

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	159	BERNAL LABORDA, IRENE	PROYECTO DE MEJORA EN LA PROVISION Y ALMACENAMIENTO DE MEDICACION Y MATERIAL FUNGIBLE	CS ALAGON	
AT.PRIMARIA	58	GOMEZ PELIGROS, ANTONIO	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE ANTICOAGULADO	CS ALAGON	
AT.PRIMARIA	386	PEREZ OBON, JOSE LUIS	INDICE TOBILLO BRAZO Y RIESGO CARDIOVASCULAR	CS ALAGON	
AT.PRIMARIA	92	SOLA MARTINEZ, MARIA BLANCA	DISMINUIR LAS INCOMPARECENCIAS A LA CONSULTA PROGRAMADA DEL NIÑO SANO MEDIANTE RECORDATORIO SMS	CS BORJA	
AT.PRIMARIA	270	FUSTERO FERNANDEZ, MARIA VICTORIA	"ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES ARAGONESAS DE LA ENFERMEDAD C-V Y SUS FACTORES DE RIESGO A TRAVES DE LA CREACION DE LA WEB HTTP://WWW.MUJIERYCORAZON.COM Y LAS CHARLAS EN LOCALDADES DEL SECTOR III	CS CARIÑENA	
AT.PRIMARIA	469	GARCIA TEJEDOR, ANTONIO	ESTRATEGIA NAOS: APLICACION EN ZONA BASICA DE SALUD DE CARIÑENA	CS CARIÑENA	
AT.PRIMARIA	247	GRANADO GONZALEZ, MANUEL	MEJORA CONTINUA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE CARIÑENA	CS CARIÑENA	
AT.PRIMARIA	271	OTO NEGRE, ANTONIO LUIS	SEGURIDAD CLINICA: INTERACIONES FARMACOLOGICAS, LAS GRANDES OLVIDADAS DE NUESTRO DIA A DIA. (PARTE 2)	CS CARIÑENA	
AT.PRIMARIA	399	BLASCO CASTELLO, LUCIA CONSUELO	MEJORA EN 2010 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN CS DELICIAS NORTE	CS DELICIAS NORTE	
AT.PRIMARIA	212	ANTOÑANZAS LOMBARTE, ANGEL	PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010	CS DELICIAS SUR (DRONDA)	
AT.PRIMARIA	530	PEREZ VILLARROLLA, JOSE CARLOS	MEJORA DE LA COBERTURA DEL CRIBADO POBALCIONAL DE RETINOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR	CS DELICIAS SUR (DRONDA)	
AT.PRIMARIA	376	TRILLO RICALDES, JESSIKA	GESTION Y CLASIFICACION DE RESIDUOS SANITARIOS, PROTOCOLOS Y EDUCACION SANITARIA A PACIENTES Y TRABAJADORES DEL CENTRO	CS EJE DE LOS CABALLEROS	
AT.PRIMARIA	184	GOMEZ BERNAL, FRANCISCO JOSE	REGISTRO DE INCIDENCIA DE CANCER TOTAL Y POR LOCALIZACIONES EN LA ZS EPILA Y CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE DEMORA ENTRE DIAGNOSTICO DE SOSPECHA POR AP HASTA UN DIAGNOSTICO DE CERTEZA CON ANATOMIA PATOLOGICA	CS EPILA	
AT.PRIMARIA	168	CASTAÑO ROA, L. JAVIER	PREVENCION CARDIOVASCULAR. ARCHIVO Y DIGITALIZACION DE ECGS	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	
AT.PRIMARIA	172	DIAZ DEL CUVILLO, MIGUEL	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	
AT.PRIMARIA	482	DUEÑAS AGULLO, FRANCISCO	HIGIENE CORPORAL Y SALUD	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	
AT.PRIMARIA	259	COMPES LORENTE, ALBERTO	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	
AT.PRIMARIA	81	ESQUIVIAS JARAMILLO, CARMEN	EL PACIENTE CRONICO Y DEPENDIENTE: SU SEGURIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	
AT.PRIMARIA	18	ESQUIVIAS JARAMILLO, MARIA DEL CARMEN	LA CONTINUIDAD EN ATENCION PRIMARIA DEL PROYECTO MEJORAR LA INFORMACIONY DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	
AT.PRIMARIA	69	GRIMA MOLINER, JOSE LUIS	IMPLEMENTACION DE LA PRACTICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	
AT.PRIMARIA	236	HERRERO GIL, MARIA ANGELES	TALLER GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR	CS SADABA	
AT.PRIMARIA	253	LABORDA EZQUERRA, MARIA ROSARIO	MEJORA EN LA UTILIZACION Y REALIZACION DE AUTOCONTROL DE GLUCEMIA EN DIABETICOS	CS SADABA	
AT.PRIMARIA	210	EJARQUE GARCIA, FERNANDO	MEJORA Y UNIFICACION DEL REGISTRO EN OMI	CS TARAZONA	
AT.PRIMARIA	203	MARTINEZ-RAPOSO PIEDRAFITA, M CARMEN	MEJORA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO II MEDIANTE UN PROGRAMA DE INTERVENCION A CARGO DE MEDICINA DE FAMILIA-ENFERMERIA	CS VALDEFIERRO	

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

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	55	VILLAFRANCA ESCOSA, ALFREDO	ACCIONES DE UN EAP DE SALUD PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR EN EL CS Y LA IMPLICACION DE LOS MISMOS PACIENTES EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA A TRAVES DEL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR)	CS VALDEFIERRO	
AT.PRIMARIA	366	AZA PASCUAL-SALCEDO, MERCEDES	ACTUALIZACION Y MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LA GUIA DE FARMACOS UTILIZADOS EN LA ATENCIOA DE LAS URGENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA	DAP ZARAGOZA 3	
AT.PRIMARIA	383	CARCAS DE BENAVIDES, CRISTINA	ADECUACION DE LAS PRESCRIPCIONES CRONICAS A CRITERIOS DE CALIDAD. UNA LABOR DE EQUIPO	DAP ZARAGOZA 3	
AT.PRIMARIA	97	RUIZ BUENO, MARIA PILAR	CAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (GEP) EN DOMICILIO	ESAD ZARAGOZA 3	
AT.PRIMARIA	427	VELA CONDON, PABLO	PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DOCENTE DE MFYC SECTOR ZARAGOZA III	UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 3	
AT.PRIMARIA	436	VILLAVERDE ROYO, VICTORIA	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN CATALOGO DE MATERIAL DE FORMACION EN EL SECTOR ZARAGOZA III	UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 3	
AT.ESPECIALIZ.	6	ABAD ALEGRIA, FRANCISCO	ORGANIZACION DE UNA UNIDAD DE SUEÑO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	284	ANDRES CONEJERO, RAQUEL	MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA, Sº DE FARMACIA Y EL HOSPITAL DE DIA DE ONCO-HEMATOLOGIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	132	ARBEJ SANCHEZ, JULIO	APLICACION DE TECNICAS DE BIOFEEDBACK EN PACIENTES PSIQUIATRICOS GRAVES EN EL HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	76	ARENERE MENDOZA, MERCEDES	MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	1	BERNAL PEREZ, MILAGROS	OPTIMIZACION DEL REGISTRO DE CANCER DE ARAGON CON LOS DATOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	102	BLASCO BELTRAN, BENJAMIN	INSTAURACION DE BASE DE DATOS RELACIONAL CON ACCESO A LA RED CORPORATIVA EN LA UNIDAD DE LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	31	BRAVO BARRIO, FERNANDO	MEJORA Y COORDINACION EN LA PETICION DEL MATERIAL FUNGIBLE DEL EQUIPAMIENTO ELECTROMEDICO EN LOS SERVICIOS DE UCI, REA Y PARTORIOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	186	CANELLAS ANOZ, MIGUEL	CONTROL DE CALIDAD DEL ACELERADOR LINEAL SIEMENS MEVATRON ONCOR , VERIFICACION DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA POR MEDIO DEL DISPOSITIVO ELECTRONICO DE IMAGEN PORTAL	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	441	CASTRO FERNANDEZ, ANA ESMERALDA	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A LA MUJER GESTANTE Y PUERPERA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	467	CEBOLLADA DEL HOYO, JESUS	PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	331	CERVERA APARICIO, MARIA PILAR	CAMBIO EN EL METODO DE REALIZACION DE EXTRACCIONES EN LAS CURVAS DE GLUCOSA DE LARGA DURACION	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	413	CORNUDELLA LACASA, ROSA	IMPLANTACION DE PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (SINTROM) EN HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	43	DELGADO BELTRAN, CONCEPCION	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA REUMATOLOGICA EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	

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

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	471	DIAZ VEGA, MIGUEL	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE FORMACION DE RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	483	DIAZ VEGA, MIGUEL	DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE MEJORA EN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	174	FABRE GONZALEZ, ERNESTO	MAI (MADRE)... UN PLAN DE ASISTENCIA AL PARTO Y AL NACIMIENTO (PLAN DE IMPLANTACION)	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	422	FAURE NOGUERAS, EDUARDO	ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PERSONAL DUE EN PLANTA DE NEUROLOGIA Y HOSPITAL DE SEMANA Y PLANTA 7 DE HU LOZANO BLESA, PARA MEJORAR LA ASISTENCIA CLINICA Y LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE DIABETICO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	382	GARCIA ROMERO, ALEJANDRO	CALCULO DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS ABSORBIDA EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA CON EL METODO DE MONTE CARLO PARA VERIFICACION DE PLANIFICACIONES.	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	355	GAVIN SEBASTIAN, OLGA	ELABORACION DE PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	370	GAVIN SEBASTIAN, OLGA	ELABORACION DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (SINTROM) Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL HOSPITAL CLINICO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	185	GIL BERDUQUE, ANA BELEN	ELABORACION DE UNA GUIA DE BOLSILLO DE FARMACOS DE USO FRECUENTE EN URGENCIAS PARA ENFERMERIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	139	GIMENO GRACIA, MERCEDES	MEJORA EN LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES VIH	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	255	GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA, RAFAEL	PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS DE PREVALENCIA DE DEFECTOS CONGENITOS (INCIDENCIA AL NACER, DIAGNOSTICO PRENATAL E IVES) CORRESPONDIENTE AL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	429	JULIAN ANSON, MARIA ANGEL	MEJORA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA INFORMATICO DE GESTION DEL LABORATORIO (MODULAB GOLD) EN EL PERSONAL FACULTATIVO DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA CLINICA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	442	JULIAN ANSON, MARIA ANGEL	INCORPORACION AL SISTEMA INFORMATICO ("MODULAB GOLD") VIA ONLINE DE SCREENING PRENATAL Y NEONATAL EN EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA CLINICA, SECCION DE HORMONAS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	468	LAGUIA MARTIN, AURORA	MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES HCU SECTOR III (PARTE 2)	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	364	LINARES VICENTE, JOSE ANTONIO	PROTOCOLO Y MEJORAS TECNICAS PARA LA PREVENCION DE NEFROPATIA POR CONTRASTE RADIOLOGICO TRAS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	315	LOPEZ IBORT, MARIA NIEVES	SELECCION DE UNA ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR ADECUADA A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO SEVERO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	120	LOPEZ MATEO, MARIA MERCEDES	MEJORA DE LA ADMINISTRACION, CONSERVACION Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN NUESTRO CENTRO MEDIANTE LA DIFUSION DEL PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	314	LUKIC , ANTONELA	MEJORA DE CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA CATETERISMO CARDIACO EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. REALIZACION DE CURSO TEORICO-PRACTICO "HEMOSTASIA POSTCATETERISMO CARDIACO"	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	244	MARCO NAVARRO, MARIA JOSE	CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LESIONES CRONICAS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	

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

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	278	MARCO NAVARRO, MARIA JOSE	IMPLEMENTACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS LPP REALIZADA POR LA SUBCOMISION DE ULCERAS DEL HCU	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	5	MARCO SANJUAN, JUAN CARLOS	INFORMATIZACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (U.P.E.) Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA GENERAL DEL PACIENTE EN LA INTRANET	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	532	MARTIN BURRIEL, MARIA ANGELES	CONTINUACION DEL PROYECTO "MEJORA DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN EL SECTOR ZARAGOZA III"	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	98	MILIAN OMEDAS, JOSEFINA	PREVENIR ERRORES DE MEDICACION, ESTABLECIENDO MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE C. VASCULAR DEL H.C.U.	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	229	MURILLO PEREZ, CARLOS	IMPLANTACION DE HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA EN UNA CONSULTA UROLOGICA ESPECIFICA DE CONTROL DE CISTECTOMÍAS	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	287	OROS ESPINOSA, DANIEL	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION OBSTETRICA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA HOSPITAL LOZANO BLESA ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	181	OROS LOPEZ, DANIEL	PROGRAMA DE ASISTENCIA AL MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO PRECOZ	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	230	PASAMAR MILLAN, BEATRIZ	PROGRAMA DE REDUCCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD DEL FAMILIAR DEL PACIENTE PROGRAMADO PARA INTERVENIR QUIRURGICAMENTE POR CANCER, RELACIONADO CON LA INFORMACION APORTADA POR ENFERMERIA AL INGRESO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	136	PEREZ ARBEJ, JOSE ANTONIO	CONSULTA UROLOGICA NO-PRESENCIAL (ALTA RESOLUCION E INTERACTIVA)	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	24	PEREZ CALVO, JUAN IGNACIO	PROYECTO DE MEJORA EN INSUFICIENCIA CARDIACA. MEJORAR LA CARACTERIZACION DEL SINDROME PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	443	PEREZ TRULLEN, ALFONSO	PROYECTO DE MEJORA EN LA REALIZACION DE TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA, PARA DISMINUIR LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA MISMA, EN PACIENTES CON MINIMO O ESCASO DERRAME PLEURAL NO FILIADO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	425	PORTERO PEREZ, MARIA PILAR	LA IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA (VC) PARA EL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO (CCP) MINIMIZA EL RIESGO DEL PACIENTE QUE SE SOMETE A ESTE PROCEDIMIENTO INVASIVO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	534	PORTERO PEREZ, MARIA PILAR	GUIAS DE ACTUACION PARA ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE AL QUE SE HA REALIZADO UN CATETERISMO CARDIACO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	412	PUENTE LANZAROTE, JUAN JOSE	INFORMATIZACION DE LA SOLICITUD DE ANALITICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSTARIO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	420	PUENTE LANZAROTE, JUAN JOSE	ENVIO ELECTRONICO DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	437	PUENTE LANZAROTE, JUAN JOSE	OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO DE PETICIONES ANALITICAS POR PARTE DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD CENTRAL DE LABORATORIO ("UCL") DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	282	RIVAS JIMENEZ, MIGUEL	MEJORA EN LA ATENCION A LA HIPERGLUCEMIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	416	RIVAS JIMENEZ, MIGUEL	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE LA DETERMINACION DE TROPONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	321	ROMERO CARDIEL, MANUEL ANGEL	HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	152	ROSES MONFORT, ELENA	REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMERS REALIZADOS EN EL PEROPERATORIO DEL PROCESO QUIRURGICO	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	341	RUIZ ARROYO, JOSE RAMON	ELABORACION DE PROTOCOLO DE RECEPCION Y DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	116	SANZ PLUMED, ANA VICTORIA	INCORPORACION DE AYUDAS TECNICAS A LOS TALLERES DE CUIDADORES DEL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	536	SOBREVIELA LASERRADA, MERCEDES	CONSULTA DE HISTEROSCOPIA AMBULATORIA DE ALTA RESOLUCION	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	524	TAJADA DUASO, MAURICIO	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO): INVESTIGACION Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	487	TEJERO LOPEZ, TERESA	MEJORA DE LA SEGURIDAD, ACCESIBILIDAD E INFORMACION RECIBIDA POR LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO, A TRAVES DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA (CONTINUACION 2009)	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	261	VALLE GERHOLD, JORGE	SISTEMA ACELERADOR DEL ITINERARIO DESDE PRIMER SINTOMA A CISTECTOMIA EN EL CANCER INFILTRANTE VESICAL	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	439	VENTURA FACI, MARIA PURIFICACION	IMPLANTACION DE UN PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGIA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
AT.ESPECIALIZ.	30	YAGÜE ALVAREZ, MARIA PILAR	ELABORAR PLANTILLA DE TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO INSERTADA AL PROGRAMA UNIDOSIS INFORMATIZADA	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	
SALUD MENTAL	78	HERAS ALONSO, NOELIA	VALORACION DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP DEL PILAR	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	
SALUD MENTAL	415	PEREZ MARTINEZ, LUCIA	ADECUACION DE LOS TALLERES PRELABORALES DEL CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	
SALUD MENTAL	277	SANCHEZ LECINA, PAZ CRISTINA	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE OBSERVACION DE PSICOMOTRICIDAD PARA PACIENTE CON T.MARIAG.	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	
SALUD MENTAL	320	SANCHEZ LECINA, PAZ CRISTINA	MEJORA DE LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD	CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

159

PROYECTO DE MEJORA EN LA PROVISION Y ALMACENAMIENTO DE MEDICACION Y MATERIAL FUNGIBLE

2. RESPONSABLE IRENE BERNAL LABORDA
· Profesión MEDICO
· Centro CS ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISABEL OJEDA VERDE-MEDICO-CS ALAGON
JESUS OTERMIN ANDUEZA-MEDICO-CS ALAGON
JUAN ZORRAQUINO LOZANO-MEDICO-CS ALAGON
JOSE LUIS PEREZ OBON-MEDICO-CS ALAGON
MARTA MENDIZ ORTIGAS-ENFERMERA-CS ALAGON- REFUERZO
ANA BAILO GAY-ENFERMERA-CS ALAGON-SUPLENTE
MARIA JESUS BADIA BENITO-ENFERMERA- CS GALLUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DESABASTECIMIENTO CRONICO DE MEDICINAS Y MATERIAL, TANTO EN CONSULTORIOS COMO EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA. SE PRETENDE DETERMINAR LAS NECESIDADES REALES PARA ABASTECER CONSULTAS Y SALA DE A.C. PARTIMOS DE UNA SITUACION DE CARENCIA DE MATERIAL Y MEDICACIÓN Y DE LAS PROTESTAS EXPRESADAS POR EL PERSONAL ANTE ESTA SITUACIÓN, SIN QUE SE HAYA CUANTIFICADO EL PROBLEMA. POSIBLEMENTE, LO RECIBIDO NO SE AJUSTA A LO SOLICITADO ,O BIEN, ESTO ES INSUFICIENTE. SE RECABARA INFORMACIÓN DE LOS ENCARGADOS DE LA ELABORACIÓN DEL PETITORIO Y DEL SERPA, QUE SE ENCARGA DEL SUMINISTRO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - LLEGAR A FIN DE MES CON UN MÍNIMO STOCK EN PREVISION DE NECESIDADES EXTRAS.
-ELIMINAR LA CRISPACIÓN DEL PERSONAL Y USUARIOS QUE SE PRODUCE ANTE LA FALTA DE MEDIOS ELEMENTALES PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD HABITUALES

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE PASARÁ UN CUESTIONARIO DE NECESIDADES PARA LOS CENTROS QUE SE ABASTECEN A TRAVES DEL C.S. :
-SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA
-CONSULTAS
-RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD.

EL CUESTIONARIO SE ELABORARÁ POR EL EQUIPO. SE DIVIDIRA EL TRABAJO EN TRES ZONAS:

- CS ALAGON Y REMOLINOS. RESPONSABLES: JESUS OTERMIN Y ANA BAILO.

-PEDROLA ,CABAÑAS Y ALCALA , RESPONSABLES :JOSE LUIS PEREZ Y M^a JESUS BADIA

-FIGUERUELAS, BÁRBOLES, GRISEN, BARDALLUR,PLASENCIA Y URREA DE JALON, RESPONSABLES:JUAN ZORRAQUINO, ISABEL OJEDA Y MARTA MENDIZ

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. COMO INDICADORES SE UTILIZARAN
- NUMERO DE RECETAS QUE SE PRECISAN AL MES, EN ATENCION CONTINUADA,PARA CUBRIR LAS FALTAS EN MEDICACION O MATERIAL
-NUMERO DE RECETAS EN LAS CONSULTAS POR EL MISMO MOTIVO
-REGISTRO DE QUEJAS DE LOS PROFESIONALES POR FALLOS EN EL APROVISIONAMIENTO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO: MARZO DE 2010
FINALIZACION EN DICIEMBRE DE 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 159

PROYECTO DE MEJORA EN LA PROVISION Y ALMACENAMIENTO DE MEDICACION Y MATERIAL FUNGIBLE

EVALUACION DE NECESIDADES ENTRE MARZO Y ABRIL
ELABORACION DEL ESTUDIO ENTRE MAYO Y OCTUBRE
EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· ESTANTERIAS PARA MATERIAL	2.000 €	
· ESCALERA TRES PELDAÑOS	100 €	
· CARRO PARA REPARTO	300 €	
Total	2.400 €	

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

058

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE ANTICOAGULADO

2. RESPONSABLE ANTONIO GOMEZ PELIGROS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSÉ LUIS PÉREZ OBÓN-MÉDICO-CENTRO DE SALUD ALAGÓN
IRENE BERNAL LABORDA-MÉDICO-CENTRO DE SALUD ALAGÓN
ISABEL OJEDA VERDE-MÉDICO-CENTRO DE SALUD ALAGÓN
JUAN ZORRAQUINO LOZANO-MÉDICO-CENTRO DE SALUD ALAGÓN
JESÚS OTERMÍM ANDUEZA-MÉDICO-CENTRO DE SALUD ALAGÓN
MARIA JESÚS BADÍA BENITO-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD ALAGÓN
ANA BAILO GAY-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD ALAGÓN
MARTA MENDIZ ORTIGAS-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD ALAGÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La utilización de la terapia con anticoagulantes orales (TAO) es un método eficaz para prevenir los fenómenos tromboembólicos.

El número de personas que la utiliza aumenta debido a un incremento de la incidencia de fibrilación auricular y de la esperanza de vida. Aunque en el Centro de salud de Alagón, un número elevado de pacientes (230), realiza el control mediante sangre capilar, existe un porcentaje nada desdeñable, que se controla el INR en sangre venosa. Consideramos que el control más eficiente debe ser en sangre capilar. Para ello nos planteamos una serie de objetivos:

1. Conocer y registrar a todos los pacientes con TAO
2. Que todos los pacientes incluidos en el programa, se realice el control con el coagulómetro portatil.
3. Mediante un AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) del proceso se identificarán y evaluarán las deficiencias que ocurran, para así prevenir los posibles fallos.
4. Implantar el programa de autocontrol en los pacientes capacitados para ello.
5. Evaluar la satisfacción de los pacientes que se controla el INR en sangre capilar, en comparación con el control que se les realizaba previamente en sangre venosa.

Para la implantación de este programa de calidad, hemos realizado un DAFO. El análisis del mismo arroja los siguientes resultados:

Fortalezas:

- OMI-AP implantado en todo el EAP
- Experiencia previa positiva de algunos de los componentes del grupo de calidad
- Protocolo del control de TAO informatizado
- Consideramos que estos pacientes deben estar controlados en AP

Debilidades:

- Falta de formación de algunos profesionales
- Hay que informar a los sanitarios suplentes del proceso
- Resistencia al proceso de algunos pacientes y profesionales externos al EAP.

Oportunidades

- La seguridad del paciente y el control del TAO es un objetivo institucional
- Los coagulómetros actuales son más fáciles de manejar

Amenazas

- Cambio de profesionales en el próximo concurso de traslados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

058

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE ANTICOAGULADO

-El sistema informático parece no ser compatible con el utilizado en atención especializada

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Registro de todos los pacientes con TAO
2. A todos los pacientes incluidos en el programa se realizará el control con el coagulometro portatil.
3. Formar al menos a un número de personas que utilizan la TAO, para que realicen el control. (El número de pacientes a incluir se decidirá una vez estudiadas las características de los mismos).
4. Detectar e identificar deficiencias en el proceso de control de la TAO y aplicar las medidas correctoras
5. Mejorar la satisfacción de los pacientes con TAO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar un AMFE, en el que se incluyan todas las fases del proceso: Información al paciente, realización de la determinación, valoración de la enfermera, control médico si está fuera de rango y manejo de las complicaciones
2. Curso del manejo de TAO a los profesionales
3. Curso de manejo de TAO a los pacientes que vayan a realizar el autocontrol
4. Encuesta de satisfacción a los a pacientes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes con TAO
2. Número de pacientes con TAO controlados en sangre capilar/Número total de pacientes con TAO
3. Porcentaje de valores dentro de rango
4. Porcentaje de pacientes con complicaciones por TAO
5. Calculo de los índices de gravedad, detección y ocurrencia, así como el de prioridad de riesgo para las diferentes etapas analizadas
6. Número de personas que realizan autocontrol

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Analisis DAFO: Enero 2010
2. Registro de pacientes anticoagulados: Febrero 2010
3. Elaboración AMFE: Marzo 2010
4. Curso a profesionales participantes en programa por parte de uno de ellos: Marzo 2010
5. Registro en plantilla diseñada a tal fin de las etapas del proceso: Abril-octubre 2010
6. Curso de autocontrol a pacientes: Sin determinar fecha
7. Analisis resultados: Noviembre 2010
8. Formulación de recomendaciones de mejora: Diciembre 2010
9. Encuesta de satisfacción a los pacientes: Noviembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 3 coagulometros portatiles	1.500 €
· 1 impresoras	200 €
· Cañón retroproyector	700 €
· Desplazamientos del grupo	1.000 €
Total	3.400 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

386

INDICE TOBILLO BRAZO Y RIESGO CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE JOSE LUIS PEREZ OBON
· Profesión MEDICO
· Centro CS ALAGON
· Servicio/Unidad .. C.S ALAGON
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONIO GÓMEZ PELIGROS-MÉDICO- C.S. ALAGÓN
M^a JOSÉ ENGUITA PELLICENA-ATS-C.S. ALAGÓN
M^a JESÚS BADÍA BENITO-ATS-C.S. ALAGÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestra práctica clínica que realizamos en la población de Pedrola (C. S: Alagón), nos encontramos con pacientes que padecen eventos cardiovasculares, a pesar del adecuado control de los factores de riesgo que presentan esos pacientes. En diversas publicaciones, como por ejemplo en una editorial de Circulation (Circulation 2009; 120: 2033-2035) se plantea medir el índice tobillo brazo (ITB) en atención primaria y de manera rutinaria por varios motivos: 1. Un valor descendido del mismo, reclasifica riesgos, elevándolos, si se compara con la medición que se realiza mediante la tabla de Framingham. 2. El ITB alterado tiene un alto valor predictivo en la detección de eventos CVC. 3. Permite detectar enfermedad vascular arterial periférica sintomática (EVPA). La EVPA tiene un riesgo de morbi mortalidad CVC similar a la EVP sintomática. Ello es debido a que el ITB es un indicador de arteriosclerosis generalizada que va a permitir identificar a pacientes de alto riesgo de presentar eventos CVC y mejorar la predicción obtenida con la tabla de Framingham
Por otra parte el ITB es un método sencillo de realizar, reproducible, y permite detectar arteriosclerosis subclínica. Un ITB inferior a 0.9 detecta, con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%, indica la presencia de estenosis en el territorio vascular de los miembros inferiores
La TASK FORCE (año 2009) catalogaba como alta prioridad el determinar los beneficios del tratamiento agresivo a las personas que se reclasificaban como riesgo intermedio o alto de padecer un evento CVC, mediante la información adicional que se obtenía con el ITB. Se ha propuesto en diferentes publicaciones que a los pacientes con ITB patológico habría que intensificarlas las medidas de control de los FRCV y antiagregar. También que a los pacientes con FRCV alterados habría que realizarles un ITB y si estuviera disminuido, realizar terapias más agresivas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. En la cohorte de pacientes a estudiar queremos determinar si el ITB patológico es predictor de eventos CVC a 1-3-5 años.
2. Si existe asociación entre ITB alterado y el resto de los FRCV analizados (CT, LDL, HDL, HTA, tabaquismo, diabetes). También se analizará la edad y el sexo
3. Conocer la distribución del ITB alterado en los pacientes con RCV alto o moderado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Captación de pacientes de Pedrola con edades comprendidas entre 60 y 74 años, o edades entre 50 y 74, si son diabéticos, y que no presenten ECV (enfermedad coronaria, o cualquier enfermedad arterial oclusiva cerebral o periférica)
Calcular según la tabla de riesgo de Framingham su probabilidad de RCV
Crear una cohorte de 300 personas que tengan un riesgo moderado o alto. A esta cohorte se le realizará el ITB y se hará un seguimiento de 5 años para valorar la aparición de eventos CVC.
Derivación a Atención Especializada, o intensificación de medidas terapéuticas, a los pacientes con ITB alterado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Prevalencia de los diferentes factores de riesgo
Prevalencia de ITB (OR) en los diferentes subgrupos de riesgo
Prevalencia de ITB (OR) en los diferentes FRCV analizados
Predictor de morbimortalidad de ITB por eventos CVC a 1, 3 y 5 años

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

386

INDICE TOBILLO BRAZO Y RIESGO CARDIOVASCULAR

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo del proyecto abril 2010
Registro de la cohorte de 300 personas, con tabla de Framingham y el ITB realizado: abril 2011
Análisis de los tres primeros indicadores del epígrafe anterior mayo-junio 2011
Seguimiento de la cohorte: Hasta abril 2016

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Desfibrilador con pantalla de ECG	5.250 €
· gel difusor	100 €
Total	5.350 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 092

DISMINUIR LAS INCOMPARENCIAS A LA CONSULTA PROGRAMADA DEL NIÑO SANO MEDIANTE RECORDATORIO SMS

2. RESPONSABLE MARIA BLANCA SOLA MARTINEZ
· Profesión ADMINISTRATIVO
· Centro CS BORJA
· Servicio/Unidad .. ADMISION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DANIEL PABLO OCON-MÉDICO-C.S. BORJA-COORDINADOR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
M^a PILAR LALANA JOSA-PEDIATRA-C.S. BORJA-PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
PURIFICACIÓN TÉLLEZ HERNÁNDEZ-AUX.ADMVO-C.S. BORJA-ADMISIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LAS REVISIONES QUE SE REALIZAN EN EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO SON CITACIONES CONSIDERADAS DE CONSULTA PROGRAMADA-CONCERTADA. LA CITACIÓN SE REALIZA DE FORMA PREVIA CON UN ESPACIO DE TIEMPO VARIABLE QUE PUEDE SER DE HASTA 3 MESES CUANDO EN EL PROGRAMA DEL LACTANTE DE UNA REVISIÓN SE SALE CON FECHA FIJADA PARA LA SIGUIENTE REVISIÓN. ESTO IMPLICA QUE, EN OCASIONES, LOS USUARIOS OLVIDEN LAS CITAS O CONFUNDAN LAS HORAS, LO QUE REPERCUTE CONSIDERABLEMENTE EN LA DINÁMICA DE TRABAJO DE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA, YA QUE ES UN TIEMPO QUE SE PIERDE Y QUE GENERA EL TENER QUE DAR UNA NUEVA CITACIÓN

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DISMINUIR AL MENOS 50% LAS INCOMPARENCIAS A LA CONSULTA PROGRAMADA-CONCERTADA DEL NIÑO SANO. AUMENTAR EL NÚMERO DE LLAMADAS POR PARTE DEL USUARIO CUANDO NO PUEDA ACUDIR A LA CITA PREVIA, CITÁNDOLE PARA UNA FECHA POSTERIOR Y PODER RELLENAR EL TIEMPO VACANTE CON OTRO USUARIO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SOLICITAR AL USUARIO EN EL MOMENTO DE LA CITACIÓN UN TELÉFONO MÓVIL DE CONTACTO: SERVICIO DE PEDIATRÍA Y SERVICIO DE ADMISIÓN. DESDE EL SERVICIO DE ADMISIÓN DEL CENTRO SE ENVIARÁ UN MENSAJE SMS DOS DÍAS ANTES A TODOS LOS USUARIOS CITADOS EN EL QUE SE LES RECORDARÁ LA CITA QUE TIENEN CONCERTADA O BIEN QUE EN CASO DE NO PODER ACUDIR, AVISEN PARA ANULAR LA CITACIÓN Y OBTENER UNA NUEVA: SERVICIO DE ADMISIÓN

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE CONSULTAS PROGRAMADAS FALLIDAS / N° CONSULTAS PROGRAMADAS TOTALES * 100
N° DE CONSULTAS PROGRAMADAS FALLIDAS TRAS ENVÍO DE SMS / N° CONSULTAS PROGRAMADAS TOTALS * 100
ESTOS DOS INDICADORES SE REALIZARÁN LOS TRES MESES PREVIOS Y LOS TRES MESES POSTERIORES, RESPECTIVAMENTE, AL INICIO DEL PROYECTO.
N° DE LLAMADAS PARA CAMBIAR LA CITACIÓN TRAS RECIBIR EL MENSAJE SMS / N° DE MENSAJES SMS ENVIADOS * 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FEBRERO 2010: EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DEL PROBLEMA. INICIO DE RECOGIDA DE TELÉFONOS MOVILES DE CONTACTO. MARZO, ABRIL Y MAYO 2010 PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO. EVALUACIÓN TRIMESTRAL
ENERO 2011: EVALUACIÓN FINAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· TELEFONO CON TARJETA PREPAGO PARA ENVIO SMS DURANTE 1 AÑO 350 €
· TELEFONO MOVIL 350 €
Total 700 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

270

"ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES ARAGONESAS DE LA ENFERMEDAD C-V Y SUS FACTORES DE RIESGO A TRAVES DE LA CREACION DE LA WEB [HTTP://WWW.MUJERYCORAZON.COM](http://www.mujierycorazon.com) Y LAS CHARLAS EN LOCALDADES DEL SECTOR III

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO
· Centro CS CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. PANIZA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISABEL CALVO CEBOLLERO-CARDIOLOGA-H.U. MIGUEL SERVET
MARIO BÁRCENA CAAMAÑO-MEDICO-C.S.NOVOA SANTOS-(ORENSE)
ANTONELA LUKIC-CARDIOLOGA-H.C.U. LOZANO BLESÁ
JOSÉ MANUEL MILLARUELO-MEDICO-C.S TORRERO-LA PAZ
EVA MORENO ESTEBAN-CARDIOLOGA-H. U. MIGUEL SERVET
MARÍA DOLORES ARIÑO MARTÍN-MÉDICO-C.S.SAN PABLO

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, es menor en las mujeres, sobre todo en el síndrome coronario agudo (SCA) y en la Insuficiencia cardiaca (IC) lo que redundará en un peor pronóstico (mayor mortalidad por SCA y mayor tasa de ingresos por descompensación de IC).

