta y su entrega en el 90% de los pacientes tratados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de la encuesta de satisfacción antes de julio de 2014. Comenzar la entrega de la encuesta en septiembre 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. pacientes con litiasis urinaria

## 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

390

**REALIZACION DE NUEVOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA, Y ACTUALIZACION DE LOS EXISTENTES, APROBADOS POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, PARA SU USO EN TODA ESPAÑA**

2. RESPONSABLE ..... HECTOR VALLES VARELA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ROYO LOPEZ JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· MILLAN GUEVARA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· URPEGUI GARCIA ANGEL MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· FUMANAL SENZ LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· CARMEN SAMPERIZ LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Ley General de Sanidad exige la utilización del Consentimiento Informado.

La utilización de estos consentimientos ha demostrado ser de gran utilidad para pacientes y profesionales. Es muy conveniente que estos consentimientos estén protocolizados, normalizados y aprobados por la Sociedad Nacional de la especialidad que se trate.

El proyecto actual es actualizar los existentes y confeccionar otros nuevos que los avances médicos exigen. En el año 2003 el responsable del proyecto y parte de los integrantes del equipo actual (como miembros de la Comisión de Protocolos y Standard de la Sociedad Española de ORL) ya realizaron estos consentimientos, que fueron presentados en Congreso de La Sociedad, aprobados para su uso y publicados en formato libro y en formato digital (CD). En esta ocasión se trata de la 3ª actualización y ampliación de dichos consentimientos, para su uso en todo el territorio nacional.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de los Consentimientos Informados normalizados a nivel nacional, necesarios para la actividad asistencial de la especialidad de Otorrinolaringología en nuestro país.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El trabajo consiste en la revisión de los consentimientos informados ya existentes y la realización de los nuevos que son necesarios por la aparición de nuevas tecnologías y nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

El trabajo se reparte por áreas de la especialidad:

- El responsable del proyecto se encarga de la redacción de los nuevos consentimientos, que luego serán revisados, y de la revisión y final y aprobación de las actualizaciones realizadas por el resto de miembros del equipo.
- El 1er Componente de equipo se encarga de la revisión de los consentimientos del área de Otolología.
- El 2º Componente de equipo se encarga de la revisión de los consentimientos del área de Base de Cráneo.
- El 3er Componente de equipo se encarga de la revisión de los consentimientos del área de Laringología.
- El 4º Componente de equipo se encarga de la revisión de los consentimientos del área de Faringe y SAOS.
- El 5º Componente de equipo se encarga de la revisión de los consentimientos del área de Rinología.
- El 6º Componente de equipo se encarga de la revisión de los consentimientos del área de Otoneurología y Audiología.
- El 7º Componente de equipo se encarga de la revisión de los consentimientos del área de Cirugía Cervical.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º\_ Consentimientos Informados redactados y actualizados. Revisión y Control directo por el responsable del proyecto del porcentaje de consentimientos finalizados.

2º\_ Consentimientos aprobados por la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Documento de aceptación y aprobación de dichos consentimientos.

Mediante el propio documento de los responsables de dicha sociedad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 14 de abril de 2014  
Final de proyecto previsto: 30 de noviembre de 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. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

390

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA, Y ACTUALIZACION DE LOS EXISTENTES, APROBADOS POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, PARA SU USO EN TODA ESPAÑA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

101

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA GESTION DE CITAS DEL SERVICIO DE TRANSFUSIONES PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y/O PROCEDENTES DEL AREA RURAL**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VILELA MERA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LOPEZ MATEO MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· MORATA TUDELA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· LANGARITA ABAD MARIA DEL CARMEN. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· OLORIZ MURILLO ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· LLORENTE MARQUEZ JOSEFINA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· BERROZPE DELSO PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras la implantación en nuestra unidad de nuevos procedimientos terapéuticos (tratamiento con hierro intravenoso, transfusiones de hemoderivados, elaboración de Suero autólogo, sangrías terapéuticas, procedimientos de ahorro de sangre) , se detecta la necesidad de elaborar un plan de mejora en la citación de los pacientes dado el incremento de indicaciones y aumento de actividad que condiciona retrasos en la atención y riesgo de empeoramiento de la calidad y seguridad percibida por el propio paciente. Así mismo dada la especial situación de algunos de nuestros pacientes, se considera necesario proceder a adecuar el sistema de citaciones de pacientes con dificultades de accesibilidad (dependencia, distancia al centro, motivos laborales), además de especificar la información necesaria para mejorar los resultados de dichos procedimientos terapéuticos