El estudio sobre la situación de la patología cardiovascular de la mujer en España realizado por la Agencia de Investigación de 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

270

"ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES ARAGONESAS DE LA ENFERMEDAD C-V Y SUS FACTORES DE RIESGO A TRAVES DE LA CREACION DE LA WEB [HTTP://WWW.MUJERYCORAZON.COM](http://www.mujierycorazon.com) Y LAS CHARLAS EN LOCALDADES DEL SECTOR III

de hombres" para gran parte de la población.

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

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

Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas, realizada por el grupo PAMYC con fondos del Sistema Aragonés de Salud:

Llevamos a cabo una encuesta telefónica, estructurada, de 15 preguntas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró en la Comunidad Autónoma un error muestral de $\pm 3\%$ con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un $p = 0,5$. El muestreo se realizó por estratos definidos por dos criterios: grupos de edad y número de habitantes por municipios, fijando un mínimo de representación en cada provincia de 5,5% de error muestral.

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular.

Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, el 21,7% sabe que tiene o ha tenido el colesterol alto, el 21,7%, la tensión arterial elevada y el 8,3% es diabética. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso y el 20% tiene antecedentes familiares próximos de angina de pecho o infarto.

Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los factores de riesgo cardiovascular, siendo el más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres.

Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al 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 nuestro Sector Sanitario acerca de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, como punto de partida para mejorar sus hábitos, su actuación ante los signos de alarma y en definitiva su salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

A lo largo los dos 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 a 1064 mujeres.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

270

"ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES ARAGONESAS DE LA ENFERMEDAD C-V Y SUS FACTORES DE RIESGO A TRAVES DE LA CREACION DE LA WEB [HTTP://WWW.MUJERYCORAZON.COM](http://www.mujierycorazon.com) Y LAS CHARLAS EN LOCALDADES DEL SECTOR III

- 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:
 - Presentación de los resultados de la encuesta en la rueda de prensa convocada por la Consejería. Realizada por Dra. Isabel Calvo y la Dra. María Dolores Ariño.
 - Presentación de la encuesta en la Semana de Corazón en Madrid. Realizado por la Dra. Isabel Calvo Cebollero. Día 27 de Mayo 2008 rueda de prensa con la presentación de Radiografía de las ECV de las mujeres en España donde va incluido nuestro trabajo y día 30 de Mayo ponencia en la mesa redonda denominada "Corazón y Mujer".
 - Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación oral en el XV congreso nacional y IX congreso internacional de la Medicina General Española, Málaga, 21-24 Mayo 2008 realizado por la Dra. María Victoria Fustero y el Dr. Mario Bárcena, premiada con una mención de honor.
 - Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación en mesa redonda en el Primer congreso clínico cardiovascular, SEMFYC, Zaragoza, 5-6 Junio 2008, por el Dr. José Manuel Millaruelo.
 - Presentación de los resultados de la encuesta en forma de mesa redonda en el Congreso de la Sociedad Aragonesa de Cardiología, realizado por las Dras. Eva Moreno y Antonela Lukic, Zaragoza, Marzo 2008
 - Asistencia a las Jornadas de Salud y Género por la Dra. María Dolores Ariño, contacto con la Directora del Observatorio de la Mujer.
 - Presentación de los resultados de la encuesta en las Jornadas del Sector 2, día 23 de Junio 2008, realizado por la Dra. Calvo y la Dra. Ariño.
 - Presentación de dos comunicaciones orales y un póster científico para el 26º Congreso de la calidad asistencial que se llevó al cabo del 21 al 24 de octubre del 2008 en Zaragoza. Además, para el mismo congreso colaboramos en el taller "Mujeres invisibles. ¿Perspectiva del género en formación e investigación? Representados por la Dra. María Victoria Fustero.
 - Presentación de tres comunicaciones enviadas al Congreso Nacional de Cardiología, que se realizó los días 9-11 de octubre del 2008 en Bilbao.
 - Presentación de dos comunicaciones en el XXII Congreso Aragonés de Atención Primaria celebrado en Zaragoza del 6 al 8 de noviembre de 2008, por el Dr. Mario Bárcena y la Dra Mª Victoria Fustero y que fueron premiadas Ex_aequo, con el primer premio la mejor comunicación oral.
 - Estamos terminando la elaboración del artículo científico para la publicación de los resultados de la encuesta en las revistas de interés científico.
 - Asistencia a los programas de televisión y de radio para la difusión de los hallazgos de la encuesta y para informar al público en general de las futuras actividades del grupo. Para el día 25 de febrero del 2009 está prevista nuestra aparición en forma de reportaje sobre las actividades del grupo en el programa "Tiempo de Salud".
- Actividades formativas dirigidas al publico general:
 - 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 (día 17/12/08), Calatayud (día 28/1/09) y Paniza (día 11/2/09). La siguiente charla será en Villamayor el día 15/3/09.
 - Planificación, diseño y elaboración de los 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.
 - Obtención del equipamiento informático para la realización de las charlas (de cara a no discriminar las poblaciones que no disponen de los medios adecuados para ello) con la adquisición de un ordenador portátil y un cañón de proyecciones propios.
- La compra de los dominios [mujierycorazon.es](http://www.mujierycorazon.es), [mujierycorazon.com](http://www.mujierycorazon.com) y [mujierycorazon.org](http://www.mujierycorazon.org)

En el año 2009:

1.-Charlas dirigidas a mujeres que viven en población rural:

Título: "El infarto también es cosa de mujeres. ¡Aprende a cuidar tu corazón!".

Ponentes: Realizadas conjuntamente por un cardiólogo y un médico de familia.

Estructura: 1.- Cuestionario conocimientos previos; 2.- Charla con presentación PowerPoint común; 3.- Debate y preguntas del público; 4.- Cuestionario final para evaluación de conocimientos adquiridos e identificación de puntos de mejora.

Localidades en 2009: Cariñena, Calatayud, Paniza, Villamayor, Garrapinillos, Sabiñan, Sobradie, Villamayor, Albalate del Arzobispo. En Zaragoza charla-

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 270

1. TÍTULO

"ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES ARAGONESAS DE LA ENFERMEDAD C-V Y SUS FACTORES DE RIESGO A TRAVES DE LA CREACION DE LA WEB HTTP://WWW.MUJERYCORAZON.COM Y LAS CHARLAS EN LOCALDADES DEL SECTOR III

taller en el Centro Joaquín Roncal: Mujer y corazón: Síntomas y subjetividad, con numerosa asistencia de asociaciones de mujeres.

El promedio de asistentes a cada charla fue de 40 personas y en todos los casos hubo participación activa de las asistentes y un animado dialogo con preguntas y respuestas al final de la actividad.

2.-Diseño de página Web mujer y corazón.com:

El grupo hace un borrador de diseño y contenidos de la web, que incluirá un área dirigida a profesionales y otra dirigida a pacientes y público en general. La solución técnica la planifica y ejecuta la empresa LETSMEDICAL. Se crea un "equipo" que integra la parte médica que da el contenido y recoge las opiniones e ideas del grupo PAMYC y la parte técnica por parte de la empresa que recoge, elabora y da forma a los contenidos. Se han elaborado diseños y seleccionado contenidos para ser incluidos en la Web.

3.-Resultados del cuestionario pasado a las asistentes antes/ después de las charlas:

El principal problema de salud pensaba que era la enfermedad cardiovascular (ECV) el 5,88% antes de la charla y el 93,75% después. En cuanto a las causas de muerte, las enfermedades del corazón fueron consideradas primera causa por el 21,73% antes y el 86,15% después y el cáncer el 69,56% antes y el 9,23% después. Eran conscientes del aumento del riesgo de ECV tras la menopausia el 78,57% antes y el 95,31% después. De los 8 síntomas De los 8 síntomas típicos de un ataque al corazón sobre los que se interrogaba teniendo en cuenta las características de la clínica isquémica aguda en las mujeres, ninguna reconoció todos inicialmente y el 70,31% los reconocía después. El 78,7% habría solicitado asistencia urgente ante la aparición de alguno de esos síntomas antes de la charla y el 90,9% después.

INDICADORES 2009:

- Número de charlas impartidas.....10
 - Número de asistentes a las charlas.....400
 - Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la difusión entre sus miembros.....4
 - Diseño de la página Web www.mujierycorazon.com
- (incompleta), la asignación de recursos todavía no se acaba de materializar

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS DEL PROYECTO:

GENERALES:

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

ESPECIFICOS:

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

1.-Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.

2.-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.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 270

"ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES ARAGONESAS DE LA ENFERMEDAD C-V Y SUS FACTORES DE RIESGO A TRAVES DE LA CREACION DE LA WEB HTTP://WWW.MUJERYCORAZON.COM Y LAS CHARLAS EN LOCALDADES DEL SECTOR III

- 3.-Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres del sector acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- 4.-Difundir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, de cómo influyen en la aparición y evolución de la enfermedad y de cómo controlarlos o eliminarlos.
- 5.-Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico, estrés mental y psico-social) de las mujeres y de su entorno con el propósito de mejorar el riesgo cardiovascular de la población

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LINEAS DE ACTUACIÓN:

1.- Completar la pagina Web www.mujierycorazon.com dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud y mantener actualizados sus contenidos:

-Información para profesionales y para población general:

Dirigidos a profesionales:

- ? Guías de actuación clínica.
- ? Información sobre investigación sobre género.
- ? Referencias bibliográficas actualizadas.
- ? Material divulgativo para charlas y educación para la salud.
- ? Links científicos.
- ? Calendario de eventos.
- ? 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.

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

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

2.Distribución de los Folletos informativos editados por el grupo.

Este trabajo de completar y mantner actualizada la Web, a efectos prácticos se va a dividir en dos apartados, el dirigido a los profesionales, que será efectuado desde el Sector Zaragoza 2 y que se presenta también a esta convocatoria y el apartado dirigido a las mujeres que es el que será desarrollado desde nuestro Sector Zaragoza 3.

Responsables: los componentes del Grupo PAMYC

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 270

"ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES ARAGONESAS DE LA ENFERMEDAD C-V Y SUS FACTORES DE RIESGO A TRAVES DE LA CREACION DE LA WEB HTTP://WWW.MUJERYCORAZON.COM Y LAS CHARLAS EN LOCALDADES DEL SECTOR III

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de charlas impartidas.
2. Número de asistentes a las charlas.
3. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.
Y los objetivos específicos de el proyecto para este año
4. Diseño de la página Web www.muJerryCorazon.com
5. Numero de visitas a la página., hasta el momento de la evaluación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Proyecto se inició en 2008 y de momento esta prevista su continuación.
-Durante todo el AÑO 2010 se va a completar y mantener actualizada la página Web
-Durante el 1º semestre de 201 se van a difundir los folletos entre las diferentes asociaciones
-Durante los meses de marzo, abril, mayo, junio, septiembre, octubre y noviembre se van a impartir 14 charlas
-En noviembre y diciembre se evaluarán los resultados y se decidirán las acciones futuras

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Mantenimiento Web	1.000 €
· desplazamiento a localidades para impartir charlas	1.000 €
· Impresión de 1000 folletos	1.500 €
Total	3.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

469

ESTRATEGIA NAOS: APLICACION EN ZONA BASICA DE SALUD DE CARIÑENA

2. RESPONSABLE ANTONIO GARCIA TEJEDOR

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA LUISA SANCHO GARCIA-PEDIATRA-C.S. CARIÑENA
MANUEL GRANADO- MEDICO DE AP- C.S. CARIÑENA
DOLORES SAN MIGUEL- DUE DE AP- C.S. CARIÑENA
MARIA VICTORIA BORRAZ- DUE DE AP- C.S. CARIÑENA
ANTONIO CASTILLO- DUE DE AP- C.S. CARIÑENA
EVA PALOS-DUE DE AP- C.S. CARIÑENA
ISABEL POSTIGO- DUE DE AP- C.S. CARIÑENA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Estando considerada la OBESIDAD como epidemia en la actualidad y estando considerada como Factor de Riesgo de diferentes patologías, con especial incidencia en DIABETES MELLITUS 2 y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES , es en la población infantojuvenil, adulta y mayor menor de 75 años donde debemos trabajar para evitar las manifestaciones de esta entidad.

El estudio incidirá especialmente en los IMC mayores de 25 Kg/m²

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detección y disminución de la tasa de obesidad en el 50 % , como mínimo, de las poblaciones infanto-juvenil, adulta y mayor de 75 años, mediante la entrevista clínica en consulta o por iniciativa propia; mayor conciencia de la importancia de una alimentación equilibrada y motivación para la práctica de actividad física de acuerdo a sus características personales y edad.

Esta actividad será el objetivo de una primera fase

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A NIVEL EDUCATIVO

- Se actuará para que la población escolar de Educación Infantil, Primaria y Secundaria adquiera hábitos alimentarios propios de una alimentación sana y equilibrada, y valore la importancia de la práctica de la actividad física.
- Ofrecer a los centros educativos información básica sobre educación para el consumo, y preparación y conservación de alimentos.
- Se promoverá que los comedores de los centros educativos ofrezcan menús equilibrados y adecuados a sus usuarios.
- Fomentar la realización de ejercicio físico en los centros educativos.

ACTIVIDADES

- Creación de líneas de colaboración y de participación en actividades complementarias extraescolares que se realicen dentro del ámbito escolar.
- Las Consejerías de Salud y de Educación y Ciencia elaborarán conjuntamente materiales educativos y de difusión.
- Organización de actividades dirigidas a los padres/ madres de los Alumnos/as, destinadas a informarles y concienciarles sobre la importancia que tanto para los niños/ as como para ellos mismos tiene el mantener unos hábitos alimentarios sanos y la práctica de actividad física.

EN LA POBLACION

- Tendrá los conocimientos necesarios para poder hacer una lectura correcta del etiquetado de los alimentos, la mejora de su dieta cotidiana.
- Proporcionar información, para que la correcta alimentación y el ejercicio físico se tomen como valores en la población para evitar aquellas prácticas de riesgo más difundidas dentro de la población (dietas milagro y realización de ejercicios físicos no controlados).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

469

ESTRATEGIA NAOS: APLICACION EN ZONA BASICA DE SALUD DE CARINENA

ACTIVIDADES

- Realización de campaña de recomendación de la actividad física y adecuada Alimentación, según grupos de edad, en medios de comunicación comarcal
- Potenciación de los mensajes para la Promoción y la Participación de la Salud, el trabajo con grupos de riesgo y de usuarios y asociaciones de consumidores.
- Elaboración de estrategias de intervención dirigidas a distintos segmentos de población: personas mayores, niños, etc.
- Fomento del acceso de población (jubilados, niños, etc) a programas e instalaciones deportivas.
- Elaboración de un catálogo de recursos comunitarios, destinados a la actividad física.

SERVICIOS SANITARIOS

- Los profesionales sanitarios recomendarán alimentación equilibrada y la práctica de actividad física en todas aquellas personas que contacten con el el Equipo de Atención Primaria por cualquier causa.
- Los procesos asistenciales que lo requieran, para prevenir la enfermedad o mejorar su evolución, incluirán planes específicos sobre alimentación y actividad física. Se incidirá especialmente en el proceso Diabetes Mellitas 2, Riesgo Cardiovascular y Obesidad.
- Con carácter general, se recomendará a los usuarios la práctica de actividad física adecuada a sus características personales y clínicas, y promoverán la adquisición de hábitos alimentarios saludables.
- Se apoyará y recomendará la lactancia materna y las practicas sanas de alimentación al lactante y al niño pequeño en el marco del Programa del Niño Sano.
- Los programas de salud, en especial los del área materno infantil, incorporarán líneas de acción específicas sobre dieta y actividad física.

ACTIVIDADES

- Diseño y desarrollo de un programa de formación para el personal sanitario, principalmente de atención primaria.
- Se incluirán recomendaciones dietéticas y sobre actividad física, para la prevención de enfermedades cardiovasculares, accidente cerebro vascular, cáncer, osteoporosis, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, en aquellos procesos asistenciales que tengan como objetivo, la atención integral a dichas patologías.
- Elaboración de un "Consejo Mínimo" sobre alimentación y sobre actividad física, para su aplicación por los profesionales sanitarios, en Atención Primaria de Salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A NIVEL EDUCATIVO

- Número de centros de Educación Primaria y ESO que incluyen programas educativos sobre Actividad física y Alimentación Equilibrada.
- Número de actividades (cursos, jornadas, etc.) dirigidas al personal de lGuarderías Infantiles) destinadas a la formación en materia de alimentación.
- Número de Guarderías Infantiles en los que se han realizado actividades dirigidas a los padres/ madres de los alumnos/as sobre alimentación equilibrada y actividad física.
- Numero de centros educativos con espacios adecuados para la realización de ejercicio físico.

POBLACION

- Número de campañas informativas realizadas, en diferentes medios, dividido entre 1000.
- Materiales de difusión elaborados por mil habitantes.
- Número de actividades educativas y encuentros realizados, según ámbito territorial Comarcal

SANITARIOS

- Porcentaje de pacientes con recomendaciones dietéticas y actividad física, para la prevención de enfermedades relacionadas con una dieta inadecuada e insuficiente actividad física.
- Número de personas incluidas en programas específicos para la salud sobre Actividad Física y Alimentación.
- Numero de "consejos mínimos" impartidos en Atención Primaria.
- Número de cursos de formación realizados.
- Prevalencia de malnutrición en grupos de riesgo

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 469

ESTRATEGIA NAOS: APLICACION EN ZONA BASICA DE SALUD DE CARINENA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Abril de 2010 y finalizar en Diciembre de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portatil	600 €
· Gastos de desplazamiento a localidades(Escuelas y Asociaciones de usuarios) ...	500 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 247

MEJORA CONTINUA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE CARIÑENA

2. RESPONSABLE MANUEL GRANADO GONZALEZ
· Profesión MEDICO
· Centro CS CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. C.S CARIÑENA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO CASBAS VELA-MEDICO
ANTONIO OTO NEGRE-MEDICO
DELFIN SARASA PIEDRAFITA-MEDICO
ANTONIO GARCÍA TEJEDOR-MEDICO
DOLORES SAN MIGUEL ARBUES-ATS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diabetes tipo II es una de las enfermedades con mayor impacto sanitario dada su elevada prevalencia (cerca del 7%), su morbilidad, por complicaciones crónicas y la alta mortalidad del proceso. Con frecuencia se asocia a otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tal como hipertensión (HTA), hipercolesterolemia, tabaco, obesidad, etc Sabemos que cuando existen dos o más factores de riesgo, no solo tienen efecto aditivo, sino que se potencia. Lo que ya puso en evidencia el estudio de Framingham y que hay unas perspectivas de crecimiento la prevalencia de esta enfermedad con carácter casi epidémico, pues se pasara de 110 millones en el mundo en 1994 a 239 millones para el 2010. El aumento de la prevalencia no solo se justifica por los nuevos criterios de la América Diabetes Disease (ADA) 1977 puesto que estos son similares de los de OMS. Con estas premisas desde año 2000, en el C.S. Cariñena se priorizó trabajar en la mejora del seguimiento y control de los pacientes diabéticos tipo II según los últimos criterios, especialmente las recomendaciones del grupo GedapS. y la A.D.A. tras una evaluación del proceso y la comprobación de la diversidad de los registros y del deficiente control de estos pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Evaluaciones previas, en 2002, 2004, y 2006, 2008 con resultados mejorables
- % de diabéticos con microalbuminuria solicitada en la última evaluación (2008) del total de diabéticos evaluados: 68.42% (en 2004 35%)
 - % de diabéticos con HbA1 bien controlada, en la última evaluación (2008) del total de diabéticos evaluados : 50.08 % (en 2004 27,55%)
 - % de diabéticos con LDL aceptable del total de diabéticos evaluados: 30% 2008.(en 2004 17%)
 - % de diabéticos que toman antiagregantes/ n° total de diabéticos evaluados: 49% (en 2004 42%)
 - % de diabéticos con fondo de ojo el último año del total de diabéticos evaluados 45% (en 2004 37%)
 - % de diabéticos tratados con insulina del total de pacientes diabéticos.23%
 - % de diabéticos tratados con antidiabéticos orales. 49%
 - El 35,8% de ellos están tratados con metformina (34,4%, en el Sector 3)
 - % de diabéticos tratados con asociación de fármacos 25%
 - % de diabéticos tratados sólo con dieta 3%

Se ha mejorado la formación de los profesionales en Diabetes y se está mejorando el control de la enfermedad en la ZBS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

247

MEJORA CONTINUA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE CARINENA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conseguir que la población diabética tenga al menos dos hemoglobina glicadas realizadas y registradas en la historia clínica.
2. Conseguir que la población diabética este dentro del rango del buen control metabólico mediante la monitorización de su Glucosa, HbA1C, TA. Colesterol, Tg, detección de Microalbuminuria y estilos de vida saludables
3. Mejorar el control de los pacientes diabéticos, para prevenir en mayor medida las complicaciones de la enfermedad
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación continua en esta área con sesiones clínicas internas y con endocrinólogo del Sector
2. Mejorar y unificar los registros.
3. Monitorización del seguimiento y control de los pacientes diabéticos tipo II de la ZBS
4. Presentación de los resultados en una Sesión clínica del EAP
5. Adoptar medidas correctoras en base a los resultados de 2008
6. Consensuar dichas medidas con el EAP
7. Publicación de los resultados
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • % de diabéticos con microalbuminuria solicitada en el ultimo año del total de diabéticos evaluados
- % de diabeticos con HbA1 controladadel total de diabeticos evaluados
 - % de diabéticos con LDL aceptable del total de diabéticos evaluados
 - % de diabeticos que toman antiagregantes/ n° total de diabeticos evaluados
 - % de diabéticos con fondo de ojo el último año del total de diabéticos evaluados
 - % de diabéticos tratados con insulina del total de pacientes diabéticos
 - % de de diabéticos tratados con antidiabéticos orales
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Recogida de datos mes de Mayo
Sesiones clinicas , se estan impartiendo durante todo el año
6ª reevaluacion mes de Junio 2010
Presentacion de resultados mes de Mayo.2010
Analisis de resultados y propuestas de mejora mes de Julio 2010
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

271

SEGURIDAD CLINICA: INTERACCIONES FARMACOLOGICAS, LAS GRANDES OLVIDADAS DE NUESTRO DIA A DIA. (PARTE 2)

2. RESPONSABLE ANTONIO LUIS OTO NEGRE
· Profesión MEDICO
· Centro CS CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MANUEL GRANADO GONZÁLEZ-MÉDICO-C. S. CARIÑENA
DELFIN SARASA PIEDRAFITA-MÉDICO-C. S. CARIÑENA
DOMINGO CASBAS VELA-MÉDICO-C. S. CARIÑENA
ANTONIO GARCIA TEJEDOR-MÉDICO-C. S. CARIÑENA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las interacciones farmacológicas (interacciones droga-droga o IDD) constituyen una causa importante de reacciones adversas a drogas. La polifarmacia está estrechamente relacionada con el número de diagnósticos en un paciente dado y ha sido identificada como el principal factor de riesgo para las IDD. Encontrando en la bibliografía una incidencia de IDD del 31 al 52%, en revisiones de las cartillas de largo tratamiento. Es nuestro objetivo estudiar la prevalencia real de este problema en nuestra zona básica en los pacientes en tratamiento crónico con el servicio de cartilla de largo tratamiento (CLT). Los resultados obtenidos el corte del año anterior al corresponder a datos de un profesional nos indican malos hábitos de ese profesional y las IF mas frecuentes de ese profesional. Por ello este segundo año se pretende extender el estudio al esto de profesionales que deseen colaborar facilitando los datos y poder sacar conclusiones mas generalizadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. N° IF por CLT con interacciones: 39/19 = 2
N° IF / n° pacientes: 39/50
N° IF / patologia (diabétes, HTA, Dislipemia, EPOC): 12/ 9 diabéticos
N° sesiones clínicas (en relación a los principios activos involucrados): 0
N° pacientes con IF / n° pacientes: 19/50
N° IF/ N° pacientes: 39/50
N° diabéticos con IF/ N° diabéticos: 7/9
Principios inmediatos afectados por IF: 34
Mas frecuentes: Diuréticos, Beta-bloqueantes, omeprazol, AINES, excipientes en diabéticos y bifosfonatos con calcio

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Prevalencia real de interacciones farmacológicas (IF) y su correlación con diversas patologías.
Detectar los principios activos más implicados.
De los resultados obtenidos se plantearan acciones de mejora en los problemas detectados (formación, sesiones)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Primero se recogerán las CLT y se realizará el estudio de IF presentes.
Con las IF detectadas se presentaran los datos a los profesionales del centro.
Se realizaran sesiones formativas de los principios activos mas involucrados en las IF para fomentar su conocimiento y buen uso.
En años sucesivos se volverá a evaluar las IF en CLT para ver el resultado de las medidas correctoras tomadas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° IF por CLT con interacciones
N° IF / n° pacientes
N° IF / patologia (diabétes, HTA, Dislipemia, EPOC)
N° sesiones clínicas (en relación a los principios activos involucrados)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

271

SEGURIDAD CLINICA: INTERACCIONES FARMACOLOGICAS, LAS GRANDES OLVIDADAS DE NUESTRO DIA A DIA. (PARTE 2)

Nº pacientes con IF / nº pacientes
Nº IF/ Nº pacientes
Nº diabéticos con IF/ Nº diabéticos
Principios inmediatos afectados por IF
Principios inmediatos afectados mas frecuentes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende obtener los datos de enero a junio,
Su procesado de marzo a Septiembre
Realizar sesiones formativas en función de los resultados en octubre y noviembre.
Reevaluación en 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Además del correo electrónico indicado también puede usarse aloto55@ono.com

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

399

MEJORA EN 2010 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN CS DELICIAS NORTE

2. RESPONSABLE LUCIA CONSUELO BLASCO CASTELLO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROMANA BAUTISTA BAUTISTA- AUXILIAR DE ENFERMERÍA, C.S. DELICIAS NORTE
ELISENDA AGUIRAN MALLOR - CELADOR, C.S. DELICIAS NORTE
JOSÉ MURILLO GONZÁLEZ - CELADOR, C.S. DELICIAS NORTE
ROSA PÉREZ VINUE- LIMPIADORA, C. S. DELICIAS NORTE
M^a CARMEN ARAGUÉS LAGUNA- LIMPIADORA, C.S. DELICIAS NORTE
PILAR DE LA ASCENSIÓN SANTOS - AUX. ADMINISTRATIVO, C.S. DELICIAS NORTE
M^a PILAR MARTÍNEZ MONGAY- D.U.E , C.S. DELICIAS NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El 100% de las Consultas del C. S. Delicias Norte no cumple la Normativa de Gestión de Residuos.

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

Otras repercusiones:- Un mayor nº de contenedores usados.

- Posibles conflictos entre profesionales al desconocer la normativa sobre residuos.
- Riesgo para el Medio Ambiente.

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

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

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

Actualmente tras realizar la 1ª evaluación de las consultas hemos obtenidos los siguientes datos:

El 100% de las consultas evaluadas no cumple la Normativa.

LAS POSIBLES CAUSAS SON:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 399

MEJORA EN 2010 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN CS DELICIAS NORTE

Las fuentes de información: - Normativa Interna de Residuos de Atención primaria. Sector Zaragoza III .
- B.O.A.

LOS OBJETIVOS:

- 1) "Aumentar la dotación de materiales imprescindibles para la correcta gestión de residuos en todas las consultas del C.S. Delicias Norte en 2.010.
- 2) "Fomentar la correcta gestión de residuos por parte de los profesionales del C.S. Delicias Norte en 2.010

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Que al menos el 70% de las Consultas cumplan con la normativa de gestión de residuos y la criterios preestablecidos.
-Que al menos el 70% de las Consultas estén dotadas del material imprescindible para una adecuada gestión de residuos, según criterios preestablecidos.
- Al menos un 60% del personal conozca la Normativa sobre la eliminación de residuos

- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Creación de una hoja de recogida de datos para la existencias de material como el cumplimiento de la Normativa a evaluar en las consultas. Responsable Consuelo Blasco.
- 2) Evaluación de consultas 3 veces al año. Responsable Carmen Aragués, Rosa Pérez, Ramona Bautista, mediante la hoja de recogida de datos creada para tal fin.
- 3) Elaborar encuesta de conocimientos anterior y posterior a la sesión Formativa. Responsable M^a Pilar Martínez y Consuelo Blasco.
- 4) Colocación de carteles informativos en consultas de Enfermería y Urgencias , responsable Ramona Bautista.
- 5) Colocación de un contenedor para desechar Rx., responsable Elisenda Aguiran y José Murillo.
- 6) Sesión Formativa al equipo sobre Gestión de Residuos, responsable M^a Pilar Martínez, Pilar de la Ascensión ,Ramona Bautista, Elisenda Aguiran, José Murillo y Consuelo Blasco.
- 7) Reuniones de evolución de Resultados. Responsable todos los componentes.
- 8) Información al equipo de los Resultados obtenidos. Responsable todos los componentes

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:
-% DE CONSULTAS CON EL MATERIAL IMPRESCINDIBLE PARA LA - GESTION DE RESIDUOS.
-% DE CONSULTAS QUE CUMPLEN LA NORMATIVA DE GESTION DE RESIDUOS.
-% DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE CONOCEN LA NORMATIVA DE RESIDUOS.

FORMULAS:

1)
$$\frac{\text{Nº de Consultas en las que esta el material imprescindible}}{\text{Total de consultas evaluadas a C.S. Delicias Norte}} \times 100$$

2)
$$\frac{\text{Nº de Consultas en las que se cumpla la Normativa de Gestión de Residuos en C. S. Delicias Norte.}}{\text{Total de Consultas evaluadas en C. S. Delicias Norte}} \times 100$$

3)
$$\frac{\text{Nº de profesiones del Centro que conocen la Normativa}}{\text{Total de profesionales del C. S. Delicias Norte}} \times 100$$

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 399

MEJORA EN 2010 LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN CS DELICIAS NORTE

4) Nº de Profesiones que contestan la encuesta.
-----x100
Total de encuestas distribuidas

La Monitorización del indicador 1 y 2 es la revisión de las Consultas del Centro 3 veces al año aplicando la hoja de recogida de datos, elaborada por el grupo. Monitorización del indicador 3 se realizará mediante la encuesta de evolución de conocimientos de la Normativa de Gestión de Residuos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto comienza en el mes de Febrero del 2.010 y finaliza en el mes de Febrero del 2.011

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

- La primera actividad se realizará en el mes de Febrero de 2.010
- La segunda actividad se realizará en el mes de Febrero, en Junio y en Octubre de 2.010.
- La tercera actividad se realizará en el mes de Marzo de 2.010
- La cuarta actividad se realizará en el mes de Abril de 2.010
- La quinta actividad se realizará en el mes de Mayo de 2.010
- La sexta actividad se realizará en el mes de marzo de 2.010
- La séptima actividad se realizará en el mes de Febrero, Junio y Noviembre de 2.010
- La octava actividad se realizará en el mes de enero de 2.011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Contenedores	800 €
· Destruyectora de papel	600 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

2. RESPONSABLE ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión MEDICO
· Centro CS DELICIAS SUR (DRONDA)
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE CARLOS PEREZ VILLARROYA-MEDICO-C.S DELICIAS SUR
M^a CLEOFE CRESPO MAINAR-DUE-C.S DELICIAS SUR
M^a PILAR LACARTA VICIOSO-DUE-C.S.DELICIAS SUR
PILAR OLIVEROS GONZALVO-DUE-C.S DELICIAS SUR
AURORA VILLANOVA LANUZ-A-AUXILIAR-ADMINISTRATIVO-C.S.DELICIAS SUR
ROSA LACLETA LORENTE-AUXILIAR DE CLINICA-C.S. DELCIAS SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nos planteamos para 2010 la continuación del plan integral de mejora de calidad que se inició en 2008. Para este año 2010 se dan dos nuevas circunstancias que encuadran nuestro proyecto de mejora: en primer lugar que hemos adaptado nuestro sistema de gestión de calidad a la Norma ISO 9001-2008, habiendo superado con éxito la auditoría interna y estando pendiente de la auditoría externa y la acreditación definitiva en la primavera de 2010. Por otra parte el equipo ha presentado a la gerencia una propuesta de gestión clínica para 2010 en la que se recogen nuevas líneas de mejora tanto en el área clínica como en el área de atención al usuario

El proyecto que se presenta trata por un lado de presentar los resultados alcanzados en 2009 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. Por último añade las nuevas líneas de mejora de la propuesta de gestión clínica 2010.

La justificación del proyecto se basa en los siguientes hechos:

1. La implantación de un nuevo sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO-9001-2008
2. La continuidad de un grupo estable de mejora en el equipo desde el año 2000.
3. La existencia de un sistema de detección de oportunidades de mejora sustentado en cuatro fuentes fundamentales:
 - el Consejo de Salud de Zona que analiza de forma continuada los problemas de calidad -reclamaciones, accesibilidad, demoras en atención especializada-
 - el buzón de sugerencias de los usuarios que es analizado semanalmente por el grupo de mejora
 - la recogida de incidencias de los profesionales a través de un nuevo sistema activo desde la implantación de la norma ISO.
 - las encuestas periódicas de satisfacción de los usuarios
4. La existencia de varios proyectos de formación FOCUSS en el equipo: EPOC, asma infantil, deshabitación tabaquismo, diabetes, anticoagulación oral.
- 5.. La organización del equipo en grupos interprofesionales responsables de diferentes procesos de atención, que en este momento consituyen 10 líneas de mejora estables con indicadores establecidos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

6. La propuesta de gestión clínica 2010 con nuevos indicadores de mejora en las áreas clínicas y administrativa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Mantenimiento de un sistema de oportunidades de mejora:

-El Consejo de Salud se reunió durante el año 2009 con periodicidad mensual siendo las principales temas tratados: seguimiento de la demora en atención especializada, planteamiento de un nuevo recurso de enfermería para el nuevo cupo, el análisis de los resultados del contrato de gestión clínica, el seguimiento de la nueva estrategia de libre elección de especialista, y el seguimiento de reclamaciones de los usuarios

-Buzón de sugerencias: en 2009 se han recogido un total de 17 sugerencias relativas a tiempo de espera, abriéndose una no conformidad con este aspecto en el sistema de gestión Norma ISO, mobiliario y solicitud de nuevos recursos humanos: psicólogos, terapeutas y departamento para gestionar solicitudes. El equipo de calidad tramita y soluciona entre el 40-50 % de las sugerencias el resto se han incluido en el informe de la Dirección elaborado dentro del sistema de gestión con Norma ISO.

2. Implantación de Norma ISO 9001-2008:

- Durante el año 2009 el grupo de calidad se ha empleado a fondo para poner a punto todo el sistema de calidad exigido en la norma ISO. Especialmente se ha trabajado en el plan de acogida del centro, en la recogida de la información relativa a los apartados de orientación al cliente, formación de los profesionales, calibración de aparatos de medida, mantenimiento de instalaciones y suministros. Se ha implantado un sistema de seguimiento de incidencias y no conformidades. Se completó con éxito la auditoría interna y estamos pendientes de la acreditación externa en la primavera de 2010. Se han detectado no conformidades en las áreas de control de documentación, seguimiento periódico de objetivos, registro de la formación de los profesionales, control de mantenimiento e instalaciones y calibración de equipos de medida. Además de estas no conformidades abiertas a raíz de la auditoría interna, se han abierto no conformidades en los siguientes aspectos: tiempo de demora excesivo para entrar en consulta, funcionamiento de la calefacción y los ascensores, dotación de una plaza de enfermera pendiente y baja puntuación del personal de admisión en la encuesta de satisfacción.

3. 10 Líneas de Mejora

3.1. Intervención en tabaquismo:

Se ha incorporado un nuevo profesional de enfermería, ofreciendo Consulta de deshabituación los jueves en horario de 09,00 a 10,00 lo cual supone una ampliación del horario con respecto a la oferta que existía, mejorando así la accesibilidad. Se han atendido un total de 564 consultas para deshabituación de tabaquismo en 2009, lo que representa un incremento de 133 consultas por encima de las del 2008. El resultado en cifras de pacientes que han dejado de fumar no puede ofrecerse de momento, ya que no se considera exfumador hasta que el paciente lleva al menos un año sin fumar.

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

Durante 2009 se ha consolidado la actividad. Se organizó una sesión de equipo informativa para unificar criterios y procedimientos. Se han realizado 182 MAPAS, con lo que se ha superado el objetivo propuesto de realizar 100 MAPAS. Respecto al objetivo de registro de la petición de la orden clínica por medio del Programa OMI, en una actualización de dicho programa se inutilizó la opción, por lo que la petición se hace manualmente.

La actividad ha considerado de gran utilidad para el correcto diagnóstico del paciente hipertenso y el control y seguimiento del riesgo cardiovascular.

3.3. Seguridad clínica:

La tasa de notificación por 100.000 habitantes del año 2009 del Centro de Salud Delicias Sur fue de 566,02 (Centro de Farmacovigilancia de Aragón). La tasa de notificación en Aragón en 2009 es de 97,75/100.000 habitantes (Instituto Aragonés de Estadística). al analizar la distribución por el efecto farmacológico se observó que los psicofármacos son los que mas frecuentemente provocan dichos efectos, seguidos de los antibióticos; sin embargo cuando se hace un análisis individual (no por grupo farmacológico) los Antimicrobianos B - lactámicos son los que más RAMS se han comunicado en el 2009, dentro del grupo de cardiovasculares el que destaca es el grupo de IECA, seguido del grupo de estatinas, este dato es muy importante debido a que son los grupos mas prescritos y necesitamos detectar los efectos adversos lo antes posible para evitar hiperfrecuentación en consultas y poder así disminuir gasto sanitario en pruebas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

innecesarias, aumentando al seguridad del paciente .Se han llevado a cabo dos sesiones clínicas sobre RAM en Médicos, dos del uso de fármacos en Enfermería, , docencia a los médicos residentes y diversos trabajos de investigación sobre RAM que han sido aceptados en congresos nacionales y regionales, dos artículos en revistas de atención primaria, y otro en el boletín farmacoterapéutico del Servicio Aragonés de Salud.

3.4. Diabetes: Retinografía digital:

Durante el año 2009 se realizaron retinografías a 363 pacientes diabéticos de nuestro CS. Esto unido a 250 que se realizaron en el año 2008 (de Abril a Diciembre) da un total de 613 diabéticos que tenían realizada una retinografía hasta diciembre de 2009. El objetivo era alcanzar unos 700 por lo que se ha alcanzado en un 87%. Debido a que el registro informático actual se comenzó a desarrollar en noviembre de 2008 no podemos calcular el segundo objetivo que era que el 50% de los que se realizaron una retinografía en 2008, y esta fuera normal, se la repitiesen en 2009.

3.5. EPOC:

Se ha consolidado el servicio de "Espirometrías", que se ofrece a través de profesionales especializados y con formación específica y experiencia, lo que ha redundado el la apreciación de la mejora en la calidad de las pruebas. Se han realizado 185 espirometrías, lo que supone 89 más que en 2008.

Se ha generado una agenda para aplicación de aerosol terapia en crisis agudas y han realizado 240 sesiones de dicha terapia.

Se han realizado dos sesiones clínicas y preparado información para asegurar la correcta aplicación de la técnica.

3.6. Vacunaciones del adulto

Vacuna antineumocócica.-

El 95% de los residentes en instituciones cerradas tienen administrada la vacuna antineumocócica.

Vacuna antigripal.-

Se envió carta de citación a los mayores de 65 años. El número total de personas vacunadas en la campaña 2009 ha sido de 4902, lo que supone un aumento de cobertura del 15.4 % respecto a la campaña del 2008, superando el 10 % de aumento propuesto.

Gripe A: la cobertura alcanzó a 2004 pacientes en la campaña de gripe A

3.7. Gestión del estrés:

- Durante 2009 se llevo a cabo la experiencia de un grupo de 13 mujeres con las que se trabajó durante 7 sesiones con periodicidad semanal, los miércoles de 15,30 a 17,30 horas. El grupo de mujeres opina que su experiencia grupal ha sido útil para su reflexión personal sobre su propia vida y para el aprendizaje de técnicas de relajación , que le ha gustado el grupo, la explicaciones, poder compartir, la relajación, el ambiente, la confianza y participar, ... y el estiramiento, el golpe en la espalda y la respiración que ampliaría los temas, piden más tiempo, aunque revisaría el horario, un grupo al que le ha venido muy bien el curso ... y que agradece nuestra colaboración.-

- Una experiencia que a los profesionales nos sigue planteando la dificultad de integrar esta actividad en nuestro marco laboral.

- Al acabar el grupo las participantes "pacientes" establecieron un compromiso de cambio de sus planteamientos y circunstancias de vida que ahora, transcurridos unos meses podremos comentar en una próxima reunión

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

En el 2009 se han realizado 58 nuevos diagnósticos de sobrepeso-obesidad, lo que supone un total estimado de 295 pacientes con la condición y una prevalencia estimada actual de 14,16%. Este grupo está formado por una estimación de 2082 pacientes

En el año 2008 se partía de una prevalencia conocida de sobrepeso y obesidad de 6,9%, existían 144 pacientes identificados.

Tras el plan de mejora de calidad iniciado en el 2008 hemos aumentado el número de niños identificados con la condición en estudio, siendo la fracción atribuible de mejora conseguida debido al plan en estos 2 años de un 51,27%.

Se ha realizado la búsqueda de fumadores en niños de 10-14 años.

Se ha realizado revisiones a niños de esta edad preguntando el dato de si se es fumador, a pesar de ello tan sólo se ha hecho un diagnóstico de tabaquismo en

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

un niño de 14 años.

3.9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes:

Durante este periodo se realizó una nueva sesión informativa del personal de Pediatría para recordar procedimiento y mantener la atención ante estas situaciones. Se comprobó la situación vacunal de todos los niños que acudían por primera vez al centro. Durante este periodo se han iniciado 75 calendarios acelerados, 11 de ellos no se han continuado porque ya no pertenecen al centro, situación frecuente en esta población que se ve obligada a muchos cambios de residencia.

De los 64 restantes; 41 se han completado, 19 están en proceso y vienen con regularidad y los 4 restantes no han acudido a las últimas citas. Por tanto se ha conseguido una cobertura vacunal del 93,7.

En los niños que no han acudido se ha actuado en la forma acordada, se ha añadido al mensaje de calendario acelerado que no había acudido a la última cita para vacunas.

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

Durante 2009 se han celebrado 5 reuniones del equipo multidisciplinar formado por la Asociación de Vecinos Manuel Viola, el Centro de Educación de Adultos CODEF y el Centro de Salud Delicias Sur.

Se elaboró el cuestionario de investigación sobre valores culturales que determinan la convivencia. Se ha pasado un cuestionario a alumnos, otro a profesores y otro a padres. Se realizó la mecanización de los datos y la primera valoración de resultados, estando pendiente la realización del informe final.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:

- Conseguir la acreditación externa

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

- Seguimiento de las no conformidades recogidas en la auditoría interna 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 10 Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo:

En 2010 se pretende consolidar la actividad en Deshabitación de Tabaquismo. El objetivo es mejorar en un 50% el registro de fumadores de la zona de salud e incrementar en un 30% el número de fumadores en los que se ha realizado "Intervención breve"

2.2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): Para 2010 se pretende continuar consolidando la actividad con una oferta de 180 MAPAs. Se informatizará la petición de proceso diagnóstico para posibilitar el tratamiento estadístico y se incluirá en la solicitud de la prueba si es para diagnóstico o control. Se mejorará la información al paciente respecto a la prueba que se le va a realizar.

2.3. Seguridad clínica:

Conocer el/los grupos farmacológicos que mas frecuentemente provoca dichas RAM en nuestra población. Conocer el perfil de pacientes que las sufren con mayor frecuencia, darlos a conocer en sesiones clínicas a los profesionales, y así disminuir las RAM, detectándolas lo antes posible y disminuir así pruebas diagnósticas innecesarias y aumentando la confianza del paciente en su médico.

2.4. Diabetes: Retinografía digital: Para el año 2010 pretendemos que en diciembre el 90% de nuestros diabéticos sin retinopatía conocida (aproximadamente 900 diabéticos) tengan realizada al menos una retinografía. En segundo lugar queremos que el 50% de estos (siempre que la primera

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

retinografía fuera normal) tengan al menos dos retinografías realizadas hasta diciembre de 2010.

2.5. EPOC: En 2010 se pretende consolidar la actividad del servicio de Espirometrías .Se consolidará la actividad de aplicación de aerosolterapia en crisis agudas. Y se impulsará la utilización del registro informático para la petición del proceso terapéutico Aerosol terapia para potenciar la recuperación de datos y el tratamiento estadístico.

2.6. Vacunaciones en el adulto:

Vacunación antigripal: Se pretende para 2010 mantener y mejorar la cobertura vacunal mediante la modificación de la información y cita de la campaña antigripal.

Vacunación antineumocócica: Todos los pacientes que residen en centros geriátricos de nuestra zona de salud, tendrán administrada la vacuna contra el neumococo. A todos los pacientes que se incorporen a las residencias, y que no tengan administrada la vacuna con anterioridad, se procederá a su vacunación.

2.7. Gestión del estrés: para disminuir los problemas derivados de una mala gestión del estrés se plantea la necesidad de identificar el estrés como problema de salud y su incidencia en la población consultante en el centro de salud con la finalidad de establecer actividades educativas que mejoren la capacidad de reconocimiento de las situaciones y factores de estrés y fomenten una actitud de autocuidado y protección y promuevan recursos de apoyo y ayuda para mejorar las habilidades personales para afrontar situaciones de estrés. Para 2010 se plantea realizar dos cursos sobre técnicas de relajación a lo largo de este año configurando los grupos con pacientes provenientes de los cupos del centro.

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

Pretendemos Identificar e intervenir en niños y adolescentes que presenten conductas asociadas a riesgo cardiovascular. Ocio sedentario, alimentación inadecuada. Así como FRCV: sobrepeso, obesidad, patologías asociadas (HTA, alteración del metabolismo de la glucosa, resistencia a la insulina, diabetes, dislipemia, síndrome metabólico) y tabaquismo. Esta línea de mejora se justifica por el importante porcentaje de familias inmigrantes vulnerables a adquirir sobrepeso-obesidad y síndrome metabólico principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la infancia y adolescencia.

La prevalencia registrada en 2009 de sobrepeso y obesidad de 14,16% es inferior a la aportada por la última encuesta de salud en España que sitúa este problema en un 27,6 %para niños de 2-17 años (distinto grupo de edad). Lo cual significa que para proponernos un buen control debemos seguir trabajando en 2010 en la identificación de los casos.

Considerando que la cifra de consumo habitual de tabaco en adolescentes de 14 años es del 19 %, debemos seguir trabajando también este aspecto.

2.9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: para 2010 el objetivo es superar el 90 % de calendarios que se ponen con una cronología correcta y se acaban completando.

2.10. Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias": se pretende desarrollar en colaboración con la Asociación de Vecinos de Delicias Manuel Viola y el Centro de Educación de Adultos CODEF, un proyecto de intervención comunitaria que tiene como objetivo analizar e intervenir sobre los factores culturales determinantes para la convivencia intercultural en el barrio de Delicias. Se trata de una intervención en el medio escolar -en educación primaria y secundaria- y en la comunidad. Para 2010 el objetivo es completar el estudio y difundir sus resultados.

3. Nuevas líneas de mejora del proyecto de gestión clínica 2010:

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

1. HIPERTENSION ARTERIAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR
2. TABAQUISMO
3. DISLIPEMIA
4. DIABETES
5. EPOC
6. ANSIEDAD/DEPRESION
7. SEGURIDAD CLÍNICA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

8. PEDIATRIA

- Promoción de la lactancia materna
- Actividades preventivas en la infancia
- Inmunizaciones
- Obesidad infantil
- Asma infantil

En cada una de ellos se han planteado objetivos en la captación, control, seguimiento, tratamiento y actividades de prevención. Para cada uno de estos aspectos se ha definido un estándar a alcanzar.

3.2. Líneas de mejora en otros procesos del área de enfermería, administrativos y de satisfacción del paciente

1. Desburocratización del área clínica
2. Nuevos circuitos en el área de enfermería
3. Disminución del tiempo de espera para entrar en consulta

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:

El grupo de calidad ha establecido una división de tareas para el mantenimiento del nuevo sistema de gestión de calidad con la Norma ISO 9001-2008. Se han dividido responsabilidades en mantenimiento de la documentación general, formación, seguimiento de objetivos, manual de acogida, recogida de incidencias, equipamiento e instalaciones y suministro. Se ha incorporado al grupo a una auxiliar de clínica por tener responsabilidad en áreas sensibles del sistema. 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.

2. 10 Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo Realizar dos sesiones clínicas interdisciplinares para motivar a los profesionales, ofrecer formación e informar de los resultados intermedios. Actualizar los registros informáticos para reflejar el episodio "Tabaquismo" en la historia clínica del paciente, así como el registro de la "Intervención breve" cuando se realice

2.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): Contactar con el responsable del soporte informático para que active la aplicación de Orden clínica-Proceso diagnóstico.

Organizar una sesión de equipo multidisciplinar para consensuar la información a incluir en la petición.

Disponer una hoja informativa que el profesional derivador entregará al paciente en el momento de la petición, además de informarle verbalmente.

2.3. Seguridad clínica: Actividades para mejorar: 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

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

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

2.6. Vacunaciones en el adulto:

-Vacunación antigripal: se enviará una carta a la población mayor de 65 años informándoles de la campaña y asignándoles cita para la administración

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

de la vacuna

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

2.7. Gestión del estrés:

- Realizar en marzo una reunión con las mujeres que participaron en el grupo para evaluar qué ha pasado con sus propósitos de cambio para controlar sus situaciones de estrés y utilidad que tiene actualmente el haber aprendido las técnicas de relajación

-Presentación de la experiencia en una sesión de equipo.

-Realización de dos nuevos grupos en el año 2010

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

Realizar una historia familiar enfatizando sobre enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo . Preguntar sobre hábitos de alimentación, actividad física y consumo de cigarrillos. Dar recomendaciones generales en cuanto a una alimentación saludable. Animar a realizar un ocio activo. Realizar consejo antitabaco en niños de 10 años o más. Cribado selectivo de colesterol en niños y adolescentes de riesgo. Monitorización del Índice de Masa Corporal (IMC) y su percentil. Control de niños con sobrepeso IMC >P85 y obesidad IMC >P95. Descartar síndrome metabólico en pacientes obesos IMC>P95 y su control.

2.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: Volver a realizar otra sesión para unificar criterios. Mantener actitud activa sobre esta actividad, necesaria en este tipo de población con peores situaciones sociolaborales para acudir a las citaciones. Seguir entregando Documento de Salud Infantil donde se anotan las vacunas aplicadas y ayuda a completar el calendario si el niño se traslada de centro. Difundir estos criterios de actuación a todos los profesionales que realicen actividades en Pediatría.

2.10. Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias": para este segundo año se elaborara el cuestionario, se pasará a los alumnos de los centros educativos -2 Colegios de Educación Infantil y un Instituto de Secundaria y se extraerán los resultados. Se llevará a cabo un informe con las conclusiones y se difundirá en el entorno.

3. Nuevas líneas de mejora del proyecto de gestión clínica 2010:

3.1 Líneas de mejora del área clínica: Se han establecido 8 grupos de trabajo multidisciplinares, uno por cada proceso clínico. Cada grupo ha seleccionado indicadores a medir y un estándar para alcanzar, así como la evidencia clínica que soporta las intervenciones propuestas. Cada grupo de trabajo valorará el primer corte de medición de los indicadores que se ha fijado en Diciembre de 2009. Los resultados se desagregarán por cupos de profesionales y se pondrán objetivos de mejora en cada uno de ellos.

3.2. Líneas de mejora en otros procesos del área de enfermería, administrativos y de satisfacción del paciente

3.2.1. Desburocratización del área clínica

- Mantener y mejorar el proceso de tarjeta de largo tratamiento (TLT) que ya está completamente estructurado en el área administrativa.

-Introducir un nuevo circuito para que los certificados médicos puedan ser solicitados y recogidos en el área de admisión.

3.2.2. Nuevos circuitos en el área de enfermería

- Mejorar el circuito ya existente de atención de enfermería en el alta hospitalaria, mediante un sistema de citación automática a las consulta de enfermería, coordinado con la Unidad de Atención al Usuario

- Inicio de un nuevo circuito de citación a enfermería de los pacientes que tramitan por primera vez en el centro la tarjeta sanitaria

- Pilotaje de la consulta filtro de enfermería para patología aguda no complicada.

3.2.2. Disminución del tiempo de espera para entrar en consulta:

Se darán a conocer los datos a los profesionales afectados, se introducirán modificaciones en las agendas para disminuir la espera de los pacientes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:
- Conseguir la acreditación externa
 - Realizar la auditoría interna anual con éxito
 - Mantenimiento del sistema de incidencias del cliente:
 - Reuniones del consejo de salud
 - Valoración de sugerencias y reclamaciones
 - Valoración encuestas de satisfacción
 - Mantenimiento del sistema de incidencias de los profesionales: valoración de las incidencias internas.
 - Seguimiento de las no conformidades: nº de no conformidades resueltas, acciones realizadas para la solución de no conformidades pendientes.
2. 10 Líneas de mejora:
- 2.1. Intervención en tabaquismo:
Número de consultas atendidas en las agendas de Deshabitación de Tabaquismo"
Número de pacientes con episodio de Tabaco/población fumadora estimada en la zona.
Número de pacientes con intervención breve/numero de pacientes con episodio de Tabaco
- 2.2 Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):
Numero de MAPA realizados
Número de MAPA solicitados con soporte informático/numero total de MAPAs solictados
Número de pacientes a los que se les ha entregado hoja informativa/ Número total de MAPAs solicitados
- 2.3. Seguridad clínica: Tasa de RAM en 2010. Número de sesiones realizadas en el equipo sobre reacciones adversas
- 2.4. Diabetes: Retinografía digital: Nº de diabeticos sin retinopatía conocida que tengan realizada al menos una retinografía a fecha de Diciembre de 2010.
Standard 90 % (900 diabéticos)
- 2.5. EPOC:
Número de espirometrías realizadas
Número de sesiones de aerosolterapia realizadas
Numero de peticiones de aerosolterapia informatizadas/número de sesiones de aerosolterapia .
- 2.6. Vacunaciones adulto: El 96% de los residentes en centros geriátricos tendrán administrada la vacuna antineumocócica. Aumento de la cobertura de vacunación antigripal un 2% respecto a la campaña anterior, extensión del sistema de cita por correo al 60 % de la población mayor de 65 años.
- 2.7. Gestión del estrés: Continuar la implantación en 2010: número de grupos realizados, número de pacientes que inician el grupo y número de pacientes que finalizan el programa de sesiones.
- 2.8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:
-Episodios de sobrepeso y obesidad diagnosticados en niños de 6-14 años en 1 año.
-Número de adolescentes (10-14 años) fumadores detectados en 1 año.
- 2.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: conseguir una cobertura vacunal cercana al 90 %

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2010

2.10. Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias": Elaboración del informe con los resultados y conclusiones del proyecto.

3. Nuevas líneas de mejora del proyecto de gestión clínica 2010:

3.1 Líneas de mejora del área clínica: monitorización de los 34 indicadores propuestos en el contrato de gestión clínica y grado de alcance de los mismos.