La posibilidad de optimizar las citaciones reduciendo esperas innecesarias, aprovechamiento mas adecuado de los recursos sociosanitarios (desplazamientos ambulancias, minimización de reiteración de desplazamientos al centro hospitalario) hace que se plantee la oportunidad de puesta en marcha de un plan dirigido a la atención mas adecuada de pacientes con mayor dependencia, mayor dificultad de accesibilidad y peores condiciones de asistencia. Todo ello se tendrá en cuenta y se priorizará según la atención individualizada por el personal de enfermería del Servicio de Transfusiones.  
En la actualidad se utilizaba en parte sistema de citación en consultas externas que no ha demostrado la idoneidad y la satisfacción esperada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A pesar de no tener resultados anteriores, la opinión de los pacientes atendidos en los últimos años nos muestra la necesidad de mejorar y adecuar las citaciones a las situaciones especiales de cada paciente, especialmente de aquellos en los que existe alguna circunstancia que empeore la accesibilidad (pacientes institucionalizados, pacientes de área rural, grandes dependientes, ....

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras la ejecución de los puntos principales del proyecto se pretende conseguir:

- Mejorar la satisfacción percibida por el paciente (Minimizar tiempos de espera, adecuar las citaciones a las necesidades del paciente evitando desplazamientos innecesarios y tiempos perdidos, reducir costes sociosanitarios).
- Mejorar parámetros de eficiencia de Servicio de Transfusiones en su unidad de enfermería
- Mejorar la seguridad del paciente mediante la atención personalizada y la información aportada.
- Garantizar el seguimiento, control y continuidad asistencial mediante registro informatizado y cartilla de seguimiento. Se considerará adecuado mediante la obtención de un 95% de pacientes con cartilla de seguimiento disponible.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El punto fundamental del proyecto se basa en la atención personalizada de los pacientes en turno continuado de 08:00 a 22:00 horas de lunes a viernes, por parte del personal enfermería. Las citaciones de programarán personalmente tanto de manera presencial como telefónica. Se procederá a la valoración particular de cada caso, teniendo en cuenta las circunstancias especiales de cada paciente.

Un punto importante será intentar minimizar el número de desplazamientos del paciente y/o familiares mediante simultaneidad de posibles citaciones. La responsabilidad de la atención personalizada recaerá sobre el personal de enfermería.

Se procederá a dar la información necesaria sobre el procedimiento a realizar tanto oral como escrito para garantizar la mejor comprensión por los pacientes y recabar su autorización tal y como recoge la Ley 41/2002 básica y reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Será responsabilidad del personal de enfermería y en caso de duda del facultativo responsable de la unidad. Para mejorar el seguimiento, control y continuidad asistencial se entregará cartilla de seguimiento donde se recoger

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se elaborará una encuesta anónima de satisfacción que se entregará tras cada procedimiento terapéutico realizado durante 6 meses. Posteriormente se valorarán los resultados obtenidos. Disponibilidad de cartilla de seguimiento: N° de pacientes atendidos sin cartilla de seguimiento/n° total de

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

101

**MEJORA DE LA GESTION DE CITAS DEL SERVICIO DE TRANSFUSIONES PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y/O PROCEDENTES DEL AREA RURAL**

pacientes atendidos x100.

Numero de pacientes atendidos sin cita previa: Pacientes tratados sin cita previa/pacientes totales atendidos sin cita previa x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración total del proyecto un año.

Junio 2014- Julio 2014: Elaboración de información a entregar a los pacientes y cartilla de seguimiento. Elaboración de encuesta de satisfacción en colaboración con la unidad de Calidad del sector III.

Septiembre 2014 Comienzo de atención personalizada e información escrita y oral a cada paciente.

Septiembre a Noviembre 2014 primera valoración de satisfacción. Entrega de encuesta a los pacientes atendidos que la depositarán anónimamente en buzón de encuestas de nuestra unidad.

Diciembre a Marzo continuidad de atención.

Abril a Junio 2015: Nueva evaluación de encuestas de satisfacción entregadas a cada paciente. Se realizará una nueva valoración de la satisfacción

Los indicadores de calidad se recogerán mensualmente durante los meses de Septiembre 2014 a Junio 2015.

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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