3.2. Líneas de mejora en otros procesos del área de enfermería, administrativos y de satisfacción del paciente:

- implantación del circuito de certificados en admisión

- implantación de los circuitos de alta y de nuevos pacientes en enfermería

- tiempo de espera: ningún profesional con esperas superiores a 20 minutos y reducir a la mitad el grupo de profesionales con demora superior a

15 minutos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: ENERO DE 2010 Fecha de finalización: DICIEMBRE DE 2010

Calendario:

Todas las líneas de mejora con sus objetivos, actividades y medición de indicadores se realizar

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• CAÑÓN PROYECCION MULTIMEDIA ... (*)	1.300 €
• COOXIMETRO	200 €
• EQUIPO ECG PORTATIL	500 €
• DOPPLER ARTERIAL PAR INDICE DEDO-BRAZO EN DIABÉTICOS	600 €
• MATERIAL EDUCACION GRUPAL	200 €
• MANGUITOS REPOSICION MAPA	100 €
• 4 CAMARAS DE INHALACION PEDIATRICAS	100 €
Total	3.000 €

11. OBSERVACIONES. (*) CAÑÓN PROYECCION MULTIMEDIA CON PANTALLA Y ALTAVOCES PARA INSTALACION EN SALA DE REUNIONES (CON INSTALACIÓN)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 530

MEJORA DE LA COBERTURA DEL CRIBADO POBALCIONAL DE RETINOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

2. RESPONSABLE JOSE CARLOS PEREZ VILLARROLLA
· Profesión MEDICO
· Centro CS DELICIAS SUR (DRONDA)
· Servicio/Unidad .. CS DELICIAS SUR (DRONDA)
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARACELI FERNANDEZ REVUELTA-MEDICO DE FAMILIA-DELICIAS SUR
LORETO ESPUIS ALBAS-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
CRISTINA MONTESA LOU-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
SERGIO MUÑOZ JACOBO-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
TERESA SARTOLO ROMEO-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
MARIA PILAR SUAREZ BONEL-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
LAURA SAENZ LAFUENTE-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
INÉS IRACHE MURILLO DÍAZ-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
HUGO MANERO ELORZA-RESIDENTE MFYC-DELICIAS SUR
M^a VICTORIA VILLAVERDE ROYO-TEC SALUD-UNIDAD DOCENTE SECTOR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La retinopatía diabética (RD) es una enfermedad de elevada prevalencia, crónica y de curso progresivo. A los 20 años de evolución, casi la totalidad de los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 1 y cerca del 60% de los pacientes diabéticos tipo 2 presentan algún tipo de afectación ocular en forma de RD, siendo la segunda causa de ceguera en España y la primera en edad laboral

En el Sistema Aragonés de Salud (SALUD) el control de los pacientes diabéticos descansa fundamentalmente sobre la Atención Primaria que dispone desde el año 2007 de un nuevo servicio de cribado mediante retinografía digital para tratar de favorecer el diagnóstico precoz , aumentando la accesibilidad a esta prueba diagnóstica. La población de referencia cubierta por el CS Delicias Sur para el año del proyecto es de 28 238 habitantes, con una prevalencia de diabetes (tipo 1 y 2) de 6,1% por lo que se estima la presencia en nuestro centro de unos 1723 diabéticos. Actualmente y por los datos ofrecidos desde nuestros propios sistemas de información OMI AP, no alcanzamos coberturas superiores al 30% por lo que consideramos de vital importancia tratar mediante este proyecto de mejorar las coberturas de cribado tratando de revitalizar sus citaciones y entradas al sistema

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras consultar bibliografía como la experiencia en la implantación de la retinografía digital en la CCAA de Galicia nos fijaremos como estándar llegar a un 44 % en este primer año. Suponiendo esto un aumento de más de un 50% respecto al año previo. No obstante nuestro objetivo final deseable sería acercarnos en lo posible al 90-100%

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Formación del grupo de trabajo de retinografía en el Centro de Salud y reparto de tareas y responsables de actividades. 2.Diseño de una estrategia para de forma activa a través de los Listado OMI identificar a todos aquellos pacientes que siendo susceptibles de ser incluidos en el Servicio de Retinografía en función de los criterios marcados en el Proceso de Diabetes del Sector III no han sido derivados a este servicio. 3. Diseño e implantación de un sistema de derivación a este servicio. 4. Difusión de estos sistemas a todos los miembros del Equipo. 4. Monitorización del número de citaciones realizadas de forma bi-trimestral

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 530

MEJORA DE LA COBERTURA DEL CRIBADO POBALCIONAL DE RETINOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de primeras citaciones a este servicio/ personas susceptibles-año
2. Número de segundas citaciones al servicio de retinografía/año
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo: creación del grupo. Medición del punto de partida .
Marzo-abril: estrategia y diseño de la captura de pacientes al programa y su citación
Abril: medición de punto de partida previo a la implantación
Abril: difusión al equipo e inicio de la implantación
Mayo-Diciembre: desarrollo del proyecto.
Cortes de evaluación y seguimiento: abril(inicio), julio,septiembre,diciembre
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. No precisa presupuesto , coste cero

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

376

GESTION Y CLASIFICACION DE RESIDUOS SANITARIOS, PROTOCOLOS Y EDUCACION SANITARIA A PACIENTES Y TRABAJADORES DEL CENTRO

2. RESPONSABLE JESSIKA TRILLO RICALDES
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA CARMEN MUNARRIZ ASENSIO-AUX DE ENFERMERIA,-CS EJEA
PATRICIA CLEMENTE REY-ATS- CS EJEA
MARICARMEN TORCAL CHAVARRI-AUX ADM -CS EJEA
ISABEL CONTIN GIMENEZ- LIMPIADORA-CS EJEA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1-CONTROL: DE RESIDUOS GENERADOS EN DOMICILIOS DE PACIENTES, AGUJA DE BOLIGRAFO DE INSULINA , JERINGAS DE HEPARINAS.... en residencias de ancianos , en cuanto a su llenado cuyo almacenamiento y gestión corresponde al CS EJEA(tal como lo traen contenido en bolsas de plastico, contenedores rotos y abiertos, ...
2-Proceso de clasificación y almacenamiento final de contenedores de residuos generados en los ambulatorios locales de barrios de Ejea.
3-Encuestas de conocimientos previa y posterior a personal de limpieza de barrios de Ejea y personal sanitario del CS, del CASAR Y Residencias.
4.Educación Sanitaria de pacientes sobre la aplicación de citostaticos :Metrotexate y EMBREL, protocolos de EPI. ,medidas preventivas y eliminación de los mismos.
5-Charla INFORMATIVA SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS,.CLASIFICACIÓN DE GRUPOS DE residuos, Almacenamiento y eliminación de los mismos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. EVITAR LOS ACCIDENTES DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN LA MANIPULACIÓN DE RESIDUOS.
2EDUCACION SANITARIA A PROFESIONALES COMO CLASIFICAR LOS RESIDUOS EN LAS CONSULTAS Y A LOS PACIENTES EN SUS DOMICILIOS.
6-Dotar del material de BIOSEGURIDAD (jeringillas, palomillas, lancetas...)INFORMAR AL PERSONAL DEL CS EL USO Y EXISTENCIA DE ,losMISMOS Y solicitar al almacen general

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CHARLA INFORMATIVA GENERAL, INICIAL Y FINAL DEL PROYECTO DE MEJORA. INDICADORES.RESPONSABLE.JESSIKA TRILLO.
2-CHARLA SOBRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE CONTENEDORES DE RESIDUOS GESTION Y ELIMINACIÓN A PERSONAL SANITARIO, LIMPIEZA DE CS Y BARRIOS DE EJEA.ANACARMEN MUNARRIZ AUX DE ENF.
REVISION DE CONSULTAS, SOBRE EL ESTADO DE LOS CONTENEDORES ASI COMO LA EXISTENCIA DE BOLSAS, CORRESPONDIENTES AL RESIDUO, RESPONSABLEISABEL CONTIN .LIMPIADORA, Y AUX DE ENF ANA CARMEN MUNARRIZ. ENCUESTA DE SATISFACCION DE CITOSTATICOS-ENF PATRICIA CLEMENTE Y REVISION DE MATERIALES
CONTABILIZAR LOS CONTENEDORES DEL CS GASTADOS, LABORES ADMINISTRATIVAS-CARMEN TORCAL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-No de INCIDENCIAS r/c la gestion de residuos x100
2-No de consultas en la que esta el material imprescindible para correcta gestión de residuos en el cs ejea: total de las consultas evaluadas en el cs ejea x 100
HOJA DE EVALUACIÓN DE CONSULTAS Y SALAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO. MARZO PRIMERA CHARLA INFORMATIVA: PACIENTES CON CITOSTATICOS. PERSONAL SANITARIO DE LIMPIEZA DEL CS, DE BARRIOS Y RESIDENCIAS-15 MARZO APROX. RESPONSABLE Y AUX DE ENF.
5 ABRIL EVALUACIÓN DE LAS CONSULTAS DEL CS Y AMBULATORIOS, DE EJEA.
CONTAR LOS CONTENEDORES USADOS CADA 6 MESES JUNIO- DICIEMBRE.
REVISAR DE DISPONIBILIDAD DE BOLSAS CORRESPONDIENTES EN NUESTRO ALMACEN.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 376

GESTION Y CLASIFICACION DE RESIDUOS SANITARIOS, PROTOCOLOS Y EDUCACION SANITARIA A PACIENTES Y TRABAJADORES DEL CENTRO

Última charla 15 de diciembre y evaluación de encuestas

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

REGISTRO DE INCIDENCIA DE CANCER TOTAL Y POR LOCALIZACIONES EN LA ZS EPILA Y CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE DEMORA ENTRE DIAGNOSTICO DE SOSPECHA POR AP HASTA UN DIAGNOSTICO DE CERTEZA CON ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE GOMEZ BERNAL

- Profesión MEDICO
- Centro CS EPILA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA JOSE BADESA MONREAL-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
ANGEL GIMENO CABELLO-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
ROSA MARIA PEREZ LABARTA-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
ELENA HERRANDO RODRIGO-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
JOSE ANTONIO PALLARES GRIMA-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
LUIS ROYO GOYANES-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
MARIA JESUS SANZ LLERA-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
ARTURO TEJERO SANCHEZ-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA
JOAQUIN YAGUE MARTINEZ-MEDICO FAMILIA-CENTRO DE SALUD DE EPILA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema : DESCONOCIMIENTO DEL NUMERO DE CASOS DE CANCER QUE SE PRODUCEN EN LA ZONA DE SALUD.

* Importancia y utilidad del proyecto:

- Diseñar y gestionar los procesos de coordinación asistencial del cáncer entre Atención Especializada-Atención Primaria.
- Conocer Las tasas de incidencia de cáncer Totales y Específicas de la zona básica de salud.
- Conocer los Tiempos de Demora desde la sospecha en atención primaria hasta diagnostico de certeza por Anatomía Patológica.
- Conocer Las tasas de incidencia de cáncer Totales y Específicas de la zona básica de salud.
- Conocer los Tiempos de Demora desde la sospecha en atención primaria hasta diagnostico de certeza por Anatomía Patológica.
- Mejorar la motivación de los integrantes del EAP en las actividades cotidianas

* métodos de detección y priorización empleados :

- Registro del nº de casos nuevos de cáncer de la zona básica de salud anuales, A partir de la historia clínica de Atención Primaria.

* Situación de partida :

- En la zona básica de Salud de Epila tras 20 años de funcionamiento como Centro de Salud tenemos numerosos casos de cáncer en seguimiento y tratamiento por la atención especializada , sin conocer el numero total ni el numero por localizaciones. Desconociendo también el tiempo de demora entre diagnostico de sospecha en la consulta de Atención Primaria (Primeros síntomas) y diagnostico de certeza por Anatomía Patológica en Atención Especializada.
- Entre los años 2001 -2005 , se constataron la aparición de un numero mayor de cáncer entre la población adscrita , llegando a tratarse el tema en reuniones del EAP e incluso se inicio una recogida de datos , pero por diferentes cuestiones ello quedo en suspenso.

En el año 2008 : se presento el XXX Congreso Nacional de Semergen celebrado en Valencia la comunicación oral : " Estudio Descriptivo de cáncer en una población rural de la provincia de Zaragoza " . en la que se analizaban el numero total de canceres aparecidos en la población de Rueda de Jalón en los

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

REGISTRO DE INCIDENCIA DE CANCER TOTAL Y POR LOCALIZACIONES EN LA ZS EPILA Y CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE DEMORA ENTRE DIAGNOSTICO DE SOSPECHA POR AP HASTA UN DIAGNOSTICO DE CERTEZA CON ANATOMIA PATOLOGICA

últimos 24 años , cuyos resultados y conclusiones acompañan este escrito:

" Estudio Descriptivo de cáncer en una población rural de la provincia de Zaragoza " (Luis Royo Goyanes - Francisco José Gómez Bernal - Juan Pablo Royo Doménech) Rueda de Jalón 2008.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES :

RESULTADOS:

Numero total de años : 24 años

Numero total de casos : 59 casos de cáncer

Numero de personas : 44 personas afectadas :

30 hombres

14 mujeres

Distribución por sexo : 42 en hombres

17 en mujeres

Numero de personas 1 caso : 35

Numero de personas mas de 1 caso : 9 personas

Densidad de incidencia : 597.2

Ajuste de tasas por el método indirecto :

- Con 7 nuevos casos : SI hay mas casos de los esperados. Ligero exceso de incidencia

- Con 2 nuevos casos : NO hay mas casos de lo esperados .Los resultados no son estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES :

Tras su comparación con los datos existentes en el Registro de tumores de Zaragoza , que es un registro poblacional : NO se puede concluir que haya un exceso de incidencia de cáncer . Solamente en caso de que constantemente hubiera un incremento de casos por encima de 4 casos anuales y repetidamente durante todos los años podría empezar a sospecharse la existencia de un exceso de incidencia de cáncer.

CONSIDERACIONES :

- a) .- La mayor incidencia de cáncer de piel no melanoma
 - a 1 .- No aparece en solitario
 - a 2 .- En tres ocasiones en la misma persona
 - a 3.- Acompañando 3 casos de Ca. de pulmón y 3 de vejiga
 - a 4.- supone el 23.7 % de los casos de cáncer
 - a 5 .- En mujeres solo lo supera el Ca . de mama

b) .- Diferencias con la incidencia de cáncer en España donde el mas frecuente es el Ca. colorectal seguido de 3l de pulmón ,mama , vejiga y próstata.

C) .- Se pretende el generalizar entre los E.A.P. el protocolizar la toma de datos según se sigue en el presente trabajo como una herramienta útil y sencilla de valoración del progreso de esta enfermedad .

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

REGISTRO DE INCIDENCIA DE CANCER TOTAL Y POR LOCALIZACIONES EN LA ZS EPILA Y CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE DEMORA ENTRE DIAGNOSTICO DE SOSPECHA POR AP HASTA UN DIAGNOSTICO DE CERTEZA CON ANATOMIA PATOLOGICA

* causas :

Descoordinación entre Atención Primaria y atención especializada con los subsiguientes problemas para los pacientes en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento por carecer de un registro específico. Carecer de un registro específico de casos de cáncer.

* fuentes de información :

-Historias de Atención Primaria y Diagnóstico de certeza por atención especializada. Recuento por cada médico de la zona de salud de los Casos nuevos anuales de su cupo.

- " Estudio Descriptivo de cáncer en una población rural de la provincia de Zaragoza " (Luis Royo Goyanes - Francisco José Gómez Bernal - Juan Pablo Royo Doménech) Rueda de Jalón 2008.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer la incidencia total de cáncer y por localizaciones en la Zona Básica de Salud.

- Conocer el tiempo de demora en días en el diagnóstico de los diferentes tipos de cáncer desde un diagnóstico de sospecha por Atención Primaria hasta un diagnóstico de certeza en la Atención Especializada(Anatomía Patológica.)

- En Años posteriores: conocer supervivencia, colabora con Atención Especializada en seguimiento, revisiones.

- Mejorar la prevención de los cánceres más frecuentes de nuestra zona básica de salud en las consultas de Atención Primaria. (Conociendo la incidencia Total y por localizaciones).

- Mejorar el diagnóstico de sospecha en Atención Primaria en aquellos cánceres que hallemos con mayor incidencia.

- Mejorar el tiempo de demora en el diagnóstico de certeza en coordinación con la Atención especializada en aquellos cánceres en los que este tiempo sea excesivo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Priorizar, diseñar y gestionar procesos de coordinación asistencial entre la Atención Primaria y la Atención Especializada.

- Confección de una base de datos según figura a continuación, en la que se registrarán :

Hª clínica (fecha nacimiento e iniciales apellidos)

Sexo

edad

localización tumor,

fecha de sospecha en Atención Primaria

Fecha diagnóstico de certeza en Atención Especializada,

supervivencia

código del médico que declara

- La base de datos diseñada se instalará en los ordenadores de cada uno de los profesionales participantes en el registro y cada médico registrará los casos que vayan produciéndose, que automáticamente pasan a engrosar el listado de casos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 184

REGISTRO DE INCIDENCIA DE CANCER TOTAL Y POR LOCALIZACIONES EN LA ZS EPILA Y CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE DEMORA ENTRE DIAGNOSTICO DE SOSPECHA POR AP HASTA UN DIAGNOSTICO DE CERTEZA CON ANATOMIA PATOLOGICA

- Cada medico registrara los caso nuevos de cáncer de su cupo, en la plantilla diseñada al efecto
- El responsable recogerá y registrara mensualmente los datos proporcionados por cada medico
- Los resultados totales se presentaran al finalizar el año.
- Seria deseable que esta actividad fuese incluida dentro de la Cartera de Servicios ofrecida por el Centro de Salud de Epila y mas adelante su difusión al resto de los Centros de Salud del Sector

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:

- Tasa de incidencia de los canceres totales anuales en la Zona basica de Salud.
- Tasa de incidencia por localizaciones .
- Calculo del tiempo de demora desde el diagnostico de sospecha en Atención Primaria hasta el diagnostico de certeza en Atención Especializada.

OBTENCION : Todos los casos de cancer anuales de las consultas de la Zona basica de Salud, y colaboración con la Atención Especializada.

MONITORIZACION: Casos totales de cáncer, Casos por localizaciones, Días de demora entre diagnostico de sospecha en Atención Primaria y diagnostico de certeza por Atención especializada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: AÑO 2010; Fecha de finalización: IDEFINIDO

- Diciembre 2009 Diseño del estudio
- Enero 2010 Exposición y planteamiento al EAP. Puesta en marcha.
- Febrero 2010 Instalación en ordenadores de cada profesional plantilla para recogida de datos.
- Mensualmente cada medico trasladara sus datos al responsable del estudio.
- Diciembre 2010 Resultados totales, Evaluación, Modificaciones o Ampliaciones del estudio

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Registro de la incidencia de Cáncer total ... (1)	300 €
· Adquisición del material y equipamiento necesario ... (2)	2.000 €
Total	2.300 €

11. OBSERVACIONES. (1) Registro de la incidencia de Cáncer total y por localizaciones en la Zona de Salud, de Epila , y conocimiento del tiempo de demora entre el diagnostico de sospecha por Atención Primaria hasta un diagnostico de certeza con Anatomía Patológica
- (2) Adquisición del material y equipamiento necesario para el desarrollo de las actividades previstas en concreto la adquisición e instalación en los consultorios locales de Rueda de Jalón, Salillas de jalón , Lucena de Jalón , La Muela (PEDIATRA) y en Epila (PEDIATRA) y Residencia de ancianos de Epila de ordenadores personales con monitor fijos.

1. TÍTULO

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR. ARCHIVO Y DIGITALIZACIÓN DE ECGS

2. RESPONSABLE L. JAVIER CASTAÑO ROA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
 - Servicio/Unidad .. AP
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FRANCISCO DUEÑAS AGULLO -MEDICO AP (TITULAR)
MIGUEL DIAZ DEL CUVILLO-MEDICO AP (TITULAR)
ANGEL LEZA SOLA-MEDICO (REFUERZO)
ANA M. BELLOSO ABAD-DUE AP (TITULAR)
SANTIAGO GONZALEZ ARNAL -DUE AP (REFUERZO)
J. IGNACIO GUISANDE ABAD- DUE AP (REFUERZO)
CRISTINA DEZA ANDREU-ADMINISTRATIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mejor alternativa para el control de la enfermedad cardiovascular, es la intervención preventiva a lo largo de toda la historia de la enfermedad. Desde la Atención Primaria y formuladas en indicadores de cartera y del Contrato de Gestión se abordan las actividades preventivas iniciadas con la valoración y estratificación del Riesgo Cardiovascular. Desde el EAP, por consenso, creemos necesario el desarrollo de un plan de mejora para aumentar la cobertura de pacientes a los que se realiza dicha valoración así como la estratificación del RCV, que repercuta en resultados de salud para nuestra población. Tanto la realización de ECGs como práctica necesaria en la valoración del RCV junto con la dinámica cambiante de sus resultados a lo largo de la vida y, unido a ello, la progresiva desaparición del registro de papel por el uso de las nuevas tecnologías, justifican la creación de un registro digital que acompañe en tiempo y lugar a la historia del paciente y facilite la toma de decisiones del profesional que valore en un determinado momento a dicho paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejora de la valoración y estratificación del Riesgo Cardiovascular, prevención de las enfermedades cardiovasculares y la atención de las hipercolesterolemias.
- Mejora de la prevención y diagnóstico precoz de las patologías cardíacas.
 - Mejora del seguimiento de las patologías cardíacas a través de los cambios en el ECG mediante el tratamiento y almacenamiento informático de los mismos.
 - Uso de la tecnología informática para la digitalización de los ECGs con la creación de un archivo con los distintos registros, accesible para su consulta, impresión ó envío por correo electrónico allá donde se requiera (atención especializada, centro de salud diferente...) procurando así la disponibilidad en todo momento y lugar (consultas periféricas y domicilios) de los registros gráficos y facilitando la atención y diagnóstico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Sesión informativa con todo el equipo para presentar el proyecto y actividades a realizar.
- Elaboración por parte del médico y enfermera de cada cupo, de listados mediante la herramienta OMI, de los usuarios mayores de 45 años.
 - Citación programada de los pacientes incluidos, para solicitud de perfil lipídico simple, realización de ECG y valoración del RCV.
 - Creación del archivo exclusivo de ECGs (por desaparición de la historia escrita) en formato papel, con los ECGs realizados desde el último semestre del 2009 en adelante, los que se realicen en 2010 y aquellos realizados, que cumplan el requisito de tiempo que marca el protocolo de prevención cardiovascular.
- Responsable : Javier Castaño

- Escanear los ECGs realizados y almacenar en soporte informático en las distintas consultas del C.S. Responsable : Javier Castaño.
- Creación de fichero digital con índice y orden alfabético. Responsable : Javier Castaño.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 168

1. TÍTULO

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR. ARCHIVO Y DIGITALIZACIÓN DE ECGS

- Seguimiento mensual de las órdenes médicas anteriormente citadas por medio de listado OMI
- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Existencia de registro (listado) de pacientes con criterios de inclusión en el programa.
- Cobertura del programa: % pacientes con criterios de inclusión a los que se les ha realizado perfil lipídico, ECG y valoración del RCV.
- Existencia de fichero digital de ECGs.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad	Marzo	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						
Sesión informativa EAP						
Elaboración listado						
Citación pacientes	x	x	x	x	x	x
Creación archivo ECG papel		x				
Escanear ECGs	x	x	x	x	x	
Creación fichero digital		x	x	x	x	x

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
• Escáner	80 €
• Ordenador portátil compacto	350 €
• 3 Memorias USB 8 gigas	42 €
Total	472 €

11. OBSERVACIONES. La creación del fichero digital dependerá de la disponibilidad del material informático: escáner y ordenador portátil. Hasta la llegada del mismo ó posible adecuación del material ya disponible en el centro y con la voluntad de llevar a cabo el programa en su totalidad , se usará material particular

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

172

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

2. RESPONSABLE MIGUEL DIAZ DEL CUVILLO
- Profesión MEDICO
 - Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
 - Servicio/Unidad .. AP
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FRANCISCO DUEÑAS AGULLÓ- MÉDICO AP (TITULAR)
- AHA SAMIH ISSA-MÉDICO AP (TITULAR)
- CLARA PUYOL-MÉDICO AP (TITULAR)
- CONSTANTINO CANO-MÉDICO AP (REFUERZO)
- JAVIER CASTAÑOROA -DUE AP (TITULAR)
- ANA M. BELLOSO ABAD-DUE AP (TITULAR)
- SANTIAGO GONZALEZ ARNAL -DUE AP (REFUERZO)
- J.I. GUISANDE ABAD -DUE AP (REFUERZO)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La renovación de la prescripción de tratamientos crónicos representa el motivo más importante de demanda burocrática de la consulta de atención primaria, pero no por ello exento de riesgos, atribuibles a los profesionales y al propio paciente, cuya consecuencia es la inadecuación de tratamientos, dosificación errónea, polimedicación innecesaria, toxicidad, reacciones adversas, máxime cuando las características del paciente lo hacen más vulnerable, como en el caso de los ancianos. Desde el EAP y de forma consensuada hemos detectado la necesidad de elaborar un programa de revisión sistemática de los tratamientos crónicos con el objetivo de adecuarlos individualmente, informando al paciente y haciendo un uso seguro del medicamento además de eficiente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejora de la seguridad del paciente en el marco del tratamiento de las enfermedades crónicas, en especial los pacientes mayores y polimedcados.
- Seguimiento correcto del tratamiento prescrito
 - Mejora de la prevención de problemas en el anciano relacionados con la toma de medicamentos.
 - Fomentar el uso racional del medicamento
 - Evitar la automedicación
 - Evitar el abandono del tratamiento ante cambios de domicilio, enfermedades agudas, etc ...
 - Facilitar la prescripción y la información acerca de los tratamientos a profesionales que no tengan acceso al historial del paciente (especialistas, otros centros...)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Sesión informativa con todo el equipo para presentar el proyecto y actividades a realizar.
2. Reunión del grupo de mejora para definir los usuarios objetivo (pacientes con prescripciones crónicas) del programa y elaborar los listados pertinentes.
3. Reunión del grupo de mejora para la elaboración y consenso de los criterios de calidad que deben de seguir las prescripciones de tratamiento crónico, así como la elaboración de las normas y recomendaciones para el paciente sobre uso racional y adecuado del medicamento.
4. Revisión individualizada de la prescripción de tratamiento crónico, con ocasión de la consulta a demanda de recetas, con la colaboración de médico y enfermera de cada cupo.
- En la misma, se entregará al paciente, una hoja de tratamiento crónico, incluyendo posología posología, así como las recomendaciones de uso racional del medicamento, y otra hoja de tratamiento formato OMI, para que el usuario la porte junto a su tarjeta sanitaria. En caso de analfabetismo o grave dificultad de comprensión del paciente, se solicitará colaboración a las farmacias, ayudantes a domicilio ó personas al cargo (si las hubiere) de la zona para que, una

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 172

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

vez proporcionado la hoja de medicación y un dosificador semanal, preparasen la medicación oportuna

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Existencia de registro (listado) de pacientes con criterios de inclusión en el programa.
- Existencia de documento con la definición de criterios de calidad de la prescripción de tratamiento crónico.
 - Cobertura del programa: % pacientes con revisión del tratamiento crónico.
 - % de revisiones que cumplen criterios de calidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actividad	Marzo	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Sesión informativa EAP	x								
Definición Pacientes de inclusión			x						
Elaboración listado		x							
Definición y Elaboración documento criterios de calidad					x	x			
Revisión tratamientos			x	x	x	x	x		
Evaluación y resultados								x	

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Folios papel reciclado	30 €
• Cartucho tinta	70 €
• Dosificadores semanales para medicación	150 €
Total	250 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

482

HIGIENE CORPORAL Y SALUD

2. RESPONSABLE FRANCISCO DUEÑAS AGULLO
- Profesión MEDICO
 - Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MIGUEL DÍAZ DEL CUVILLO- MÉDICO AP
TAHA SAMIH ISSA -MÉDICO AP
CONSTANTINO CANO DIESTE-MÉDICO AP
LUIS JAVER CASTAÑO ROA - DUE AP
ANA MARIA BELLOSO ABAD - DUE AP
SANTIAGO GONZALEZ ARNAL-DUE AP
JOSÉ IGNACIO GUISANDE ABAD -DUE AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La falta de hábitos higiénicos corporales adecuados constituye un problema, no sólo de índole social y estético, sino de salud, por aumentar el riesgo de complicaciones y/o transmisión de enfermedades a uno mismo y a otras personas. El correcto lavado de las manos ,por ejemplo, es una de las primeras y más eficaces medidas en la prevención del contagio de las enfermedades infecciosas comunes (gripe, gastroenteritis..). La buena o mala higiene incide de manera directa en la salud de las personas y son muchas las enfermedades relacionadas con su presencia y/o malas prácticas, tanto a nivel general (contagio y aparición de infecciones) como local (conjuntivitis, foliculitis, hongos, inflamaciones, hemorroides, alteraciones en pies y pie diabético, úlceras vasculares, etc.).

Con frecuencia, en la exploración y seguimiento de los pacientes crónicos por las Unidades Básicas de Salud en el medio rural, se observa un déficit de la higiene personal. La existencia de casas poco acondicionadas, con mala calefacción y cuartos de baño no adecuados, sumado a una población con actitudes inadecuadas, patrones culturales de ahorro fuertemente arraigados y/o déficit de conocimientos relacionados con la higiene corporal, hacen preciso la mejora de este aspecto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejora del conocimiento de las actitudes y hábitos de la población con respecto a la higiene corporal .
- Fomentar la adecuada higiene personal como una parte más del cuidado de la salud, en especial ,en los pacientes mayores.
 - Mejora de problemas sanitarios en la población general relacionados con malos hábitos de higiene corporal.
 - Promover y facilitar cambios de las actitudes no adecuadas respecto de la higiene.
 - Difundir la necesidad de la mejora y adecuación de cuartos de baño en las viviendas para aumentar la calidad de vida y la salud de los usuarios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Sesión informativa con todo el equipo para presentar el proyecto y actividades a realizar.
2. Reunión del grupo de mejora para definir la población objetivo del programa y elaborar los listados pertinentes.
 3. Reunión del grupo de mejora para la elaboración y consenso de los criterios de calidad así como la elaboración de las encuestas, normas y recomendaciones para el paciente sobre higiene corporal.
 4. EPS con sesiones informativas generales en cada localidad.
 5. Elaboración y reparto de hojas informativas con consejos higiénicos de fácil comprensión

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Encuesta anónima de fácil respuesta dirigida a la población general, previa a la introducción del programa.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

482

HIGIENE CORPORAL Y SALUD

- % de sesiones informativas sobre el total de localidades.
- Encuesta anónima de fácil respuesta dirigida a la población general, tras la puesta en marcha, para valorar incidencia del programa y % de mejora en concienciación según encuestas.
- Número de hojas informativas distribuidas a la población y % porcentaje de población que conoce el programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad

	Mar	Abril	MayJun	Jul	Ago	Septi	Octub	Nov	Dic
Sesión informativa EAP	x								
Definición encuestas		x							
Encuesta inicial			x						
Definición y Elaboración docum. criterios de calidad	x								
Sesiones informativas de EPS		x	x	x	x				
Encuesta Final							x		x
Evaluación y resultados								x	

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Proyector para ordenador	500 €
• Ordenador portátil	350 €
• Folios	50 €
• Cartucho tinta impresora	100 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 259

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

2. RESPONSABLE ALBERTO COMPES LORENTE
· Profesión MEDICO
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA
FRANCISCO AGANZO LOPEZ-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tabaquismo es uno de los problemas fundamentales de salud pública con el que se enfrentan los distintos niveles asistenciales del sistema sanitario. La tendencia en estos últimos años, tal como señalan las Encuestas Nacionales de Salud (ENS 2001: prevalencia de 34,7% y ENS de 2006: prevalencia de 27,01%) es descendente, aunque persisten porcentajes elevados. Estas cifras trasladadas a nuestra Zona de Salud, con un total de 15847, y una población mayor de 10 años de 14178, a Diciembre de 2009, representaría una cifra aproximadamente de 4300.

Nuestro abordaje ante este problema de salud, viene reflejado por los resultados obtenidos en la evaluación del Contrato de Gestión 2008, con una cobertura en el Servicio 319: Atención al paciente dependiente del Tabaco, del 6 %. Este dato especialmente bajo, y debido a la importancia del Tabaco, en el conjunto de los distintos factores de Riesgo CV, así como en otras patologías tan prevalentes en AP, p ej: EPOC, nos llevó en el año 2009, y junto con la generalización del sistema OMI en la zona, a plantearnos una serie de medidas correctoras, que pasaban por preguntar por el hábito tabáquico y utilizar los recursos de OMI, esto condujo a unos resultados de cobertura en el Servicio 319, en la evaluación del Contrato de Gestión 2009, de 10%. Con lo expuesto anteriormente, este año, queremos iniciar un ciclo de mejora, para monitorizar las distintas fases de atención al paciente dependiente del Tabaco, con el fin de valorar como realizamos dicho proceso, en sus distintas fases

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El resultado que esperamos conseguir es aumentar la cobertura de pacientes atendidos con dependencia al tabaquismo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Nuestro método será formativo. Se realizarán un número total de cuatro sesiones clínicas, que versarán: una con la presentación del ciclo de mejora al EAP, así como la explicación y aclaración de los indicadores, otra de manera práctica, por grupos con el ordenador, para ver en OMI el manejo del Tabaquismo, y unificar criterios en la anotación, así como aclarar dudas, y por último dos sesiones de carácter teórico, sobre la intervención breve e intensiva. Todas estas actividades estarán realizadas, por las tres personas del grupo, en las dos primeras sesiones, y las dos últimas por Ana Cristina Galvez Villanueva

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-OBJETIVO: Preguntar sobre su hábito tabáquico a todas personas mayores de 10 años, que acudan a la consulta. INDICADOR: % de personas mayores de 10 años, a los que se les ha preguntado sobre su hábito tabáquico.

ACLARACIÓN:
FUMADOR: todo individuo que haya fumado durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. También incluiremos, aquella persona que está en proceso de abandono de tabaco, pero de menos de un año de duración.
NO FUMADOR: Todo individuo que nunca ha fumado cigarrillos al menos durante un mes de forma diaria.
EX FUMADOR: Individuo que siendo previamente fumador, se mantiene al menos doce meses sin fumar.
REGISTRO: se registrará en Programa OMI, en Plan Personal -> Prevención Enfermedades CV -> Hábitos Tóxicos.
El paciente Ex Fumador, se registrará en Antecedentes Médicos: creándose Antecedentes de Problemas con Tabaco, año de inicio y aclarando en comentarios Ex-Fumador y el año de abandono.
Así mismo el paciente que abandone el hábito tabáquico en el seguimiento, pasaremos el Episodio a Condicionantes y Problemas, y allí lo inactivaremos, así

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

259

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

mismo lo indicaremos en sus antecedentes médicos de la misma manera que al ex fumador, descrito anteriormente.

EXCEPCIÓN: Ninguna.

ESTÁNDAR: 60%

2-OBJETIVO: Crear episodio de Atención al Paciente Dependiente del Tabaco, a la persona detectada como fumadora.

INDICADOR: % de episodios creados de Atención al Paciente Dependiente del Tabaco.

ACLARACIÓN: Se crea Episodio de Tabaco, y una vez contestado afirmativamente, si deseamos incorporar al Servicio, se crea en Plan Personal, dónde se accederá al protocolo.

EXCEPCIÓN: Ninguna.

ESTÁNDAR: 55%

3-OBJETIVO: Complimentar datos mínimos de historia del hábito tabáquico.

INDICADOR: % de cumplimentación de datos mínimos de historia de tabaquismo.

ACLARACIÓN: Datos mínimos serán edad de inicio y número de cigarrillos día.

EXCEPCIÓN: Ninguna.

ESTÁNDAR: 55%

4-OBJETIVO: Realizar Test de Richmond

INDICADOR: % de realización de Test de Richmond

ACLARACIÓN: Ninguna.

EXCEPCIÓN: Ninguna.

ESTÁNDAR: 55%

5-OBJETIVO: Abordar Intervención Breve

INDICADOR: % de Intervención Breve realizada

ACLARACIÓN: Se entregará folleto y se realizará cada 6 meses.

EXCEPCIÓN: Ninguna.

ESTÁNDAR: 50%

6-OBJETIVO: Iniciar la Intervención Intensiva

INDICADOR: % de Intervención Intensiva iniciada.

ACLARACIÓN: Se realizará en todo fumador que presente una puntuación del Test de Richmond igual o mayor de 7.

Dato mínimo que debe de contener dicha intervención, es la fecha elegida para el abandono del hábito tabáquico.

EXCEPCIÓN: Paciente que no desista en este momento de dejar de fumar, aunque su Test de Richmond, indique realizarla. Se indicará en OMI que no se le aplique esta intervención.

ESTÁNDAR: 10%

EVALUACIÓN: Se realizará la obtención de los datos, a través del Servicio de Informática en el apartado 1, y en el resto mediante la revisión de los distintos indicadores de los episodios, que dependiendo del número de ellos, se llevará a cabo, bien con la comprobación individual de cada episodio o tamaño muestral. Los episodios se obtendrán a través de Informática, y el análisis de cada episodio se realizará en OMI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO: 1 de Abril de 2010

FECHA DE FINALIZACIÓN: 1 de Enero de 2011

ABRIL 2010:

1ª Sesión: Presentación del Ciclo de Mejora al EAP, y explicación de los distintos indicadores.

2ª Sesión: Explicación práctica en OMI, del Servicio 319, como apuntar, como crear, ..., en grupos pequeños. Puede ser que sea en distintos días.

MAYO 2010:

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 259

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

3ª Sesión y 4ª Sesión: Teóricas sobre el abordaje al tabaquismo.

JUNIO A DICIEMBRE DE 2010: Realización del Ciclo de Mejora.

ENERO 2010: Recogida y Evaluación de los resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CAÑON	450 €
Total	450 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

081

EL PACIENTE CRONICO Y DEPENDIENTE: SU SEGURIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

2. RESPONSABLE CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Servicio/Unidad .. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA DE LOS ANGELES MARTIN BURRIEL-ENFERMERA DE VALORACIÓN-HCU

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1) La dificultad en la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.
2) la poca satisfacción de los familiares
3) Déficit de eficiencia
4) Déficit de atención a los problemas más frecuentes en la atención domiciliaria en los pacientes con fractura de cadera > de 75 años y ACV < de 65 años.
5) Especial necesidad de formación del personal de enfermería en el paciente crónico y dependiente.
6) Déficit de atención y de conocimientos del cuidador principal

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Mejorar la asistencia a los pacientes con fractura de cadera > de 75 años y ACV < de 65 años.
2) Aumentar la motivación e implicación del personal sanitario y trabajo social al cuidador principal.
3) Aumentar las habilidades y destrezas en el cuidado del paciente crónico y dependiente por parte del cuidador principal.
4) Implementar la coordinación entre niveles asistenciales en el cuidado del PACD.
5) Aumento de la satisfacción en el proceso asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Informar a los profesionales sanitarios de la existencia de la intranet clínica y de sus utilidades como instrumento para la continuidad de cuidados del PACD
2) Realización de talleres para aumentar las destrezas y conocimientos en el arte de curar y cuidarse dirigidos a cuidadores formales e informales.
3) Seguimiento al alta del paciente en su domicilio de los pacientes ACV < de 65 , fracturas de cadera > de 75, Pacientes con Barthel < de 35 del HCU, pacientes derivados del H san Juan de Dios y de Nuestra Señora de Gracia y Hospital Provincial así como todos los derivados por el resto de enfermeros de enlace de Aragon.
4) Contactar con el paciente o cuidador dados de alta para establecer necesidades de cuidados y de seguimiento.
5) Seguimiento y control de las necesidades del Cuidador Principal.
6) Contacto telefónico con la enfermera/o correspondiente para avisar del alta en pacientes con Fractura de cadera > de 75 y ACV < de 65

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Información a los equipos de A. P. de la posibilidad de realizar talleres a cuidadores.

22 centros de salud de A. P. del sector zaragoza III

- 2) Se enviará carta al 100% de los equipos indicando la posibilidad de explicar a los responsables o a la totalidad del equipo, la conveniencia y oportunidad de realizar talleres.
Excepción: Equipos que previamente ya han realizado talleres en el último año.
3) Captación al alta del 75% de los informes recibidos bien por C. E. Fax , carta o de la intranet Clínica con Barthel < de 35 Hcu , Acv < 65, Fracturas de cadera > de 75, Pacientes de H san Juan de Dios , Hospital Provincial y Nuestra Señora de Gracia, Así como todos los derivados por los enfermeros de enlace de Aragon.
4) Contactar con el 75% de cuidadores principales pero con exclusión de residencias.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 081

1. TÍTULO

EL PACIENTE CRONICO Y DEPENDIENTE: SU SEGURIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

5)Nº de Talleres realizados a cuidadores

1 año

6) Nº de actuaciones de coordinación enter niveles asistenciales

Altas captadas en 1 año

7)Nº de visitas domiciliarias efectuadas por la enfermera de enlace del sector

Nº de altas en 1 año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Talleres a cuidadores meses de marzo y abril 2010

SEsiones por equipos de enero a diciembre 2010

Reuniones para aplicación de planes de cuidados de la fractura de cadera y presentación del proyecto de ayuda al cuidador de enero a diciembre del 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañón retroproyector	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. NO puedo especificar exactamente como será mi calendario formativo por equipos porque aún no tengo constancia de cual será exactamente mi contrato de gestión

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

018

LA CONTINUIDAD EN ATENCION PRIMARIA DEL PROYECTO MEJORAR LA INFORMACION Y DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
 - Servicio/Unidad .. ENFERMERA DE ENLACE SECTOR III EN CS MIRALBUENO-GAR
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILAGROS GONZALEZ GARCIA-DUE-CS VALDEFIERRO
JOSEFA LOMBARDO MURILLO-T.SOCIAL-CS VALDEFIERRO
LUIS MIGUEL ALUTIZ PEÑA-DUE-CS BOMBARDA
JOSEFA PUEYO USON-T.SOCIAL-CS BOMBARDA
JOSE LUIS GRIMA MOLINER-MÉDICO-CS MIRALBUENO
LUCIA ISASA CUARTERO-MÉDICO-CS MIRALBUENO
ALICIA SANCHEZ GARCIA-ENFERMERA-CS MIRALBUENO
ALFREDO VLLAFRANCA VILLAESCOSA-DUE-CS VALDEFIERRO
TEODOSIA MARTINEZ GALLEGU-DUE-CS VALDEFIERRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cuidadores necesitan consejos útiles para hacer frente a los problemas que pueden presentarse. Por ello o esta ampliación de proyecto pretendemos ampliar la información y atención de los cuidadores con la finalidad de que estén preparados para los retos que se les presentan en los domicilios o en la atención en residencias.

Se han realizado durante este año 3 talleres formativos en los centros de Tarazona , Garrapinillos y Ejea de los Caballeros. La duración de los talleres ha sido de 6h en Tarazona realizado en 3 días consecutivos con la asistencia de 12 personas. 1 taller de 2h de duración para cuidadores profesionales en la zona de Garrapinillos con la asistencia de 30 cuidadores. 5 talleres de 2 h de duración e Ejea de los Caballeros con la asistencia de 13 personas

SE han realizado 2 nuevos folletos de carácter informativo uno sobre disfagia y otro sobre relajación para entregar junto con los ya hechos en los distintos talleres o consultas que se deriven de la actividad profesional

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El resultado total de cuidadores en talleres es de 55 personas asistentes de edades entre 38 a 78 años. 25 eran de predominio amas de casa y 30 personas eran mujeres de 38 a 50 años Cuidadoras profesionales de residencias. Todas manifiestan falta de tiempo para actividades personales y la necesidad de aprender. Los pacientes atendidos tiene una edad de 70 a 87 años.

Los resultados de las encuestas de satisfacción dicen que el 50% está satisfecho con la actividad y el otro 50% muy satisfecho. En el centro de salud de Garrapinillos se han hecho además unas 30 consultas de enfermería empleando para ello el formato de hoja de recogida de datos nº II uncluida en los anexos del programa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Una mayor implantación de las consultas tanto de enfermería como de TS empleando para ello a los centros de salud de Valdefierro y Bombarda.

-Puesta en marcha de la consulta de estrés y relajación de Bombarda

-La continuidad de los talleres en grupos a cuidadores. Par este año en Oliver y Bombarda.

-Mejorar la calidad de los cuidados en los cuidadores tanto profesionales como domiciliares.

-mejorar la calidad de vida del cuidador.

- Formar en conocimientos y habilidades a los profesionales del sector Zaragoza III así como presentar progresivamente el programa por centros

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 018

LA CONTINUIDAD EN ATENCION PRIMARIA DEL PROYECTO MEJORAR LA INFORMACION Y DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Analizar grupalmente y de forma multidisciplinar los resultados del estudio realizado a cuidadores.
2) Realizar medición de indicadores.
3) Realizar talleres educativos a partir de las necesidades de los cuidadores del sector III Zaragoza.
4) Diseñar más folletos informativos
5) Difundir la información acerca de la realización de talleres y de la existencia de consultas en los centros de Salud
6) Realizar medición de indicadores de la puesta en marcha del proyecto
7) Realizar encuesta de satisfacción
8) Analizar los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de Cuidadores que participan en los talleres
Numero de Cuidadores atendidos en Consultas.
satisfacción con la información recibida en los talleres y consultas.
Número de centros de salud a los que se les ha realizado la difusión de la existencia de consultas y talleres

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1) Analizar grupalmente y de forma multidisciplinar del estudio realizado a cuidadores familiares de los centros Valdefierro y Bombarda (Abril 2010)
2) Realizar una medición de indicadores (Febrero del 2010)
3) Planificar talleres educativos (marzo del 2010 y Octubre 2010)
4) Implantación de consultas al cuidador en Valdefierro y Bombarda (septiembre 2010).
5) Implantación consulta de Estrés Relajación (Junio 2010)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· PAGO A PROFESIONALES POR REALIZAR FORMACIÓN 1.200 €
Total 1.200 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 069

IMPLEMENTACION DE LA PRACTICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ARACELI BELLO- MÉDICO C.S. MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
 - MARIA JOSÉ LOMBAR - MÉDICO C.S. MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
 - SALVADOR VILLARROYA - MÉDICO C. S. MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
 - JOSÉ LUIS GRIMA - MÉDICO C.S. MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
 - LUCIA ISASA - MÉDICO C.S. MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
 - JOSÉ LUIS ALVAREZ - MÉDICO C.S. MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
 - MIGUEL ANGEL GONZALEZ - MÉDICO C.S. MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
 - CARMEN SECO - ENFERMERA C.S. MIRALBUENO _ GARRAPINILLOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El equipo de mejora detectó las siguientes oportunidades de mejora:
- Dificultad en gestionar la incertidumbre diagnóstica en los profesionales, lo que obliga a aumentar el número de derivaciones.
 - Dificultad de acceso a pruebas complementarias.
 - Demora en la realización de pruebas complementarias que podían ser realizadas en el centro de salud.
 - Oportunidad de aumentar nuestras habilidades diagnósticas.
 - Posibilidad de trasladar nuestras habilidades a futuros médicos residentes.
 - Aumentar la capacidad resolutoria de atención primaria, por lo tanto aumentar la eficiencia del sistema.

Por ello se decidió que la ecografía sería un método diagnóstico que podría ser incluido como método diagnóstico en nuestro centro de salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la demanda de pruebas complementarias.
- Aumentar la satisfacción del paciente en su proceso asistencial.
 - Establecer nuevos procesos asistenciales tras la implantación del procedimiento asistencial
 - Consensuar con la dirección del sector sanitario, el desarrollo del proyecto fundamentalmente en lo concerniente a equipamiento y formadores
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Consensuar con la dirección del sector sanitario el desarrollo del proyecto fundamentalmente en el equipamiento y en lo concerniente a formadores.
- Establecer junto con el docente el calendario de formación en el uso y mantenimiento del ecógrafo.
 - Establecer junto con el docente el calendario de formación en la realización de ecografías.
 - Iniciar la formación teórico-práctica necesaria, cumpliendo el calendario establecido
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Compromiso con dirección antes de junio 2010.
- Calendario de sesiones de formación antes de julio de 2010.
 - Inicio de curso de formación en octubre 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

069

IMPLEMENTACION DE LA PRACTICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - El desarrollo del proyecto viene definido por la duración de la formación que se desarrollará durante 2010 y 2011.
- Inclusión dentro de la actividad asistencial del centro de salud en 2012, con agenda diferenciada para la actividad.
 - Establecimiento del primer proceso asistencial tras la implantación de la ecografía en 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. - En la dotación incluyo un ecógrafo, que podría ser uno en desuso por el hospital siempre que estuviera en condiciones (en cuyo caso tendría poco coste)

- Los cursos de formación quedarían en relación a lo que se estableciera con el docente

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

236

TALLER GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES HERRERO GIL

- Profesión MEDICO
- Centro CS SADABA
- Servicio/Unidad .. CENTRO SALUD
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROSARIO LABORDA EZQUERRA-ENFERMERA-C.S.SADABA

ROSARIO LAITA EZQUERRA-ADMINISTRATIVA-C.S.SADABA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL FUMAR ES LA PRIMERA CAUSA EVITABLE DE ENFERMEDAD Y MUERTE.

LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EVITABLE ATRIBUIBLE AL TABACO SON CANCER DE PULMON, ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA Y EPOC.

ALTO PORCENTAJE DE CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN. EN EL C.S.SÁDABA ESTAN INCLUIDOS EN OMI EN EL PROGRAMA DEL TABACO 313 PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS.

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

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

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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN EN ADMISIÓN, CONSULTAS DE ENFERMERIA Y MEDICINA ASI COMO CON POSTERS COLOCADOS EN SALA DE ESPERA DEL C.S DE LA REALIZACIÓN DEL TALLER INDICANDO EL HORARIO Y LA FECHA DE REALIZACIÓN.

RESPONSABLES LOS TRE INTEGRANTES.

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

RESPONSABLES LAITA Y HERRERO.

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

-HOJA DE CONSENTIMIENTO Y DE FECHA D.

-HOJAS DE REGISTRO.

-HOJAS INFORMATIVAS.

-HOJA DE HISTORIA CLÍNICA DEL FUMADOR.

-ENCUESTA DE OPINIÓN DEL TALLER.

-EL TALLER CONSISTE EN 7 SESIONES DE UNA HORA SEIS MIERCOLES CONSECUTIVOS OTRO AL MES.LOS GRUPOS SO DE 12 PERSONAS.

RESPONSABLE HERRERO.

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

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

-Nº DE PERSONAS INSCRITAS AL TALLER/NºFUMADORES INCLUIDOS EN PROGRAMA DE TABACO DE OMI DE SÁDABA X100.

SE MONITORIZARAN A TRAVES DE REGISTROS DE OMI.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 253

MEJORA EN LA UTILIZACION Y REALIZACION DE AUTOCONTROL DE GLUCEMIA EN DIABETICOS

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO LABORDA EZQUERRA
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GLORIA MARTINGRACIA-MADICO-C.S.SADABA-MEDICO ATENCION PRIMARIA
M^a ANGELES HERRERO GIL-MEDICO-C.S.SADABA -MEDICO ATENCION PRIMARIA
PILAR MARIN MURILLO-ENFERMERA-C.S.SADABA-ENFERMERA ATENCION PRIMARIA
TERESA PEREZ GUZMAN-ENFERMERA- C.S. SADABA- ENFERMERA ATENCION PRIMARIA
MERCEDES ROMEO LAMBAN-ENFERMERA-C.S.SADABA
ANGEL GONZALEZ PEREZ-MEDICO-CENTRO SALUD DE SADABA-MEDICO ATENCION PRIMARIA
JESUS PEREZ PEREZ-MEDICO-CENTRO SALUD SADABA-MEDICO ATENCION PRIMARIA
ROSARIO LAITA EZQUERRA-ADMINISTRATIVO-C.S.SADABA -ADMINISTRATIVO
ARTURO CHECA VILLA -MEDICO-CENTRO SALUD DE SADABA-MEDICO ATENCION PRIMARIA
FRANCISCO OTAL ARBIZÚ-MEDICO-CENTRO SALUD DE SADABA-MEDICO ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ES FRECUENTE OBSERVAR EN LAS CONSULTAS QUE ALGUNOS DIABETICOS REALIZAN AUTOCONTROL DE GLUCEMIA DE FORMA POCO EFICAZ(FRECUENTES CONTROLES SIN REGISTRAR,CASI TODOS BASALES Y POCOS POSTPANDRIALES, NO HACEN PERFILES NO SE ANALIZAN RESULTADOS ETC...TODO ELLO SUPONE UN GASTO DE TIRAS REACTIVAS Y USO DEL GLUCOMETRO POCO ADECUADO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. LOS DIBETICOS QUE REALIZAN AUTOCONTROL LO HAGAN ADECUADAMENTE Y SIRVAN PARA ANALIZARLOS Y EN CONSECUENCIA AJUSTAR EL TRATAMIENTO, EJERCICIO , DIETA ETC..CONSIGUIENDO ASÍ UN MEJOR CONTROL METÁBOLICO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-ELABORAR PLANILLA SEGUIMIENTO PROGRAMA CALIDAD: COORD. PROYECTO Y ADMINISTRATIVO.
2-REGISTRO PAC CON AUTOCONTROL G.Y ULTIMA CIFRA DE HBA1C: MEDICOS -ENFERMERIA .
3-TALLER ENTRE PROFESIONALES PREPARACION EDUCACION DIABETOLOGICA (CONSENSO) : MEDICOS Y ENFERMERIA.
4-SESION DIABETOLOGICA PARA PACIENTES EDUCACION (USO Y UTILIZACION)DEL GLUCOMETRO Y ENTREGA LIBRETAS AUTOCONTROL: ENFERMERIA.
5-REVISION LIBRETA AUTOCONTROL DOS VECES EN LO QUE QUEDA DE AÑO ANOTANDO SI HAN REALIZADO PERFILES. MEDICOS Y ENFERMERIA
6-ANALISIS RESULTADOS AUTOCONTROL, APUNTANDO FECHA. MEDICOS Y ENFERMERIA.
7-REGISTRO ULTIMA CIFRA DE HBA1C: MEDICOS Y ENFERMERIA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. %DIABETICOS EN AUTOCONTROL QUE HAN RECIBIDO SESION FORMATIVA=N° DIABETICOS CON SESION / N°DIABETICOS CON AUTOCONTROL.
%REVISION LIBRETAS AUTOCONTROL=N° LIBRETAS REVISADAS/N° DIBETICOS EN AUTOCONTROL.
%DIABETICOS QUE HAN COMPLETADO PERFILES = N° DE DIB QUE HAN CUMPLIMENTADO PERFILES / N° DIABETICOS EN AUTOCONTROL.
% RESULTADOS ANALIZADOS EN CONSULTA = N° DE RESULTADOS ANALIZADOS /N° LIBRETAS REVISADAS.
% DIABETICOS QUE HAN MEJORADO HBA1C

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 4.- Cronograma (marcar fecha de comienzo y fin de cada actividad):
actividad año:2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

210

MEJORA Y UNIFICACION DEL REGISTRO EN OMI

2. RESPONSABLE FERNANDO EJARQUE GARCIA
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE MIGUEL MONTIJANO TORCAL-MEDICO-CENTRO SALUD TARAZONA
ANA COBOS HERNANDEZ-MEDICO-CENTRO SALUD TARAZONA
CORO ABAD-MEDICO-CENTRO SALUD TARAZONA
CARMEN CAMATS-MEDICO-CENTRO SALUD TARAZONA
RAFAELA SANCHEZ DIAZ-ENFERMERA-CENTRO SALUD TARAZONA
JESUS MARTINEZ SANZ-ENFERMERO-CENTRO SALUD TARAZONA
CHELO BERGES ZUECO-ENFERMERA-CENTRO SALUD TARAZONA
EMILIA GARCIA HUERTA- ADMINISTRATIVA-CENTRO SALUD TARAZONA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL CORRECTO REGISTRO DE LOS DATOS CLINICOS Y ADMINISTRATIVOS DEL PACIENTE EN OMI, ES FUNDAMENTAL PARA UNA HISTORIA CLINICA DE CALIDAD. UNA BUENA GESTIÓN DE LA AGENDA MEJORA LA ORGANIZACIÓN, LOS TIEMPOS DE ESPERA... AMBOS PROCEDIMIENTOS SE CONVIERTEN PUES EN LA BASE DE NUESTRO TRABAJO.

LA DIVERSIDAD DE REGISTROS Y LA DISPARIDAD EN EL CONTROL DE LAS AGENDAS, DETECTADOS EN UN MUESTREO QUE REALIZAMOS, NOS HA LLEVADO A PLANTEAR UN PROYECTO DE FORMACIÓN INTERNA PARA UNIFICAR TANTO EL REGISTRO COMO LA GESTIÓN DE LA AGENDA, CON LO CUAL MEJORARÁ LA CALIDAD DEL REGISTRO, LOS CIRCUITOS ORGANIZATIVOS, LAS ESPERAS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - MEJORAR EL REGISTRO CLINICO EN OMI PARA UNA HISTORIA CLINICA DE CALIDAD
- DISMINUIR AL MÍNIMO POSIBLE LA UTILIZACIÓN Y EL GASTO DE PAPEL, LO QUE REDUNDRÁ EN UNA DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN DE PAPEL A ARCHIVAR A LA PAR QUE CONTRIBUIMOS A CUIDAR DEL MEDIO AMBIENTE
- MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS AGENDAS, PARA MEJORAR LOS CIRCUITOS POR LOS QUE PASA EL PACIENTE, LAS ESPERAS.
- UNIFICAR LOS CRITERIOS DE REGISTRO EN OMI.
- CREAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN OMI SENCILLO Y MANEJABLE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LOS GRUPOS DE CALIDAD Y FORMACIÓN DEL CENTRO SE REUNEN PARA DISEÑAR EL PROYECTO:
- DISEÑO POR PARTE DE FERNANDO EJARQUE Y JESUS MARTINEZ DE LAS SESIONES TEÓRICAS, DIVIDIDAS EN LAS DIFERENTES PARTES DE OMI, AGENDA, EPISODIOS, ORDENES CLINICAS, ETC. DISEÑO DE EJERCICIOS PARA CADA UNA
- ELECCIÓN DE TUTORES QUE GUIARAN, EN CLASES PRACTICAS, A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD, PARA REALIZAR O AYUDAR CON LOS EJERCICIOS, DUDAS, TRAS CADA SESIÓN TEORICA. HABRÁ CUATRO TUTORES, ANA COBOS, BEGOÑA NAVARRO, CHELO BERGES Y JESÚS MARTINEZ, ADEMAS DE FERNANDO EJARQUE QUE LOS COORDINARA. LOS GRUPOS SERAN REDUCIDOS Y AVANZARÁN A SU PROPIO RITMO.
- LAS SESIONES TEÓRICAS SERAN QUINCENALES PARA DAR TIEMPO A LOS GRUPOS A APRENDER Y DOMINAR LA "LECCIÓN "ANTERIOR. EN NUMERO DE LECCIONES TEORICAS PARA CADA APARTADO DEPENDERA DE SU COMPLEJIDAD Y EXTENSIÓN.
- SE INSTALARAN DEMOS DE OMI EN CUATRO ORDENADORES DEL CENTRO PARA EL TRABAJO DE LOS TUTORES CON LOS GRUPOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - PORCENTAJE DE AUTOCITA EN LAS AGENDAS, 15% O SUPERIOR. SE HARA UN CORTE UN MES DESPÚES DE TERMINADA LA LECCIÓN DE

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 203

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE M CARMEN MARTINEZ-RAPOSO PIEDRAFITA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M JESUS SOLER PARDINILLA- MÉDICO- CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
OSCAR ESTEBAN JIMENEZ- MÉDICO- CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
DAMIÁN VALGAÑÓN PALACIOS- MÉDICO- CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
FERNANDO TORRES RUBIO- MÉDICO- CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA- ENFERMERO DE CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO
MILAGROS GONZALEZ GARCIA- ENFERMERA DE CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO
TEODOSIA MARTINEZ GALLEGO- ENFERMERA DE CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO
NURIA APARICIO TORNAY- ENFERMERA DE CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La DM es una enfermedad crónica de alta prevalencia (6-12 %) y alto costo social y con gran impacto en el sistema sanitario determinado por el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas que produce. Un mejor control glucémico y de los factores de riesgo asociados a la enfermedad, repercutirá en una menor incidencia de complicaciones micro y macrovasculares. Según muchos estudios, si se manejan con efectividad los niveles de glucemia, HbA1c, lípidos, tensión arterial y se propugnan cambios de estilo de vida, se consigue una mejora de la calidad de vida del paciente y una disminución del costo sanitario que suponen las complicaciones de la enfermedad.

Existen experiencias en AP, en las que la implantación de un programa de revisión y seguimiento a cargo del Médico y Enfermero (revisión del protocolo y plan de cuidados, modificación de tratamiento farmacológico si procede, consejos de hábitos saludables) consigue una mejora en todos los parámetros y una mayor adherencia al tratamiento.

A partir de los datos del Programa de Gestión, en los que la HbA1c, es uno de los indicadores, constatamos que es posible mejorar.

Revisados los pacientes en cartera de Servicios Atención a Crónicos-Diabetes, hemos detectado errores tanto en la inclusión como deficiencias en el registro de actividades.

Por todo ello, planteamos un Programa de Mejora a nuestros pacientes Diabéticos mal controlados (aquellos con HbA1c > 7 %)

Dado que en nuestro Centro de Salud, existen 6 médicos de familia, y tan solo 4 enfermeros, el programa lo realizaremos en dos fases.

- Primera fase, en el que están incluidos los pacientes Diabetes Mellitus II insulino-dependientes.
- Segunda fase, en el que se incluirán todos los pacientes Diabetes Mellitus II y en el que contemplamos la realización de talleres

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL QUE SE PRETENDE:

Conseguir un mejor control de los pacientes diabéticos mellitus tipo II (HbA1c y otros parámetros) mediante un programa de intervención específico médico-enfermera, en el que se valorará en una primera fase la situación y posteriormente a la intervención, en la que se valorará la modificación de la terapia si procede y se realizará un consejo sobre hábitos saludables (dieta, ejercicio..) y a los 3-4 meses se realizará una nueva valoración de los pacientes, detectando posibles problemas, para la implantación del mismo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Búsqueda activa de los pacientes diabéticos y recogida de datos para programar la consulta médico-enfermero (Oscar Esteban y MC Martínez-Raposo)

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 203

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

- 2.-Contacto con otros profesionales externos, que trabajan en el mismo tema y elaboración de programa de educación grupal (Milagros Gonzalez, Teodosia Martinez)
- 3.- Crear base de datos acces con los datos que consideramos esenciales y solicitar a gerencia la búsqueda de estos mismos, mediante OMI -EST Y PROSA (Damián Valgañón)
- 4.- Citar con enfermería en la consulta programada, en la se realiza un cribado de salud, revisión de historia clínica, años de evolución, detección síntomas y signos de complicaciones, revisión de glucemias , solicitud de analítica con HbA1c, y consejo sobre hábitos saludables (dieta, ejercicio, abandono hábitos tóxicos) (Milagros Gonzalez, Teodosia Martinez, Nuria Aparicio Tornay)
- 5.-Citar con médico de familia para que a la vista de los resultados, tome las decisiones más oportunas (Fernando Torres y Damián Valgañón)
- 6.-Reevaluación de los pacientes a los 3 meses, registrando los nuevos datos obtenidos (MC Martinez-Raposo, Oscar Esteban y Damián Valgañón)
- 7.- Análisis de resultados: análisis estadístico y elaboración de conclusiones (Damián Valgañón y Alfredo Villafranca)
- 8.-Presentación al equipo : M C Martinez-Raposo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes DM con HbA1c <7 en ultima determinación:Registro dato : Actual58.57 % Deseado70 %
Pacientes DM HBA1c en ultimo año: Registro dato Actual 28.98 % Deseado90 %
Pacientes DM incluidos en cartera Atención a Pacientes Crónicos - Indicador de gestión Actual 94.5 % Deseado100 %
IMC en pacientes diabéticos :Registro en protocolo diabetes . Actual desconocido Deseado 75 %
Consejo específico: dieta, ejercicio, hábitos saludables Registro en protocolo diabetes - Actual Desconocido Deseado 75 %

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. act 1: inicio febrero y marzo 2010
- act 2 : marzo y abril 2010
 - act 3 : marzo 2010
 - act 4 :febrero 2010
 - act 5 : marzo, abril y mayo 2010
 - act 6: mayo, junio y julio 2010
 - act 7 : septiembre 2010
 - act 8: octubre-noviembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 055

1. TÍTULO

ACCIONES DE UN EAP DE SALUD PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR EN EL CS Y LA IMPLICACION DE LOS MISMOS PACIENTES EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA A TRAVES DEL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR)

2. RESPONSABLE ALFREDO VILAFRANCA ESCOSA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS VALDEFIERRO
 - Servicio/Unidad .. CS VALDEFIERRO
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MILAGROS GONZÁLEZ GARCÍA-DUE ADULTOS-CS VALDEFIERRO
 - TEODOSIA MARTÍNEZ GALLEGU-DUE ADULTOS-CS VALDEFIERRO
 - NURIA APARICIO TORNAY-DUE-ADULTOS-CS VALDEFIERRO
 - DAMIAN VALGAÑÓN PALACIOS-MÉDICO AP-ADULTOS-CS VALDEFIERRO
 - CARMEN MARTINEZ RAPOSO PIEDRAFITA-MÉDICA DE AP-ADULTOS-CS VALDEFIERRO
 - FERNANDO TORRES RUBIO-MÉDICO AP-ADULTOS-CS VALDEFIERRO
 - PILAR LACARRA HERNANDEZ-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-CS VALDEFIERRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Causas de la baja implementación del TAO.

1- Respecto a los pacientes:

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

2- Profesionales:

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

3- Organización:

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

4- Materiales

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 055

1. TÍTULO

ACCIONES DE UN EAP DE SALUD PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR EN EL CS Y LA IMPLICACION DE LOS MISMOS PACIENTES EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA A TRAVES DEL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR)

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de pacientes incluidos en control de INR. a través del sistema punción capilar (Coaguchek). Mejorar el grado de cumplimiento de los rangos establecidos de INR. Para cada paciente según su patología de base. Aumentar el número de los pacientes. con ACO. que estén dentro del sistema de autocontrol domiciliario INR. capilar y que cumplan criterios de capacitación personal. Aumentar el grado de satisfacción de los ptes. con ACO. y que estén dentro del sistema de autocontrol domiciliario INR. capilar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Elección de responsable del indicador TAO.
b) Sesiones formativas en cuanto a sistema de registro en sistema OMI.
c) Sesiones formativas Presentación a modo de recordatorio de la Guía y formación destrezas y habilidades en seguimiento de ptes. En TAO.
d) Recuerdo en sesiones de equipo de la importancia del indicador para reforzar, a modo de feedback dentro del EAP.
e) Búsqueda de materiales de apoyo folletos carteles etc. y redes sociales que están interesadas en este indicador (asociación de ptes con ACO) y autocontrol.
f) Organización de las consultas para conseguir una mejor coordinación Médico/Enfermer@.
g) Difusión en el EAP. de dichas actividades.
h) Captación en la sala de extracciones a los pacientes con ACO. Y control en HCU.
i) Revisión de posibles mejoras del proyecto de forma dinámica.
j) Evaluación del proyecto en Diciembre 2010

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes incluidos en control de INR. Capilar. En C.S. por sistema de OMI. (Oficina Médica Informatizada). En tratamiento con Sintrom. (T.A.O.).

Porcentaje de pacientes dentro de rango INR. través de registro O.M.I.

Número de pacientes que aceptan autocontrol individual domiciliario, en tratamiento con ACO. A través de sistema Coaguchek y porcentaje que representan frente al total, y que pueden ser incluidos por sus conocimientos personales

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

- 1- Formación de Grupo de Calidad.
- 2- Reuniones del EAP. Para la presentación. Del proyecto Febrero 2010.
- 3- Implementación del proyecto Marzo 2010.
- 4- Análisis de barreras detectadas de forma dinámica.
- 5- Puesta en marcha de las estrategias de mejora y medidas correctoras.
Presentación al EAP en reunión de equipo, marzo 2010.
Elección responsable del programa, marzo 2010
Sesiones formativas en cuanto al sistema de registro, marzo 2010.
Sesiones formativas, presentación a modo de recordatorio de la Guía y de destrezas y habilidades en el seguimiento de pacientes con TAO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

055

ACCIONES DE UN EAP DE SALUD PARA AUMENTAR LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES Y PACIENTES CON TAO EN UN BUEN CONTROL DE INR EN EL CS Y LA IMPLICACION DE LOS MISMOS PACIENTES EN SU AUTOCONTROL INDIVIDUAL DOMICILIARIA A TRAVES DEL SISTEMA COAGUCHEK (PUNCION CAPILAR)

Recuerdos frecuentes de la importancia de este proyecto al EAP.

Exponer resultados parciales a modo de refuerzo, feedback.

Búsqueda y organización de materiales educativos, como folletos, paginas de Internet, redes de apoyo, para entregar a los usuarios.

Organización de la consulta y coordinación de medic@/enfermer@.

6- Difusión del proyecto de mejora y captación de pacientes para el proyecto.

7- Revisión y estudio del proyecto a través de registro en OMI, noviembre 2009.

8- Evaluación y resultados, diciembre 2010.

9- Posterior análisis y seguimiento de las medidas adoptadas, enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Aparatos de Coaguheck folletos y cartel	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

366

ACTUALIZACION Y MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LA GUIA DE FARMACOS UTILIZADOS EN LA ATENCIOA DE LAS URGENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE MERCEDES AZA PASCUAL-SALCEDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CRISTINA CARCAS DE BENAVIDES-FARMACÉUTICA- DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III-FARMACÉUTICA DE AP
M^a JESÚS LALLANA ÁLVAREZ-FARMACÉUTICA- DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III-FARMACÉUTICA DE AP
JOSE IGNACIO TORRENTE GARRIDO-MÉDICO-C.S.DELICIAS NORTE-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
LOURDES ASENSIO ASENSIO-MÉDICO-C.S.DELICIAS SUR-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
ANGEL GONZÁLEZ PÉREZ-MÉDICO-C.S.DELICIAS SÁDABA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
JULIAN MOZOTA DUARTE-MÉDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES-AFEA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención de las urgencias en los centros de salud de Atención Primaria (AP) y en los puntos de atención continuada requiere la disponibilidad de ciertos medicamentos que garanticen el tratamiento inicial adecuado de las mismas o bien la estabilización del paciente hasta su traslado al hospital.

El Sector Zaragoza III dispone de una guía consensuada entre los diferentes niveles asistenciales que sirve de instrumento de apoyo en el correcto manejo de los medicamentos de urgencia, que se encuentran disponibles en los botiquines de los centros de salud de atención primaria.

Muchos fármacos como antiarrítmicos, antihipertensivos o determinados analgésicos y sedantes se utilizan sólo en situaciones de emergencia. Su escasa utilización en el primer escalón de la cadena de emergencias se debe a las numerosas dudas de carácter práctico que surgen en su aplicación (dosis, contraindicaciones, modo de preparación y administración, etc). Por todo ello, y con la finalidad de garantizar una adecuada prescripción y administración de fármacos en situaciones de urgencias en atención primaria minimizando en lo posible errores de dosificación y favoreciendo la seguridad clínica del paciente, se considera necesario y de utilidad el disponer información actualizada y de calidad basada en la evidencia científica en un formato accesible y de fácil manejo junto al carro de paradas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el manejo de fármacos de uso poco frecuente en atención continuada.

- Facilitar información práctica para la adecuada utilización de los medicamentos en situaciones de emergencias en los centros de salud.
- Actualización del petitorio de medicamentos de urgencia de los centros de salud del Sector y adecuarlo a los nuevos protocolos.
- Revisión y actualización de la Guía de Medicamentos para los Botiquines de los Equipos de Atención Primaria del Sector Zaragoza III
- Elaboración del contenido de Fichas de los medicamentos incluidos en la Guía y susceptibles de ser utilizados en situaciones de urgencias en AP.
- Edición e impresión de dichas fichas.
- Difusión de las mismas por todos los EAP del Sector Zaragoza III

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar

2. Revisión de los diferentes fármacos incluidos en el petitorio de los centros de salud
3. Elaboración de las fichas sobre los fármacos utilizados en situaciones de emergencias, incluyendo indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, dosis, forma de administración y condiciones de conservación
4. Edición e impresión de las fichas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 366

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LA GUIA DE FARMACOS UTILIZADOS EN LA ATENCIOA DE LAS URGENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA

5. Presentación de las fichas elaboradas en los diferentes Centros de Salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de medicamentos de los que se ha elaborado ficha informativa.
- N° de centros a los que se ha difundido las fichas elaboradas.
- % de profesionales que han hecho uso de las fichas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad	Marz	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1.Constitución grupo de trabajo		x								
2.Revisión Fármacos	x	x	x	x	x					
3.Elaboración fichas		x			x					
4.Edición e impresión fichas							x		x	
5.Presentación fichas						x	x	x		

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Reuniones de trabajo para consensuar los criterios de calidad	600 €
· Edición e impresión de fichas	900 €
· Sesiones de presentación de fichas: Ordenador	1.500 €
Total	3.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

383

ADECUACION DE LAS PRESCRIPCIONES CRONICAS A CRITERIOS DE CALIDAD. UNA LABOR DE EQUIPO

2. RESPONSABLE CRISTINA CARCAS DE BENAVIDES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MERCEDES AZA PASCUAL-SALCEDO-FARMACÉUTICA- DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III-FARMACÉUTICA DE AP
M^a JESÚS LALLANA ÁLVAREZ-FARMACÉUTICA- DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III-FARMACÉUTICA DE AP
SILVIA CASTÁN RUIZ-MÉDICO- DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III-TÉCNICO DE SALUD
JOSÉ LUIS ÁLVAREZ PARDO-MÉDICO-CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
BELÉN BENEDÉ AZAGRA- MÉDICO-CENTRO DE SALUD OLIVER-MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
TERESA OLIVEROS -ENFERMERA- CENTRO DE SALUD OLIVER-ENFERMERA DE AP ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prescripción ha evolucionado substancialmente, pasando de una prescripción dirigida a problemas agudos y escrita manualmente, a una prescripción repetida, generada por sistemas informáticos, a menudo separada de la visita médica.

En los tratamientos crónicos, se identifican problemas derivados del inadecuado control clínico y administrativo de las prescripciones repetidas:

- Prescripciones incorrectas: fármacos inadecuados, polifarmacia, no prescribir fármacos necesarios, duración demasiado corta o larga, reacciones adversas
- Falta de adherencia: incumplimiento y abandono del tratamiento.
- Mejorable relación coste-efectividad: prescripción por Denominación Oficial Española (DOE), prescribir cuando el paciente no toma o no necesita la medicación, usar dosis distintas a las necesarias.

La OMS propone ocho pasos para favorecer una prescripción adecuada:

- Evaluar y definir el problema del paciente.
- Especificar el objetivo terapéutico.
- Seleccionar el medicamento adecuado.
- Iniciar el tratamiento cumplimentando los datos adecuados, considerando terapias no farmacológicas.
- Proporcionar información y advertencias.
- Evaluar regularmente el tratamiento.
- Considerar el coste de los medicamentos.
- Usar herramientas informáticas para reducir errores de prescripción.

Consideramos necesario desarrollar un proyecto de mejora de la calidad de las prescripciones crónicas que facilite el control de la prescripción y el cumplimiento terapéutico y que además permita la adaptación a la hoja de tratamiento de la receta electrónica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. · Revisar los criterios de calidad de forma consensuada de las prescripciones crónicas para evitar la polimedición innecesaria, acordar los cambios de tratamiento con el paciente, suspender fármacos no necesarios, evitar fármacos con potencial riesgo en determinados grupos de pacientes, adecuar las dosis y duración de los tratamientos a los requerimientos del paciente, facilitar regímenes sencillos de tratamiento así como información individualizada y prevenir errores de medicación.

· Adecuar los tratamientos crónicos de los pacientes a los criterios de calidad de prescripción de Uso Racional del Medicamento del Departamento de Salud y Consumo de Aragón en el marco del Contrato de Gestión Clínica 2010.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 383

ADECUACION DE LAS PRESCRIPCIONES CRONICAS A CRITERIOS DE CALIDAD. UNA LABOR DE EQUIPO

- Facilitar la transición de la prescripción informatizada a la receta electrónica
 - 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. · Reunión del grupo de mejora para consensuar los criterios de calidad a aplicar en las prescripciones crónicas.
 - Realización de 22 sesiones iniciales (lpor EAP) y presentación en Comisión Técnico Asistencial de AP:
 - o Para dar a conocer el proyecto.
 - o Para presentar los indicadores de calidad de prescripción del Departamento de Salud y Consumo, facilitando información sobre la situación de partida
 - o Definir por parte de cada equipo que se incorpore al proyecto los objetivos a alcanzar
 - 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. · Porcentaje de profesionales que se adhieren al proyecto. (*)
 - Porcentaje de pacientes incluidos en el proyecto (*)
 - Porcentaje de prescripciones crónicas que cumplen los criterios de calidad establecidos (*)
 - Porcentaje de envases de principios activos prescritos por DOE mensualmente (**)
 - Porcentaje de Dosis Diarias Definidas (DDD) de omeprazol/IBP mensual de los profesionales que participan (**)
 - Porcentaje de DDD de simvastatina y lovastatina/hipolipemiantes mensual de los profesionales que participan (**)
 - Porcentaje de DDD de IECA/IECA y ARA2 mensual de los profesionales que participan (**)
 - Porcentaje de DDD de metformina/antidiabéticos orales mensual de los profesionales que participan (**)
- (*) Fuente: Registro de los profesionales
(**) Fuente: Sistema de Información de Consumo farmacéutico en AP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
1. Consensuar criterios de calidad		x								
2. Presentar proyecto (CTA, EAPs)	x	x								
3. Presentar Indicadores (CTA EAPs)		x	x							
4. Definición objetivos de cada EAP				x	x					
5. Intervención con los pacientes		x	x	x	x					
6. Medir indicadores de resultados		x	x	x	x					
7. Feed back			x	x	x	x				xresultados mensuales
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.										
· Reuniones de trabajo						600 €				
· Sesiones: Ordenador						1.000 €				
· Cañón						1.300 €				
· suscripcion revista						200 €				
· Base datos						1.000 €				
Total						4.100 €				

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 097

1. TÍTULO

CAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (GEP) EN DOMICILIO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR RUIZ BUENO
- Profesión MEDICO
 - Centro ESAD ZARAGOZA 3
 - Servicio/Unidad .. ESAD
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JULIO DUCONS GARCIA-ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS-HCU LOZANO BLESA
M.CONCEPCIÓN LORES MERINO-ENFERMERA-ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS-HCU LOZANO BLESA
ISIDORO GONZÁLEZ BARRIO-MÉDICO-ESAD-ZARAGOZA III
M PILAR RUIZ BUENO-MÉDICO-ESAD-ZARAGOZA III
ROSA ISABEL VILLARES ANDRÉS-ENFERMERA-ESAD-ZARAGOZA III
GLORIA MENESES BERNAD-ENFERMERA-ESAD-ZARAGOZA III
M PILAR RAMIRO MARÍN-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-ESAD-ZARAGOZA III

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ESAD de Zaragoza III realizó como proyecto de mejora del 2009 los cambios de las GEP en el domicilio en pacientes inmovilizados complejos o en situación de terminalidad. La satisfacción de la unidad familiar fue muy alta al evitar el desplazamiento al hospital, así como las horas de ayuno del paciente, disminuyendo la situación de estrés que estos cambios crean en este tipo de pacientes con un estado general tan deteriorado. Sin embargo, está sin resolver la situación de urgencia (obstrucción de sonda, salida accidental...) en la que el paciente debe realizar el traslado a su hospital de referencia permaneciendo en él hasta que el Servicio de Endoscopias le pueda atender en su horario laboral (habitualmente de 8.00 a 15.00 horas los días laborales).
Con una adecuada formación del profesional de Atención Primaria y del Servicio de Urgencias se podrían evitar o disminuir los viajes y/o las horas de estancia hospitalaria que se producen hasta la atención adecuada

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han realizado 58 cambios de GEP, de las cuáles el 44.82% se han realizado en el ámbito rural. El número de viajes en ambulancia evitados han sido 58 (ida y vuelta), de los cuales 26 son rurales. La media de Km evitados a pacientes y familiares en la zona rural son 116.9 km. De acuerdo con la información obtenida del Servicio de Endoscopias han acudido de manera imprevista unos 30 pacientes para cambio de GEP de forma urgente, permaneciendo de media unas 24 horas de estancia hospitalaria hasta que han podido ser atendidos por personal capacitado para esta técnica

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Seguir atendiendo de forma programada los cambios de GEP en domicilio.
 2. Formación en la técnica a los profesionales de atención primaria
 3. Formación en la técnica a los profesionales de servicios de urgencia.
 4. Resolución de situaciones imprevistas en el domicilio.
 5. Disminuir las horas de espera en servicio de urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Reunión de consenso esad-endoscopias digestivas. Miembros equipo mejora.
 2. Información a responsables directivos de nuestro sector. Julio Ducons (adjunto endoscopias) en HCU Lozano Blesa y M Pilar Ruiz(médico Esad) atención primaria sector III.
 3. Elaboración y envío de la propuesta formativa a los eaps. Esad III
 4. Elaboración y envío de propuesta formativa en HCU. Julio Ducons y Concha Lores (servicio endospias).
 5. Formación programada a los profesionales .
 6. Cambio de GEP con los profesionales que se adhieran al programa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

097

CAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (GEP) EN DOMICILIO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Mantener indicadores del año 2009.

2. Número de sesiones formativas/ número Eap \geq 70%

3. Número de profesional formado en servicio Urgencias HCU \geq 40%

4. Exista al menos un 10% de profesionales dispuestos a realizar cambio en domicilio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Febrero - marzo 2010. Reuniones informativas a los directivos y elaboración y envío de propuesta formativa.

2. Abril- Junio sesiones formativas.

3. De Septiembre a Diciembre inicio de cambios de PEG con profesionales adheridos.

4. Enero-febrero 2011 evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. El calendario puede ser modificado por imprevistos en carga asistencial de los distintos servicios implicados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DOCENTE DE MFYC SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE PABLO VELA CONDON
· Profesión MEDICO
· Centro UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 3
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a VICTORIA VILLAVERDE ROYO- TÉCNICO DE SALUD- UDOC- SECTOR III
ESTER HERNANDEZ DEL MOLINO- AUX ADMINISTRATIVO- UDOC- SECTOR III

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

La Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector III-Calatayud coordina actualmente la formación y gestión de personal de un total de 68 residentes que realizan su formación en distintos dispositivos asistenciales.

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

Actualmente la Unidad ha ido trabajando hacia la organización por procesos que mejoran la organización y medición de resultados de distintas actividades que conforman nuestro día a día como son: la organización de guardias y su gestión con los distintos profesionales y servicios, la organización de actividades docentes que permitan cumplir con el programa de la Especialidad al tiempo que ofertar cursos tanto para tutores como para residentes de otras especialidades afines, o la gestión de personal de nuestros residentes, o la gestión de acreditación y re_acreditación de centros.

Todo ello forma parte de un plan integral de calidad que necesariamente exige mejorar la comunicación entre los distintos agentes implicados que forman parte de la Unidad. No obstante nuestros canales de comunicación actuales tanto para contactar con nuestros residentes, tutores, y docentes siguen siendo como hace años el correo ordinario, el mail, y ocasionalmente con centros en los que estas dos herramientas no son posibles el Fax.

Por todo ello, y entre los distintos procesos que estamos rediseñando vamos a focalizar nuestra atención sobre un proceso de apoyo a los procesos básicos que es el proceso de " COMUNICACIÓN Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN " entre los distintos componentes (tutores y residentes) y dispositivos asistenciales que conforman nuestra Unidad.

Su aplicación al menos en este año, se focalizará principalmente en el proceso de Gestión de Personal y Gestión de Guardias . Dejando probablemente para el año próximo su aplicación para el Proceso de Gestión de Actividades Docentes hasta que este bien pilotada el uso y mantenimiento de la página

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es nuevo

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseño de un proceso de gestión de la información que permita acceder a los miembros de la Unidad (tutores, residentes y docentes) a la información disponible en la Unidad a desde los distintos dispositivos que la conforman.
2. Rediseñar, estandarizar e informatizar los Procedimientos de Gestión de Cursos, Gestión de Personal y Gestión de Guardias.
3. Creación de registros y formularios con soporte informático

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un grupo de trabajo (esta prevista la incorporación al grupo de trabajo de un becario facilitado desde

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 427

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DOCENTE DE MFYC SECTOR ZARAGOZA III

los Servicios Centrales del Salud en el segundo trimestre)

2. Diseño del proceso de gestión de la información y su página web.
3. Difusión e implementación de los procedimientos entre los profesionales que conforman la Unidad (tutores, residentes y docentes).
4. Medición de resultados. (Número de solicitudes)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Nº DE VISITAS A LA WEB/AÑO
- 2.NÚMERO DE PROCESOS INFORMATIZADOS /TOTAL DE PROCESOS
3. N° DE SOLICITUDES DE GESTIÓN DE PERSONAL (PERMISOS, LICENCIAS, MOSCOSOS,...) GESTIONADAS MEDIANTE LA PÁGINA WEB/ TOTAL DE LICENCIAS GESTIONADAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diseño del proceso:febrero _marzo
Redacción de procedimientos.marzo abril mayo
Diseño de los formularios y registros: abril-Mayo-Junio (depende de la fecha exacta de incorporación del becario)
Informatización del proceso de gestión de personal.Mayo junio
Difusión a los residentes. Mayo Junio
Implantación Julio
Medición de resultados Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· ORDENADOR DE SOBREMESA 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. Queda por determinar la participación de un BECARIO, a expensas de la decisión de D^a ASUNCION CISNEROS IZQUIERDO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

436

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN CATALOGO DE MATERIAL DE FORMACION EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE VICTORIA VILLAVERDE ROYO
- Profesión MEDICO
 - Centro UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 3
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE SECTOR III
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DIANA SERRANO PERIS-TECNICO SALUD-DEPARTAMENTO DE SALUD
SILVIA CASTAN RUIZ-TEC SALUD-SECTOR III
PABLO VELA CONDON-MEDICO-COORDINADOR UNIDAD DOCENTE MFYC-UDOC SECTOR III
PEÑA VERON ROY-FOTOGRAFO-SALUD-SALUD SECTOR II
ESTER HERNANDEZ DEL MOLINO-AUX ADMINISTRATIVO-UDOC SECTOR III

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sector III de Zaragoza dispone de distintos dispositivos tanto a nivel de Atención Especializada como a Nivel de Atención Primaria dotados de recursos dedicados a la formación de los profesionales de salud. Actualmente cada una de estas Unidades de Formación disponen de un catálogo de recursos más o menos organizado, así como de sistemas de gestión de material adaptado a sus necesidades. Con este proyecto, se pretende, crear sinergias entre estos tres dispositivos (Unidad Docente de Familia, Dirección de Atención Primaria y Formación de Atención Especializada del Sector III) que permitan un uso más eficiente de los recursos de formación disponibles, de manera que material que actualmente se encuentra o bien a nivel de Atención Primaria, o bien a nivel de Especializada pueda ser indistintamente utilizado por cualquier profesional del sector que lo precise

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2009, el grupo de trabajo ha diseñado un procedimiento de Gestión de Material, ha diseñado y difundido un catálogo con un total de 22 instalaciones y aparatos disponibles, ha diseñado los procedimientos y los registros y ha hecho la difusión del proyecto tanto a los residentes de familia como a los tutores de los residentes que pertenecen a la Unidad. No obstante quedan por completar y mejorar todavía algunos aspectos como son la ampliación del material incluido en el catálogo y la difusión del mismo a otros profesionales como son los coordinadores de equipos de Atención Primaria y los responsables de formación del ámbito hospitalario. Respecto a los resultados obtenidos en el año 2009:

- 1.Nº DE RECURSOS DE MATERIAL DE FORMACIÓN DE LA UDOC MFYC UTILIZADO POR UNIDADES EXTERNAS : 32.
Por primera vez nuestras aulas y despachos han sido empleadas para Cursos distintos de los programados por la Unidad Docente como la Red de Investigación en AP, o Para la Formación de Personal de Enfermería en OMI AP.
- 2.Nº RECURSOS DE MATERIAL DE FORMACIÓN DEL HCU UTILIZADO POR UNIDADES EXTERNAS:0
- 3.Nº RECURSOS DE MATERIAL DE FORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA UTILIZADO POR UNIDADES EXTERNAS: 0

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aumentar el número de dispositivos y materiales incluidos en el catálogo (actualmente 22)
2. Implementar la difusión y utilización del mismo en el ámbito de la Atención Especializada y Equipos de Atención Primaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reorganización del equipo de trabajo incluyendo algún apoyo del ámbito de la atención especializada.
2. Diseñar un plan de difusión del catálogo.
3. Evaluar posibles materiales actualmente no catalogados que pueden ser incluidos en el mismo.
4. Diseñar un plan de gestión de incidencias o no conformidades
5. Medición de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Nº DE RECURSOS DE MATERIAL DE FORMACIÓN DE LA UDOC MFYC UTILIZADO POR UNIDADES EXTERNAS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 436

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN CATALOGO DE MATERIAL DE FORMACION EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2.Nº RECURSOS DE MATERIAL DE FORMACIÓN DEL HCU UTILIZADO POR UNIDADES EXTERNAS

3.Nº RECURSOS DE MATERIAL DE FORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA UTILIZADO POR UNIDADES EXTERNAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

REORGANIZACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO. Marzo

DISEÑO DEL PLAN DE DIFUSIÓN. Abril-Mayo

REDACCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE NO CONFORMIDADES O DISFUNCIONES DEL PROCESO. Abril -Mayo

DIFUSIÓN A LOS CENTROS Mayo_junio-julio

IMPLANTACIÓN EN AP Y ESPECIALIZADA: mayo-junio_julio

MEDICIÓN DE RESULTADOS :Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Se trata de continuar con el proyecto ya presentado en el 2009, ya que nuestra responsable de docencia cambio de puesto el año pasado y por ello hemos tenido dificultades en implementarlo en este ámbito . Se trata de mejorar lo ya elaborado e implementado hasta el momento y ampliar nuestro ámbito hacia la atención especializada. Por todo ello, no precisamos de financiación para el mismo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 006

ORGANIZACION DE UNA UNIDAD DE SUEÑO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE FRANCISCO ABAD ALEGRIA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SONIA ADELANTADO AGUSTI-MÉDICO FEA NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA-H.C.LOZANO BLESA
PEDRO OSORIO CAYCEDO-MÉDICO-MIR NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA-H.C.LOZANO BLESA
PILAR ORTIGAS-ENFERMERA-SUPERVISORA CONSULTAS EXTERNAS-H.C. LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. No existe en el área III ninguna consulta donde pueda acudir el enfermo con patología de sueño, salvo los que ya van dirigidos específicamente a Neumología, Psiquiatría, Neurología u ORL. La patología del sueño implica a más del 25 % de la población en un momento de la vida y se da en al menos un tercio de la vida del individuo. Es necesario una Unidad que pueda recibir al paciente con patología somnológica, orientarlo diagnósticamente y hacer el seguimiento terapéutico o remitirlo al Servicio que va a tratar una patología concreta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Únicamente tenemos estadísticas de actividad, que demuestran tanto entrecruzamientos de diagnóstico, con pérdida de la eficacia médica (p. ej. insomnios vistos en Neumología o apneas de sueño seguidas en Psiquiatría) como ausencia de un control y seguimiento adecuado de los pacientes. Aunque se intentó por parte de Neurofisiología Clínica una alianza táctica con Neumología hace muchos años, e incluso se firmó un acuerdo al respecto con Gerencia, nunca ha sido operativo el intento

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Poner el área III al nivel que le corresponde por su importancia y envergadura, en la asistencia somnológica. Que el enfermo no acuda a la ventura o remitido erróneamente a un Servicio que no lo puede atender debidamente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El primer punto es valorar cómo se hace la asistencia somnológica en otros hospitales. Para ello habrá que visitar algunas unidades nacionales y recabar toda la información posible. Sobre esta base y otra, importantísima, de que la Unidad no debería constituirse como una nueva entidad, sino como un sistema de practicar la asistencia somnológica, apoyando a Medicina Primaria, facilitando las exploraciones complementarias del laboratorio de sueño y derivando a los pacientes a los Servicios donde puedan ser atendidos específicamente (p. ej. una apnea de sueño, deberá ser remitida a Neumología, donde harán el seguimiento o un insomnio psicógeno será atendido en Psiquiatría) se elaborará un esquema de la Unidad, que se deberá someter a discusión de los distintos Servicios implicados en el nuevo sistema organizativo. Si se alcanza el consenso para funcionar coordinadamente, se hará la propuesta definitiva a la Dirección del hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 - Memoria de la organización de Unidades de sueño estudiadas y visitadas
2 - Memoria de relaciones de cooperación con Servicios del hospital que pudieran estar implicados en la asistencia somnológica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La primera parte del proyecto, conocer otros centros y elaborar la memoria donde se recogen las propuestas de asistencia sobre tales bases, debería estar lista antes de finales de 2010. La segunda parte es difícil de precisar, pero debería estar completada antes del verano de 2011, para hacer la propuesta final antes del fin de ese mismo año. Son actividades no estructuradas, que no admiten un cronograma y análisis preciso y detallado

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|---------|
| · Viaje a tres unidades de sueño acreditadas en España | 3.000 € |
| · Papelería e informática | 100 € |
| Total | 3.100 € |

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 006

ORGANIZACION DE UNA UNIDAD DE SUEÑO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 284

MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA, Sº DE FARMACIA Y EL HOSPITAL DE DIA DE ONCO-HEMATOLOGIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa

2. RESPONSABLE RAQUEL ANDRES CONEJERO
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LAURA MURILLO JASO- MÉDICO - H. CLÍNICO LOZANO Blesa - Sº ONCOLOGÍA MÉDICA
 - JULIO LAMBEA SORROSAL - MÉDICO - H. CLÍNICO LOZANO Blesa - Sº ONCOLOGÍA MÉDICO
 - RUTH CAUDEVILLA NAVAZ - ENFERMERA - H. CLINICO LOZANO Blesa - HOSPITAL DE DÍA
 - ANA DOMENECH OMEDAS - ENFERMERA - H. CLINICO LOZANO Blesa - HOSPITAL DE DÍA
 - TERESA TEJERO LOPEZ - ENFERMERA - H. CLINICO LOZANO Blesa - HOSPITAL DE DÍA
 - MARÍA ASUNCIÓN SAGREDO - FARMACEÚTICA - H. CLINICO LOZANO Blesa - SERVICIO DE FARMACIA
 - PUERTO PARDOS - FARMACEÚTICA - H. CLINICO LOZANO Blesa - SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento en el hospital de día, reciben un tratamiento según orden prescrita con varios días de antelación. Con cierta frecuencia sucede que la situación clínica del paciente ha cambiando desde que se hizo la prescripción y contraindica y no es posible la administración del tratamiento. Cuando este hecho es detectado por el facultativo que hizo la prescripción en Consultas Externas, en muchas ocasiones el tratamiento ya había sido preparado por el Servicio de Farmacia. Esto ocasiona que el tratamiento no se administre ni tampoco puede ser reutilizado ocasionando un gasto innecesario. Por otro lado, el hospital de día dispone de una consulta de enfermería, pero los datos recogidos figuran en un historial a parte y los facultativos no tiene fácil acceso al mismo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el número de tratamientos citostáticos preparados por el Sº de Farmacia que finalmente no se administran. Mejorar la accesibilidad de la información recogida en la consulta de enfermería del hospital de día de onco-hemtología a los facultativos del Servicio de Oncología Médica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. DETECCION PRECOZ DE PACIENTES QUE NO RECIBIRAN TRATAMIENTO. RESPONSABLE: RAQUEL ANDRES
Los pacientes que van a recibir tratamiento en el hospital de día acuden primero al mismo a realizarse una analítica sanguínea. A continuación son valorados en consultas externas por un facultativo. En el transcurso de este tiempo, en el Sº de Farmacia se incia la preparación de citostáticos. Es en el hospital de día donde se puede llevar a cabo una detección más precoz. Se puede hacer un cuestionario al paciente para detectar toxicidades al tratamiento previo o empeoramiento de su situación clínica. En estos pacientes la preparación del tratamiento debería postponerse a segunda hora y deberían ser valorados en consultas a primera hora, ya que es en consultas donde finalmente se decide si el tratamiento se administra. En el Sº de Farmacia debería postponer su preparación.

2. MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE DÍA DE ONCO-HEMATOLOGÍA. RESPONSABLE: TERESA TEJERO LOPEZ
Para garantizar la accesibilidad de la información a los facultativos es necesario que esta información esté disponible en intranet

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. nº de tratamientos anulados en el año 2010 - nº de tratamientos anulados en el año 2009.
2. información del hospital de día accesible a través de intranet: SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2010: realización del cuestionario a cumplimentar en el Hospital de Día por los pacientes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

284

MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA, Sº DE FARMACIA Y EL HOSPITAL DE DIA DE ONCO-HEMATOLOGIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ABRIL 2010: puesta en marcha de la utilización del cuestionario.

MARZO - ABRIL 2010: creación de una base de datos que sea accesible a través de intranet.

MAYO - DICIEMBRE 2010: Utilización de la base de datos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

132

APLICACION DE TECNICAS DE BIOFEEDBACK EN PACIENTES PSIQUIATRICOS GRAVES EN EL HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE JULIO ARBEJ SANCHEZ

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTR
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ISABEL IRIGOYEN RECALDE-FEA MÉDICO PSIQUIATRA-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la convocatoria del año pasado presentamos este mismo proyecto. Fue aprobado y se concedió dotación económica para la compra del equipo informático necesario para desarrollar el programa. Asimismo se acordó que la compra del equipo de Biofeedback correspondía al Hospital. En este momento continuamos pendientes de la compra de dicho material. Por lo tanto la oportunidad de mejora es la misma que se planteaba en el proyecto del año pasado:

Nuestro dispositivo atiende a pacientes psiquiátricos graves adultos remitidos por psiquiatras y psicólogos clínicos desde cualquiera de las unidades ambulatorias, hospitalarias o de rehabilitación de la provincia de Zaragoza, al ser el único hospital de día existente en la actualidad.

Algunos de ellos presentan una grave e invalidante respuesta de ansiedad con un fuerte componente vegetativo. En algunos trastornos psiquiátricos (trastornos conversivos, somatomorfos, disociativos y psicósomáticos) este componente ocupa un papel muy importante y es poco accesible a las herramientas terapéuticas habituales disponibles en las unidades dependientes del Salud.

El Biofeedback supone una herramienta útil y empíricamente contrastada en el tratamiento de este tipo de problemas. Se trata de una técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas, que opera a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que desea someter a control voluntario (tensión muscular, tasa cardiaca, temperatura periférica, volumen del pulso sanguíneo, actividad electrodérmica...). Estas técnicas requieren de un preciso y complejo aparataje para detectar las respuestas fisiológicas y devolver la información al paciente y de un ordenador para monitorizar las respuestas y aplicar el programa de tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento se ha procedido a la compra e instalación del equipo informático. HASTA QUE NO SE REALICE LA COMPRA DEL EQUIPO DE BIOFEEDBACK NO SERÁ POSIBLE AVANZAR MÁS EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La aplicación de las técnicas de Biofeedback va a permitir un mejor abordaje de los enfermos con patologías relacionadas con una elevada respuesta ansiedad y/o con alteraciones psicofisiológicas. Existe abundante evidencia científica que avala la utilidad y eficacia de esta técnica en diferentes cuadros psicopatológicos.

La posibilidad de implementar esta técnica ya contrastada y utilizada en otros dispositivos públicos de la red de atención estatal, nos permitirá ofrecer a los psiquiatras y psicólogos de Zaragoza un tratamiento alternativo en aquellos casos en los que las técnicas convencionalmente aplicadas y a su alcance en sus dispositivos no hayan dado ningún resultado óptimo.

Por otra parte la disponibilidad del material en nuestro Servicio permitirá también su aprovechamiento en menores de 18 años de edad al poder ser utilizada por parte de la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil, donde también existen profesionales con la capacitación adecuada para la administración del biofeedback

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Adquisición de los instrumentos imprescindibles para la puesta en marcha de los programas de tratamiento
2. Autoformación y entrenamiento en el uso de dichos instrumentos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 132

APLICACION DE TECNICAS DE BIOFEEDBACK EN PACIENTES PSIQUIATRICOS GRAVES EN EL HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A

- 3. Divulgación a las unidades derivantes de la red especializada de salud mental (población de referencia aproximada 900.000 habitantes) de la disponibilidad de técnicas de biofeedback en nuestra unidad.
- 4. Formación de otros profesionales del servicio de psiquiatría de nuestro hospital que pudiesen precisar de dicha herramienta en su trabajo habitual
- 5. Aplicación de programas sistemáticos de tratamiento a los pacientes que según protocolización en base a sus características clínicas y los tratamientos previamente ensayados puedan necesitar y beneficiarse de esta técnica
- 6. Monitorización y evaluación de los resultados en cada caso y de forma global al cabo de un año del comienzo de la aplicación.
- 7. La responsabilidad de la aplicación de estas medidas recaerá en el psicólogo y psiquiatra de nuestra unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. El propio equipo de biofeedback permite la recogida cuantitativa de la modificación en las respuestas fisiológicas de los pacientes, lo que permitirá objetivar su eficacia

2. Además existen otros indicadores cualitativos que serán tomados en cuenta:

- Escala del grado de satisfacción y de mejoría percibida por pacientes y sus familiares, tras la aplicación del programa de tratamiento
- Escala del grado de mejoría y de utilidad clínica valorado por psiquiatra y psicólogo del servicio, tras la aplicación del programa de

tratamiento

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Recepción del equipo de biofeedback
- 2. Formación y entrenamiento para su uso: 1 mes
- 3. Divulgación de la disponibilidad de la técnica en nuestra unidad
- 4. Aplicación de los programas de tratamiento a los pacientes seleccionados según protocolo. A partir del mes de recibir el equipo.
- 5. Evaluación al finalizar cada programa de tratamiento individual
- 6. Evaluación al cabo de un año de utilización.
- 7. Memoria global de resultados y utilización

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bibliografía sobre biofeedback	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 076

1. TÍTULO

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE MERCEDES ARENERE MENDOZA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEDRO CÍA GÓMEZ-FEA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA-MEDICINA INTERNA
BEATRIZ AMORES ARRIAGA-FEA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA-MEDICINA INTERNA
PILAR YAGÜE ÁLVAREZ-SUPERVISORA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA-MEDICINA INTERNA
FRANCISCO MONTIS PELEGAY-FEA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA--SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La no adherencia a los tratamientos, supone un grave problema con consecuencias negativas para la salud y unos costes injustificados sobre los sistemas sanitarios. LA OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública y desde distintas instituciones científicas se incide en la necesidad de poner en marcha medidas para corregirlas. Los pacientes ancianos polimedcados constituyen el principal grupo de riesgo de incumplimiento. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los pacientes ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas. En un reciente trabajo, se ha publicado que solo el 30% de los pacientes que toman 8 fármacos, conoce la posología de cada uno de ellos y sólo el 20% de estos pacientes reconocía tomarlos correctamente. Datos de un estudio realizado en el Sector I de Zaragoza en el 2007 revelaron que los pacientes mayores de 65 años que ingresaban en el Servicio de Medicina Interna consumían ambulatoriamente una media de 7,29 fármacos y además un 24% de ellos tenía prescripciones ineficaces, que complicaban su tratamiento. Esto supone más de 7 administraciones diarias, lo que se traduce en una polifarmacia difícil de manejar y que puede llevar en muchos casos al incumplimiento. Mediante este trabajo, se pretende detectar a los pacientes incumplidores y actuar sobre ellos poniendo en marcha distintas medidas que faciliten la adherencia a los tratamientos.

1. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud;28:113-1202. San Félix J, Palop V, Pereiró I, Martínez -Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calida de los medicamentos consumidos. Aten Primaria 2002; 30:163-70. 3. Leal M, Abellán J, Casa MT, Martínez J. Paciente polimedcado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente? Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 33, Nº. 8, 2004 , pags. 451-4564. Bandrés AC, Ferrando J, Martín I, García I. Prescripciones ineficaces e inapropiadas en ancianos. ¿Sirven los criterios de Beers? Med Clin 2009 (Barc) Article in press

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante el desarrollo de una estrategia de intervención multidimensional, realizada en equipo (medico-farmacéutico-paciente), se pretende mejorar la adherencia a los tratamientos en los ancianos polimedcados incumplidores que ingresan en Medicina Interna. Para ello se realizarán distintas actividades reflejadas en el punto 7, que han demostrado efectividad en estudios realizados anteriormente. Así, la educación sanitaria a los pacientes mediante la intervención de un farmacéutico ha demostrado que aumenta la adherencia de los pacientes con patología cardiovascular, según un reciente estudio, contribuyendo a la disminución del consumo de recursos sanitarios y reduciendo un 4% los ingresos hospitalarios. La simplificación de los tratamientos por parte del medico, eliminado fármacos innecesarios y estableciendo esquemas posológicos sencillos también contribuye a mejorar la adherencia. El uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD), ha mejorado en países como Canadá o Reino Unido el cumplimiento, pasando al 80% frente al 30% obtenido con la dispensación tradicional. En España, los trabajos realizados con estos sistemas, consiguen un cumplimiento del 99% con un alto grado de satisfacción para el usuario. 1. Lyra JD, Amaral RT, Abriata JP, Pala JR. Satisfacción como resultado de un programa de Atención Farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirao Preto -Sao Paulo. Seguin Farmacoter 2005; 3:30*42 2. Atozqui, Diéz Noguera A. Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación. Pharm Care Esp 2004;6:91-94

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. · Detección del paciente incumplidor. El farmacéutico realizara una entrevista personal a todos los mayores

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 076

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

polimedicados que ingresan durante un mes en medicina interna valorando la adherencia a los tratamientos mediante un método indirecto (test de Morisky-Green-Levine) que esta validado para la población española y que ha mostrado una buena concordancia entre los resultados del test y parámetros objetivables. Se excluyen los pacientes con trastornos psíquicos, demencia o enfermedad neurológica que disminuya su capacidad de memoria. · Comunicación al facultativo responsable de la no adherencia al tratamiento con el fin de que valore la adecuación de los tratamientos (simplificar las pautas, eliminar fármacos innecesarios) y eduque a los pacientes en la adherencia la tratamiento.· Al alta, a todos los pacientes incumplidores detectados se les sensibilizara sobre el uso correcto y racional del medicamento. La labor de educar a los pacientes es una tarea que precisa de la participación activa y de la colaboración de todos los profesionales por lo que participarán en ello el medico, farmacéutico y enfermera. Se proporcionará:

1. Información oral
2. Información escrita. Información gráfica del tratamiento mediante el programa gráfico infowin y material escrito con recomendaciones sencillas dirigidas a facilitar el cumplimiento.
3. Se entregaran sistemas personalizados de dosificación de medicamentos (SPD) semanales. Se seleccionaran a los pacientes que sean capaces o tengan el apoyo suficiente (entorno familiar u oficinas de farmacia) para la preparación semanal de estos sistemas.

A los dos meses se realizará un seguimiento telefónico. Se realizará de nuevo el test de Morisky-Green-Levine para valorar si ha mejorado la adherencia al tratamiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. · Porcentaje de pacientes incumplidores (pacientes incumplidores /total pacientes valorados)· N° pacientes a los que se facilita SPD/total pacientes susceptibles de recibirlos.· Mejora del cumplimiento terapéutico (% cumplimiento según test Morisky a lo dos meses -% cumplimiento inicial.)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio actividades: mayo 2010.

Seguimiento pacientes: julio-agosto 2010

Evaluación programa: octubre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Sistemas personalizados de dosificación de medicamentos... (*)	540 €
· Elaboración material educativo pacientes	60 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. (*) Sistemas personalizados de dosificación de medicamentos PASTILLERO SEMANAL 4 TOMAS DIARIAS MOD. PASTISEM Cuenta con cuatro compartimentos diarios por cada día de la semana. Tapas correderas de fácil uso.Dimensiones: 15,5 x 10,5 x 2,5 cm.Precio aproximado unidad: 5,40 euros * 100 unidades

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 001

OPTIMIZACION DEL REGISTRO DE CANCER DE ARAGON CON LOS DATOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE MILAGROS BERNAL PEREZ

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PILAR ROSEL-AUXILIAR DE ENFERMERIA-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-MEDICINA PREVENTIVA-REGISTRO DE TUMORES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los datos del Registro de cancer de Aragon (obligatorio por Ley) se nutren del Registro de cancer del Hospital Lozano Blesa que atiende a una poblacion de 300.000 habitantes. Constituye por tanto un filtro importante para controlar los datos de cancer y paortarlos debidamente ordenados, codificados y bribados al Registro de Cancer de Aragon

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta ahora se venian ofreciendo dichos datos en aplicaciones que en el momento actual han quedado opsoletas. Recientemente se ha instalado una potente base de datos con su programa informatico incorporado y cuya aplicacion funciona con dificultad. Se recogen un total de 1600 casos nuevos anuales, que suponen un filtro de alrededor de 5000 casos registrados. De estos ultimos, nuestro trabajo esta en observar si cada uno de esos 5000, son :Repetidos, metastasicos, tumores sincronicos o metacronicos, equivocados. Todo ello supone un trabajo continuo de revision que hasta ahora se realiza gracias al esfuerzo de las dos personas. El material utilizado para la aplicacion ,como hemos dicho antes funciona con dificultad y los datos no pueden ser explicitamente transmitidos a la misma

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar una base de datos de acuerdo al legislado por el gobierno de Aragon

Dar el numero de casos nuevos de cancer en total recogidos en el Hospital Lozano Blesa

Especificar localizaciones:

Mama
Pulmon
Intestino

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como medida prevista se tiene en cuenta la necesidad de utilizar mejores recursos materiales y humanos en la medida que fuera posible. Todo ello permitiria una mejor optimizacion de las bases de datos para apoyar a la realizacion del Registro de Cancer de Aragon

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

1. Casos totales de cancer vistos en el Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa
2. Casos "nuevos" de cancer fichados en este hospital
3. Indice Casos vistos/casos Nuevos
4. Al conseguir mejores recursos materiales se podria acceder mejor a los datos de cancer ya registrados y por tanto se estableceria rigurosamente el concepto de "caso nuevo" indispensable para el Registro de cancer

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde 1/Enero 2010 hasta 1/Enero 2011

Cronograma:

- 1ª Semana del mes: Recogida de todos los casos de cancer que lleguen al hospital: Se haria semanalmente.
- 2ª Semana del mes : se controlarian los casos si son nuevos , repetidos , o sincronicos
- 3ª Semana del mes: Incorporacion de los acsos cribados
- 4ª Semana: Resultados provisionales mensuales de los datos incorporados

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 001

OPTIMIZACION DEL REGISTRO DE CANCER DE ARAGON CON LOS DATOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

INSTAURACION DE BASE DE DATOS RELACIONAL CON ACCESO A LA RED CORPORATIVA EN LA UNIDAD DE LITOTRICIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE

2. RESPONSABLE BENJAMIN BLASCO BELTRAN
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SERAFÍN VILLARROYA RODRÍGUEZ-URÓLOGO-H.C.U. LOZANO BLESA
CARLOS MURILLO PÉREZ-URÓLOGO-H.C.U. LOZANO BLESA
MANUEL SÁNCHEZ ZALABARDO-URÓLOGO-H.C.U. LOZANO BLESA
JOSÉ ANTONIO PÉREZ ARBEJ-URÓLOGO-H.C.U. LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la Unidad de Litotricia podemos determinar la actividad desarrollada en:
- Recepción, Valoración y Planificación de las Solicitudes de tratamiento remitidas desde toda la Comunidad Autónoma (Centro de Referencia en Aragón de Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque, en adelante LEOC).
 - Revisión Clínica y Litiásica de cada caso en particular.
 - Control Clínico durante el tratamiento mencionado (LEOC).
 - Control Técnico Radioscópico y/o Ecográfico.
 - Revisión clínica y litiásica, como curso Evolutivo.
 - Emisión de Informes de Tratamiento, Evolución y Alta.

Para cada una de las mencionadas actividades se utiliza un impreso normalizado, que se rellena a mano, para posteriormente ser mecanografiado y guardado como archivo de texto. Ello supone errores de transcripción, duplicación de actividad, demoras y esperas para la emisión de informes, dificultad para Indexación de documentos con la consiguiente dificultad para la recuperación de la información de documentos almacenados y la falta de información sobre procesos quirúrgicos previos relacionados con la enfermedad que nos ocupa y otros

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
- Mediante la instauración de una aplicación informática y la introducción directa de los datos en la mencionada Base de Datos Relacional se espera:
- Evitar errores de transcripción.
 - Acceso directo e inmediato a la información clínica, litiásica y quirúrgica de cada paciente.
 - Emisión automática e inmediata de informes clínicos, terapéuticos y evolutivos.
 - Agilización en todas las fases del proceso, evitando demoras innecesarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Desarrollo de aplicación informática basada en los documentos que se vienen utilizando en la Unidad.
2.- Alojamiento de dicha Base de Datos Relacional en Servidor de la Red Corporativa.
3.- Instalación de programas informáticos, ya existentes, en todos los ordenadores de la Unidad, conectados a la Red Corporativa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de registros de la Base de Datos coincidentes con número de tratamientos.
- Incorporación en la aplicación informática de detectores automatizados de defectos de cumplimentación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio 1/3/2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

INSTAURACION DE BASE DE DATOS RELACIONAL CON ACCESO A LA RED CORPORATIVA EN LA UNIDAD DE LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 031

1. TÍTULO

MEJORA Y COORDINACION EN LA PETICION DEL MATERIAL FUNGIBLE DEL EQUIPAMIENTO ELECTROMEDICO EN LOS SERVICIOS DE UCI, REA Y PARITORIOS

2. RESPONSABLE FERNANDO BRAVO BARRIO
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ELECTROMEDICINA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JOSE MARIA VILLEGAS BLECUA-SUPERVISOR DE AREA-RRMM-HCU LOZANO BLESA
JULIO LACABRA SUBIAS-JEFE DE TALLER DE ELECTROMEDICINA-HCU LOZANO BLESA
ALBERTO LOBERA DUQUE-TECNICO DE ELCTROMEDICINA-HCU LOZANO BLESA
SERGIO LOPEZ RODERO-TECNICO DE ELCTROMEDICINA-HCU LOZANO BLESA
AUREO VALERO CARMONA-TECNICO DE ELCTROMEDICINA-HCU LOZANO BLESA
DARÍO AYUDA ROYO-TECNICO DE ELCTROMEDICINA-HCU LOZANO BLESA
JOSE CUEN BERMEJO-TECNICO DE ELCTROMEDICINA-HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto contempla la mejora del gasto que se realiza en fungible dentro de algunos Servicios del hospital, para lo cual se detectó errores en la petición de dicho material, duplicidad de artículos, etc... Todo ello derivado por el desconocimiento exacto de lo que se solicita (por descripción del artículo, cambio del mismo,....)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se quiere conseguir un descenso de las solicitudes erróneas de material, en un primer paso de unos servicios en concreto dentro de nuestro centro, y más adelante del centro en general; además de actualizar dichas descripciones de los artículos, y obsoleter antiguos, y desechar los duplicados. Consiguiendo una unívoca descripción referencia y artículo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se Elaborará un listado del material electromédico de una serie de servicios, y con ello el fungible que dichos equipamientos requiere, con el fin de localizarlos en la base de datos, depurarlos, obsoleterlos (si es necesario los antiguos), actualizar, dar de alta, etc... En una segunda fase, se va a realizar un sistema informático, en el cual se recojan los datos de estos equipos con los consiguientes fungibles y su relación, así como imágenes de los mismos.

Para una Tercera Fase imprimir un listado que se dejará adjunto a los equipos inspeccionados con los datos necesarios de sus fungibles. Con esto conseguiremos que nadie pueda equivocarse a la hora de solicitar un fungible, le sea mucho más rápido el concimiento de su referencia, y tenga una descripción única y además visual.

La responsabilidad de todas las Fases será del Servicio de electromedicina, en colaboración con los servicios seleccionados, así como la coordinación de estas fases por parte de El responsable de Area de RRMM y el Jefe de Servicio de Electromedicina

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Obsolescencia de Artículos de material
El bien estar de la práctica de estas fichas en el equipamiento por parte de los servicios seleccionados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el año 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- Ordenador portatil 1.600 €

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL ACELERADOR LINEAL SIEMENS MEVATRON ONCOR , VERIFICACION DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA POR MEDIO DEL DISPOSITIVO ELECTRONICO DE IMAGEN PORTAL

2. RESPONSABLE MIGUEL CANELLAS ANOZ

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALEJANDRO GARCÍA ROMERO-RADIOFÍSICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
ESTHER MILLÁN CEBRIÁN-RADIOFÍSICO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
ARACELI HERNÁNDEZ VITORIA-RADIOFÍSICO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
OSCAR RIPOLO VALENTÍN-RFHIR - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
JAVIER JIMÉNEZ ALBERICIO-RFHIR - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
JESÚS CORTÉS RODICIO-RFHIR - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer es una de las causas de muerte más importantes en nuestro país, para hacerle frente se aplican tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Es importante señalar que la gran mayoría de los pacientes oncológicos recibe tratamientos de radioterapia, bien como terapia única o formando parte de un tratamiento conjunto. La radioterapia es una técnica basada en el suministro de radiaciones ionizantes, que permiten la destrucción de las células cancerosas, en la que es básico minimizar los posibles daños en los tejidos sanos. La Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) es una técnica avanzada de radioterapia externa cuyo objetivo principal es concentrar la dosis de radiación en la región tumoral, limitando a su vez la dosis que reciben los tejidos sanos adyacentes , utilizando múltiples haces que aportan una cantidad no uniforme de radiación. La complejidad de esta técnica exige que los tratamientos sean verificados individualmente, suponiendo una sobrecarga de trabajo y económica para el servicio. Desde el año 2009 el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa cuenta con un Acelerador Lineal de Electrones dotado con un Dispositivo de Imagen Portal que permite obtener imágenes de paciente en tiempo real para controlar la posición del mismo. El estudio de la gran cantidad de información sobre la forma de administrar la radiación que es capaz de proporcionar este dispositivo permite utilizarlo para el control de calidad rutinario del acelerador y para la verificación de tratamientos de IMRT, con el consiguiente ahorro de recursos económicos y humanos y la reducción del tiempo de preparación del tratamiento y, por tanto, del tiempo de espera del paciente. Sin embargo, no existe un producto en el mercado que permita hacer esta tarea, aunque existen grupos que utilizan este equipo para este fin, las herramientas necesarias han tenido que ser investigadas y desarrolladas por ellos mismos. [Fuente: Nijsten SM, van Elmpt WJ, Jacobs M, Mijnheer BJ, Dekker AL, Lambin P, Minken AW. "A global calibration model for a-Si EPIDs used for transit dosimetry." Med Phys. 2007 Oct;34(10):3872-84] La elaboración de los nuevos procedimientos de control de calidad del acelerador y de la verificación de tratamientos de IMRT según los protocolos establecidos y su puesta en marcha requiere de un esfuerzo en medios materiales y personales para llevar a cabo la validación de nuevos procedimientos y su equivalencia con los antiguos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Caracterizar dosimétricamente el dispositivo electrónico de imagen portal que nos permita obtener información de la dosis que alcanza el plano del dispositivo y poder utilizarlo como dosímetro.
2. Desarrollar las herramientas informáticas necesarias para convertir las imágenes obtenidas del dispositivo en planos de dosis.
3. Elaborar y poner en marcha los procedimientos para el control de calidad del acelerador utilizando el dispositivo.
4. Elaborar y poner en marcha los procedimientos para la verificación de tratamientos de IMRT utilizando el dispositivo e incorporarlos a la práctica clínica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad 1. Desarrollo del modelo matemático basado en la bibliografía y la característica de nuestro dispositivo. Desarrollo de la herramienta informática para transformar la información de la imagen a dosis absorbida. Responsable: Oscar Ripol Valentín.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 186

CONTROL DE CALIDAD DEL ACELERADOR LINEAL SIEMENS MEVATRON ONCOR , VERIFICACION DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA POR MEDIO DEL DISPOSITIVO ELECTRONICO DE IMAGEN PORTAL

Actividad 2. Verificación de la herramienta para las condiciones de uso en la práctica. Responsable: Oscar Ripol Valentín.
Actividad 3. Implantar el uso de este sistema llegando al 100% de los controles del acelerador. Responsable: Alejandro García Romero.
Actividad 4. Implantar el uso de este sistema tan alto como sea posible en las verificaciones de los tratamientos de IMRT. Responsable: Alejandro García Romero.
Actividad 5. Recopilación de información y estimación de la mejora en términos de aumento de la calidad de las verificaciones, ahorro económico y de tiempo. Responsable: Miguel Canellas Anoz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

- Índice de utilización en QA: Porcentaje de controles hechos con el nuevo sistema frente al total. Permitirá estimar el ahorro económico y de tiempo.
- Índice de utilización en IMRT: Porcentaje de verificaciones de tratamientos de IMRT hechas con el nuevo sistema frente al total. Permitirá estimar el ahorro económico, de tiempo y la disminución del tiempo de espera del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha Inicio: 01/06/2010

Fecha prevista de finalización: 01/06/2011
Actividad 1: Del 01/06/2010 al 01/10/2010
Actividad 2: Del 01/09/2010 al 01/01/2011
Actividad 3: Del 01/10/2010 en adelante.
Actividad 4: Del 01/01/2011 en adelante.
Actividad 5: Durante la duración del proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Escáner EPSON DinA4 Perfección v750 Pro	700 €
· Computadora con altas prestaciones para cálculo	1.500 €
· Dietas y matrícula en cursos de Imagen en Radioterapia	1.000 €
Total	3.200 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

441

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A LA MUJER GESTANTE Y PUERPERA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ANA ESMERALDA CASTRO FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y PARITORIO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN PERALES MARTINEZ-SUPERVISORA GINECOLOGIA Y NIDOS
M^aMAR FLETA VISIEDO-MATRONA
VIRGINIA MORENO LAMANA-MATRONA
YOLANDA TEIRA SOLANO-MATRONA
BEATRIZ ALVAREZ ALONSO-MATRONA
TRINIDAD GISTAIN BARRABÉS - ENFERMERA NIDOS
PILAR SANCHEZ LUÑO-ENFERMERA NIDOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto se inicio en mayo del 2003 con el objetivo de satisfacer las necesidades y expectativas de informacion demandadas(encuesta realizada)por las mujeres puérperas, diseñando e implantando posteriormente un programa de charlas ,con medios audiovisuales , a las pacientes ingresadas durante su estancia hospitalaria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La puesta en marcha del equipo de mejora ha permitido :
-la coordinación y el consenso de criterios en las tres unidades asistenciales , a traves de los protocolos;
-formacion del personal en habilidades de comunicación.
- realizar trípticos y carteles para difusion del programa en atención primaria y en las unidades asistenciales.
-Realizar EpS en grupos a las pacientes ingresadas(L-X-V).
- Seguimiento mensual y anual de la asistencia de las pacientes a estos grupos teniendo en cuenta criterios de :
n^a partos , tipo de partos , gestantes y población inmigrante, para valorar idioma,% cobertura.

_ analizados los datos de el periodo 2007 2009,observamos :

1^aEl n^a de asistentes a las sesiones a bajado ,a pesar del aumento de los partos,.

2^a La presencia de gestantes y puérperas con dificultades en el idioma impide que acudan a dichas reuniones.

3^oEl aumento de cargas de trabajo impide la disponibilidad de personal para realizarlar.

4^o La puesta en marcha del protocolo del "ALTA PRECOZ DE LA PUERPÉRA" ,con lo cual las pacientes se van de alta al 2^o dia y no hay tiempo para ir a la charla.

Por tanto la continuidad del programa tiene cómo objetivo mejorar estos factores para poder seguir dando asistencia a las demandas inicialesde esta pacientes y que son el origen del programa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dar cobertura todos los días del año ´
Poder atender a todas las pacientes , sin tener en cuenta el idioma

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 441

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A LA MUJER GESTANTE Y PUERPERA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º realizar encuesta a las pacientes ingresadas para detectar motivos por los cuales no acuden a las charlas.
2º tranformar el power point , que se utiliza en las charlas en un formato video para pasarlo por el canal de TV del hospital, con el objetivo que las pacientes lo puedan ver cuando quieran
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a) indicadores de la encuesta:
IDIOMA.
TENER INFORMACIÓN DE LA EXISTENCIA DE LA CHARLA.
MOTIVO DE NO ACUDIR A LA CHARLA
SI LE GUSTARÍA RECIBIR LA INFORMACION DE LA CHARLA POR EL CANAL DE TV.
b) LA ENCUESTA LA ENTREGARÁ LA MATRONA EL DÍA DEL ALTA
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 de FEBRERO AL 28 FEBRERO: REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA Y REUNION CON EL RESPONSABLE DE GESTION PARA VER LA POSIBILIDAD DEL CANL DE TV HOSPITALARIO
Buscar información del Hospital de LERIDA , QUE ESTÁ UTILIZANDO ESTE SERVICIO PARA RECABAR INFORMACION Y VER LOS VIDEOS CON LOS QUE TRABAJAN
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· 6-4-50806-001 CAMARA DIGITAL DE FOTOGRAFIA ... (*) 475 €
Total 475 €
11. OBSERVACIONES. (*) 6-4-50806-001 CAMARA DIGITAL DE FOTOGRAFIA REFLEZ , MARCA SONY MODELO DSLR-A 230L 18/55

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

467

PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE JESUS CEBOLLADA DEL HOYO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BEATRIZ AMORES ARRIAGA-MEDICO-HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESIA-MEDICINA INTERNA
FERNANDO RUIZ LAIGLESIA-MEDICO-HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESIA-MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los especialistas en Medicina Interna y los médicos de familia de Atención Primaria compartimos una visión global e integradora de las personas enfermas. Aunque durante un tiempo ambas especialidades mantuvieron posiciones distantes, hoy existe el convencimiento por ambas partes que una comunicación fluida y una colaboración estrecha supone clara ventaja para el paciente y para el Sistema de Salud, facilitando la continuidad en la actividad asistencial y optimizando la utilización de los recursos disponibles. Esta optimización de recursos puede traducirse en aspectos concretos: evitar la multiplicación de Consultas a distintos Especialistas para un mismo paciente, evitar tiempos de demora en patologías relevantes, mejorar la ratio primeras consultas / sucesivas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Establecer una comunicación directa y fluida entre distintos niveles asistenciales: Atención Primaria y Especializada
- 2.- Limitar demoras en la atención hospitalaria de pacientes seleccionados
- 3.- Reducir el número de Interconsultas a Especialidades Médicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se plantean 4 líneas de actuación:

1.- Sesiones de Consultoría:

De forma periódica un Médico Especialista en Medicina Interna se desplaza al Centro de Salud para mantener una sesión clínica con los Médicos de Atención Primaria de dicho centro. Durante la sesión se plantearán:
- Casos Clínicos: Se exponen las Historias Clínicas de pacientes pertenecientes al Centro en los que se plantean dudas de orden diagnóstico, terapéutico, interpretación de pruebas complementarias realizadas (análisis, radiografías, electrocardiogramas,...), etc.
- Revisión de aspectos teóricos: Durante las sesiones pueden resolverse también aspectos más generales sobre protocolos, indicaciones y práctica clínica

2.- Teléfono de contacto:

Dado que las sesiones anteriormente citadas se realizan de forma periódica es posible que en los periodos entre sesiones puedan plantearse cuestiones que requieran una respuesta más rápida o que sea necesario comentar las actuaciones puestas en marcha tras la sesión clínica (resultados de pruebas, respuesta a modificaciones del tratamiento o cambios en el curso clínico del paciente). Para ello el Médico Internista estará localizable de forma diaria durante su horario de actividad habitual mediante un teléfono de contacto directo al que tendrán acceso todos los Médicos del Centro de Salud.

3.- Correo electrónico:

De igual manera se pone a disposición de los Médicos de atención Primaria un correo electrónico de contacto a través del cual se puede mantener contacto habitual con el Médico Internista.

4.- Acceso preferente a Consultas Externas:

Aquellos casos comentados durante las sesiones clínicas o mediante conversación telefónica en los que se considere más adecuada la valoración directa del

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 467

PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA

paciente serán citados en Consultas Externas de Medicina Interna. Cuando la situación lo requiera serán citados en un plazo no superior a siete días. Para ello se reservarán huecos en la programación de las Consultas de Medicina Interna que quedarán a disposición del Médico responsable de la Consulta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Establecer una base de datos que recoja la actividad desarrollada en el programa
2.- Valorar la capacidad de resolución de las interconsultas: porcentaje de casos que se resuelven a través de las sesiones de consultoría sin que el paciente sea remitido al hospital
3.- Valorar el grado de satisfacción obtenido: Encuesta de satisfacción dirigida a todos los Médicos de los Centros de Salud que formen parte del programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Enero 2010
Se inicia el programa en enero 2010 en C.S. Miralbueno y C.S. Valdefierro.
Está prevista la incorporación de 2 nuevos Centros de Salud en el primer semestre de 2010.
Duración: anual, prorrogable

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador Netbook: "HP Mini 110-1155SS Netbook 10,1"	329 €
· Ordenador Netbook: "HP Mini 110-1155SS Netbook 10,1"	329 €
· Ordenador Netbook: "HP Mini 110-1155SS Netbook 10,1"	329 €
· 3 Scanner-Fax modelo Epson BX300F Impresora Multifunción Fax	240 €
Total	1.227 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

331

CAMBIO EN EL METODO DE REALIZACION DE EXTRACCIONES EN LAS CURVAS DE GLUCOSA DE LARGA DURACION

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CERVERA APARICIO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD CENTRAL DE LABORATORIO ("UCL")
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EMILIA MARTÍNEZ GISTAS-UCL-HCU

M^a ANGELES ESCUDERO EMPERADOR-UCL-HCU

M^a JOSÉ RODRÍGUEZ VILCHES-UCL-HCU

M^a TERESA LETAMENDI VIÑAU-UCL-HCU

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente, en las curvas de glucemia de larga duración se realizan cuatro pinchazos para las extracciones de los distintos puntos de la misma. Con la implantación del nuevo método sólo se realizará una

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Eliminación del número de pinchazos en las extracciones al paciente, lo que conlleva un menor riesgo de posibles hematomas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Dentro de las curvas de glucemia, se seleccionarán las de larga duración, informando al paciente previamente si desea la utilización de este método

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de curvas actuales, con el método antiguo.
Número de curvas con el método actual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre:
Formación del personal, para el nuevo método

Segundo trimestre:

Comprobación de la implantación del nuevo método.

Tercer trimestre:

Evaluación de los indicadores

Cuarto Trimestre:

Seguimiento de la implantación del nuevo método

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. El material empleado para la realización de dicho proyecto, no requiere compra, porque ya existen todos los recursos (humanos y materiales) en el Hospital

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

413

IMPLANTACION DE PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (SINTROM) EN HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE ROSA CORNUDELLA LACASA

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLGA GAVÍN SEBASTIÁN-MÉDICO-SECCIÓN COAGULACIÓN-SERVICIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
VICTORIA DOURDIL SAHAUN-MÉDICO-SERVICIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
M.ANGELES GRACIA RODRIGUEZ- ATS-COAGULACIÓN
JOSE LUIS POLO GASCON- ATS-COAGULACIÓN
M.ISABEL FERRANDO QUINTIN-ATS-COAGULACIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento anticoagulante oral (TAO) presenta unas características especiales que hacen necesario un cuidadosos control de su dosificación y una continua vigilancia clínica. Estas características se pueden resumir como: dosis diaria muy variable a nivel individual, escasa separación entre dosis insuficiente y excesiva, interferencias por fármacos y dieta, posibilidad de complicaciones hemorrágicas o trombóticas a pesar de un control correcto.

La posibilidad de autocontrol por parte del paciente o sus familiares es ya un modelo de eficacia comprobada y se puede considerar como una posibilidad emergente, si bien cabe solventar problemas logísticos como económicos para una amplia implantación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Evitar la masificación en la asistencia

- *Aproximar las unidades de control al domicilio del paciente
- *Formación adecuada y responsable del paciente anticoagulado
- *Mantener la calidad clínica y analítica del control, garantizando que todo paciente disponga de un médico capacitado al que dirigir sus consultas
- *Estabilidad en los controles del INR y por lo tanto en la dosificación del Sintrom

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. *Cuidadosa selección de los pacientes o familiares que muestran capacidad y actitud adecuadas para realizar el autocontrol

- *Formación teórica y práctica adecuada del paciente o su familiar, tanto en lo referente a la realización de la prueba analítica, como en el ajuste de dosis. Información realizada por ATS que previamente han recibido el curso en la DGA y bajo la supervisión del Hematólogo
- *Se entregará al paciente la documentación necesaria para la comprensión y manejo del control, así como algoritmos que faciliten el ajuste de dosis en función de resultado analítico
- *Consentimiento informado
- *El paciente quedará vinculado al centro hospitalario de control debiendo realizar en él controles periódicos (semestrales) en los que rendirá cuenta de los controles domiciliarios realizados
- *Siempre que sea necesario, el paciente podrá consultar, telefonicamente o mediante visita a la consulta de anticoagulación, sus dudas, problemas o complicaciones., o requerir la preparación para procedimientos invasivos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Número de pacientes candidatos a autocontrol

- *Número de pacientes que se incluyen en programa de autocontrol
- *Número de pacientes que concluyen programa de autocontrol

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 413

IMPLANTACION DE PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (SINTROM) EN HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

- *Número de consultas que realizar los pacientes en programa de autocontrol
- *Valoración de INR en pacientes en autocontrol
- *Valoración de complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas en programa de autocontrol

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *Formación ATS. ABRIL 2010
*Inicio de la selección de pacientes. ABRIL 2010
*Inicio de la formación de pacientes o familiares. JUNIO 2010
*Elaboración de consentimiento informado. ABRIL 2010
*Seguimiento de los pacientes semestral (control capilar y venoso)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· ORDENADOR PORTATIL CON CAÑON PROYECTOR COMPATIBLE	1.000 €
· MEMORIA 8 GB 3 UNIDADES	100 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

043

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA REUMATOLOGICA EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE CONCEPCION DELGADO BELTRAN
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA TERESA BOSQUE PERALTA-MÉDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-REUMATÓLOGA
EVANGELINA PALERO DÍEZ-MÉDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-REUMATÓLOGA
CILIA PERALTA GINÉS-MÉDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-REUMATÓLOGA
BERTA MAGALLARES-MÉDICO RESIDENTE-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"
ERARDO MERIÑO IBARRA- MÉDICO RESIDENTE-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"
CARMEN SAEZ LAVILLA-SUBDIRECCIÓN DE AP-SECTOR ZARAGOZA III
ENRIQUETA VAQUERO CALVO- ENFERMERA-ÁREA III

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La misión que la Sección de Reumatología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" tiene, comprende el desarrollo de sus funciones en consultas externas, con una mejora de la Calidad de la Asistencia Reumatológica ambulatoria, colaborando con los objetivos corporativos, mejorando la atención al paciente, aplicando criterios de Gestión Clínica, aumentando la eficiencia, e impulsando la mejora continua en busca de la excelencia.

Hemos utilizado la matriz DAFO para realizar un análisis interno y externo de la sección y de ahí hemos extraído la formulación de objetivos, los planes estratégicos y los planes de actuación.

Hemos detectado como fortalezas principales la gran experiencia asistencial, capacidad de trabajo en equipo y la confianza en la experiencia propia, así como el conocimiento de la necesidad de coordinación con Atención Primaria; las debilidades son la escasez de protocolos clínicos; la principal amenaza es la gran presión asistencial, la poca coordinación entre Atención Primaria y nosotros, la presión de la docencia; entre las oportunidades, la principal es el conocimiento por parte de Atención Primaria de la necesidad de coordinación con nosotros, la mejora del sistema informático del Área y la futura Historia Clínica Informatizada.

La situación de partida es una muy escasa coordinación entre Atención Primaria y Reumatología, que tiene una demora media prospectiva de cerca de 130 días para primeros días, así como 500 pacientes en buzón a fecha de 1 de enero de 2010; a eso se suma un bajo porcentaje de envío de pacientes por parte de Atención Primaria con pruebas complementarias consensuadas que permitan un alto número de consultas de acto único.

Las Alianzas estratégicas con Atención Primaria son de vital importancia por dos motivos: porque tenemos que responder a las necesidades asistenciales que tiene la medicina primaria, y por ser PRIMARIA la fuente de la mayoría de los pacientes vistos en consultas externas. Estas alianzas se basarán en reuniones periódicas, elaboración de protocolos consensuados de derivación de los pacientes a nuestras consultas, de forma que nos sean remitidos con determinadas pruebas complementarias, con la finalidad de realizar un gran número de consultas de acto único para aligerar nuestras agendas y poder prestar un mejor servicio. También nos comprometemos a remitir a los pacientes a sus médicos de familia con un informe de alta de consultas externas detallado, en el que quede claro el seguimiento que tiene que realizar su médico y cómo volver a remitirlo. Además, el contacto se continuará mediante un correo electrónico institucional o el teléfono

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un gran número de consultas de acto único y disminuir el número de segundas visitas, para así aligerar nuestras agendas y poder prestar un mejor servicio.

Disminuir la demora en los pacientes de primer día

Realizar un filtro de los pacientes más graves, que son derivados a las Consultas Hospitalarias sin demora.

Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Reumatología en el envío y en el seguimiento de los pacientes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 043

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA REUMATOLOGICA EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las relaciones estratégicas con Atención Primaria estarán basadas en reuniones periódicas y en el establecimiento de unos protocolos consensuados de derivación de los primeros días, con los objetivos antes citados. Las reuniones tienen como finalidad un mayor conocimiento de las necesidades de Atención Primaria en materia reumatológica, una mayor coordinación entre Primaria y Reumatología, también que los Médicos de Familia conozcan nuestro proyecto así como nuestros recursos. Además en las sucesivas reuniones se pueden poner en común los pacientes más complejos, y se puede realizar un feed-back del desarrollo del proyecto. El contacto se puede mantener también con correo electrónico institucional y teléfono

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de sesiones Atención Primaria-Reumatología, anuales y su cronograma 2010

En las consultas externas extrahospitalarias:

- número de consultas de acto único/número de consultas totales.

- Impacto de la actividad en la demora de Reumatología para primeras consultas (disminución de la demora media prospectiva, número de pacientes en buzón)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de las reuniones con atención primaria de marzo a diciembre de 2010.

3 sesiones al mes, Atención Primaria-Reumatología.

Las sesiones serán impartidas por los Especialistas y Residentes de Reumatología que participan en el proyecto, con el apoyo de la subdirectora de Atención Primaria Área III o la persona en quien delegue.

El horario de las sesiones será en horario de mañanas, en el día y la hora en la que cada Centro de Salud tenga su sesión clínica o reunión habitual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE FORMACION DE RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE MIGUEL DIAZ VEGA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ LOPEZ ALEJANDRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En octubre de 2009 se ha desarrollado el nuevo plan de formación de residentes de Obstetricia y Ginecología en el hospital clínico universitario Lozano Blesa, adaptándonos a los cambios orientados por la Comisión Nacional de la especialidad.

El objetivo primario a cubrir por el programa docente de la especialidad, será el de ofrecer las líneas generales de aprendizaje para obtener especialistas que dispongan de las competencias necesarias para el ejercicio de la especialidad, y resulten útiles a la sociedad donde deben desarrollar su actividad. La formación del médico residente tiene pues como objetivo fundamental formar un especialista competente en Obstetricia y Ginecología. Esto implica facilitar la adquisición de los conocimientos, las habilidades y las actitudes que lo capaciten para realizar con eficacia la asistencia a la mujer durante la gestación, el parto y el puerperio, diagnosticar y tratar los problemas ginecológicos de la mujer, incluyendo los de la mama, promocionar su salud reproductiva y diagnosticar y tratar los problemas de infertilidad.

En el nuevo plan de formación se desarrolla según el siguiente índice:

1. Objetivo.
2. Versiones.
3. Divulgación.
4. Plan de formación de residentes de obstetricia y ginecología.
 - 4.1. Introducción.
 - 4.2. Definición de la especialidad.
 - 4.3. Mapa de competencias
 - A. Conocimientos
 - B. Habilidades
 - C. Actitudes
 - 4.4. Programa de rotaciones: Formación asistencial
 - 4.4.1. Rotaciones Obligatorias
 - 4.4.2. Rotaciones optativas
 - 4.4.3. Objetivos de las rotaciones
 - 4.4.4. Niveles de autonomía
 - 4.4.5. Esquema rotaciones
 - 4.5. Formación de conocimientos
 - 4.6. Formación investigadora
 - 4.7. Tutores
 - 4.8. Guía o itinerario formativo.
 - 4.9. Evaluación de residentes.
 - 4.10. Libro de residente
5. Documentos y Registros

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE FORMACION DE RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. •Aprobación del nuevo plan de formación de residentes, por la comisión de dirección del servicio.
•Inicio del desarrollo de formatos, archivos y registros.
•Comisiones específicas residentes - tutor.
•Desarrollo de las rotaciones obligatorias.
•Adecuación sesiones clínicas y bibliográficas.
•Estimulación de la formación clínica, investigadora y humana

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Cumplimiento y adaptación del nuevo plan de formación, desarrollando las áreas pendientes, indicadas en el plan de formación como:

- Tutorías trimestrales tutor - residentes.
- Aprobación del plan de formación por la comisión de docencia.
- Encuestas de calidad.
- Desarrollo completo de formatos y archivos
- Desarrollo de las rotaciones optativas.
- Desarrollo completo de registros.
- Adecuación de libro de residentes a nuestra especialidad.
- Adecuación del plan de rotaciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La revisión periódica del grado de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes debe ser un instrumento de reflexión tanto para el residente como para su tutor, que permita identificar los aspectos susceptibles de mejora y programar las actividades correctoras necesarias para que el nivel competencial sea el idóneo al finalizar la residencia.

La mejora en la calidad de formación de residentes de obstetricia y ginecología en las siguientes competencias:

- Conocimientos.
- Habilidades.
- Actitudes.
- Éticas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •Encuesta de calidad / anual.

- Evaluación residentes
 - o Semestral: Tutores
 - ? Evaluación específica rotaciones / finalizar rotación.
 - ? Evaluación de los niveles de autonomía / año residencia.
 - o Anual: Comisión evaluadora del servicio.
- Libro residentes / semestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Enero -abril de 2010:

- o Creación, desarrollo de archivos, formatos y registros escritos e informáticos.
- o Aprobación del plan por la comisión de docencia.

- Mayo - Agosto 2010:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 471

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE FORMACION DE RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

- o Cumplimentación de todos los archivos, formatos y registros.
- o Desarrollo de encuestas a residentes, especificando posibles áreas de mejora.

• Octubre - Diciembre 2010:

- o Análisis específico del plan de formación.
- o Posibles cambios de mejora en el plan de formación, archivos, formatos y registros

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresora multifunción	200 €
· material papelería y archivos	100 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. Para mejora de la calidad en la formación de médicos internos residentes de la especialidad participa todo el Servicio de Ginecología y Obstetricia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

483

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE MEJORA EN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

2. RESPONSABLE MIGUEL DIAZ VEGA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SIRA REPOLLES LASHERAS-HCU MEDICO
ANA CRISTINA LOU MERCADE-HCU MEDICO
PEDRO GONZALEZ RAMOS-HCU MEDICO
VISITACION BERGES MUNSURI-HCU DUE
MERCEDES PEREZ SOTO-HCU DUE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años, las técnicas endoscópicas se han convertido en el método diagnóstico y terapéutico por excelencia en el campo de la ginecología. La laparoscopia ha sido una técnica pionera en nuestra especialidad, desde hace más de 25 años, avanzado espectacularmente durante en la última década en todos los campos de la cirugía.

La reciente explosión tecnológica, con la incorporación de nuevos materiales, amplía el abanico de posibilidades operatorias permitiendo efectuar por esta vía verdaderas y precisas intervenciones quirúrgicas, permitiendo realizar un gran número de intervenciones ginecológicas, con menor dolor postoperatorio y una más pronta recuperación, lo que disminuye enormemente el tiempo de hospitalización y los costes económicos.

Desde la potenciación de las técnicas endoscópicas en el año 2007 por la dirección del servicio, se ha instaurado un procedimiento específico de la técnica de la laparoscopia con los siguientes objetivos:

- Mejora de la calidad de la técnica.
- Fomentar la formación de los facultativos y residentes en laparoscopia.
- Registrar la actividad quirúrgica de laparoscopia.
- Disminuir el gasto fungible

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante los años 2007-2009 se han realizado en nuestro servicio 490 laparoscopias. 125 en 2007, 180 en 2008 y 185 en 2009.

En estos tres años, no sólo se ha aumentado la dificultad de las técnicas quirúrgicas (se han realizado 18 histerectomías laparoscópicas), sino se ha difundido entre los diferentes facultativos, incrementándose significativamente el número de laparoscopias de urgencia realizadas por los equipos de guardia.

Por otra parte se ha comenzado a desarrollar un registro de la actividad quirúrgica laparoscópica, así como se han montado dos equipos quirúrgicos de laparoscopia con material inventariable para disminuir el gasto del material fungible

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este procedimiento, se pretenden los siguientes objetivos:

- Mejorar la eficacia y calidad en las diferentes técnicas laparoscópicas.
- Fomentar la formación en cirugía laparoscópica entre los facultativos del servicio.
- Dinamizar las diferentes consultas, reduciendo y optimizando los tiempos de espera.
- Mejorar la eficacia y calidad, mediante distintos métodos de control.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

483

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE MEJORA EN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

- Coordinar las peticiones de material de laparoscopia.
 - Conseguir la mayor coordinación y comunicación entre todos los facultativos y áreas que forman parte del proceso para obtener la máxima eficacia en el proceso.
 - Recoger información necesaria que nos ayude a mejorar y ofrecer un mejor servicio.
 - Actualizar el procedimiento a las innovaciones de futuro.
 - Todos estos objetivos redundan en ofrecer una máxima calidad asistencial a la paciente
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Formatos y registro de los indicadores.
- Realización de un sistema de rotación de facultativos de Ginecología y Obstetricia por el área de laparoscopia.
 - Potenciación de nuevas técnicas quirúrgicas.
 - Desarrollo de contabilidad del gasto material quirúrgico
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •INDICADORES:
- o Indicadores de actividad
 - ? Número laparoscopias.
 - ? Tipo de intervención quirúrgica
 - o Indicadores de calidad
 - ? Estancia hospitalaria.
 - ? Lista espera quirúrgica.
 - ? Complicaciones quirúrgicas.
 - ? Gasto de material fungible
- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO: Equipo de mejora.
- o Trimestral: Evaluación del procedimiento, indicadores, solicitud de material, valoración de las técnicas quirúrgicas.
 - o Anual: Aportación de los datos estadísticos con los indicadores de actividad y calidad y presentación de los mismos en la sesión clínica del servicio
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Marzo a Diciembre 2010:
- o Desarrollo de los archivos y registros.
 - o Desarrollo del sistema de contabilidad del gasto material fungible.
 - o Desarrollo de futuras técnicas quirúrgicas.
 - o Desarrollo del sistema de rotación facultativos de Ginecología y Obstetricia por la unidad.
- Enero a Junio de 2011:
- o Evaluación semestral de los indicadores de actividad y calidad.
 - o Evaluación semestral del ahorro en material fungible.
 - o Evaluación de las nuevas técnicas desarrolladas.
 - o Evaluación semestral de la rotación de los facultativos
- Julio a Diciembre de 2011:
- o Evaluación semestral de los parámetros desarrollados.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 483

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE MEJORA EN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

o Evaluación e informe final del procedimiento desarrollado

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipo grabación imágenes alta resolución	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 174

1. TÍTULO

MAI (MADRE)... UN PLAN DE ASISTENCIA AL PARTO Y AL NACIMIENTO (PLAN DE IMPLANTACION)

2. RESPONSABLE ERNESTO FABRE GONZALEZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALEJANDRO SANZ LOPEZ-HCU-MEDICO
 - PURIFICACION VENTURA FACI-HCU-MEDICO
 - VICENTA GARCIA GIMENO-HCU-MEDICO
 - CARMEN PERALES MARTINEZ-HCU-SUPERVISORA DUE
 - ESMERALDA CASTRO FERNANDEZ-HCU-SUPERVISORA DUE
 - TRINIDAD GISTAIN-HCU-DUE
 - EVA BUJEDA BLANCO-HCU-MATRONA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. CONTEXTO:

En el año 2007 se hizo pública, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Esta estrategia respondía a una demanda creciente por parte de distintos sectores de la sociedad, que reclamaban una mayor calidez, participación y protagonismo de la mujer en el proceso del parto, sin que por ello disminuyese la calidad y seguridad del mismo.

En este contexto, se desarrolla en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza, por parte del servicio de Ginecología y Obstetricia, el programa Mai (Madre) de asistencia al parto y al nacimiento.

CONTENIDOS:

El programa Mai (Madre) de asistencia al parto y al nacimiento es un programa de carácter integral y multidisciplinar cuyo principal objetivo es que cada parto finalice con una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención. Esto implica que, en el parto normal debe existir una razón válida para interferir en el proceso natural de su evolución.

Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Incorporar la dimensión humana del parto natural al cuidado de la salud de la madre y de su hijo durante el parto, pretendiendo una asistencia humanizada y centrada en la familia, adecuando las infraestructuras a este objetivo para crear un entorno humano, que ofrezca la mejor vivencia del parto a los progenitores dentro del contexto hospitalario.
2. Asegurar la máxima seguridad y calidad asistencial para la madre y su hijo durante el parto, en un entorno hospitalario preparado para una actuación rápida en casos de complicación urgente.
3. Simplificar al mínimo imprescindible el control y la instrumentalización médica durante el parto.

Para llevar a cabo dichos objetivos, desde el programa Mai (Madre) se ha diseñado un Plan de Parto y se han elaborado y aprobado una serie de documentos sobre las actividades desarrolladas durante el proceso de parto que recogen las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible. El objetivo es revisar y modificar, en caso de que sea necesario, los protocolos y hábitos actuales en la asistencia al parto, valorando las siguientes áreas:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

MAI (MADRE)... UN PLAN DE ASISTENCIA AL PARTO Y AL NACIMIENTO (PLAN DE IMPLANTACION)

1. Medidas de rutina al ingreso (frecuencia del pulso, tensión arterial, temperatura y vía endovenosa).
2. Rasurado perineal.
3. Enema.
4. Acompañamiento y apoyo emocional durante el parto.
5. Libertad de movimientos.
6. Ingesta de líquidos.
7. Amniotomía.
8. Oxitocina.
9. Alivio del dolor.
10. Control del estado fetal.
11. Expulsivo.
12. Episiotomía.
13. Pinzamiento del cordón umbilical.
14. Alumbramiento expectante o activo.
15. Contacto piel con piel.
16. Lactancia natural.
17. Entorno físico

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo de 2009 se han realizado 8 reuniones de trabajo del grupo, en las que se discutió y aprobó las acciones sobre el plan de parto del hospital y los documentos sobre alivio del dolor durante el parto, uso de oxitocina de rutina, control del estado fetal y tacto vaginal. Se han discutido las acciones divulgativas y educativas del personal sanitario involucrado en la asistencia al parto y cómo realizarlas. Se han elaborado los documentos sobre: 1) Alivio del dolor durante el parto, 2) Uso de oxitocina de rutina, 3) Control del estado fetal y 4) Tacto vaginal. Documento sobre el Plan de asistencia al parto y al nacimiento del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza: Este documento (anexo 1) fue elaborado por el grupo Madre-Mai, sometido a la consideración y discusión de la Comisión de Dirección del Servicio de Obstetricia y Ginecología donde fue aprobado y posteriormente a la Dirección Médica del Hospital que autorizó su uso. En la actualidad se entrega a las mujeres que solicitan el plan del parto del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. El programa avanza paso a paso, sin prisa pero sin pausa. Quedan dos acciones por discutir y aprobar en su caso: 1) Lactancia natural, 3) Presencia familiar en la cesárea. Además, se debe poner en marcha el programa formativo al personal sanitario involucrado en la asistencia al parto, que se pretende desarrollar a lo largo de 2010

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el objetivo de implantar de forma efectiva el programa Mai (Madre) de atención al parto y al nacimiento entre los profesionales implicados en dicho proceso asistencial, se ha diseñado una estrategia de implantación con los siguientes objetivos y resultados esperados::

1. OBJETIVO GENERAL:

Difundir el programa Mai (Madre) de atención al parto y al nacimiento entre los profesionales implicados, capacitar a dichos profesionales para que puedan desarrollar las actividades aquí planteadas y monitorizar y difundir los resultados logrados con el nuevo programa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Fomentar la atención al parto normal, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

MAI (MADRE)... UN PLAN DE ASISTENCIA AL PARTO Y AL NACIMIENTO (PLAN DE IMPLANTACION)

2.Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.

3.Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto.

4.Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del niño.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las estrategia de implantación del Programa Mai Madre se basa en tres grandes líneas de actuación:

1.INFORMACIÓN-DIFUSIÓN DEL PROGRAMA: con el propósito de dar a conocer el mismo a todos los grupos y agentes implicados

1.1. Objetivo general:

Difundir el programa Mai (Madre) de atención al parto y al nacimiento a los diferentes grupos de interés implicados en dicho proceso asistencial.

1.1. Objetivos específicos:

1.1.1.Concienciar a los asistentes de la importancia del parto natural en el Sistema Nacional de Salud.

1.1.2.Dar a conocer la línea de trabajo del programa Mai (Madre), sus repercusiones en la práctica asistencial y los principales resultados que se espera conseguir.

1.1.3.Sensibilizar a los participantes y propiciar un clima receptivo y favorable a la implantación en los diferentes grupos de interés.

1.2. Grupos de interés a los que se dirige:

1.2.1.Equipo Directivo

1.2.2.Servicio de Obstetricia y Ginecología

1.2.3. Servicios implicados en el proceso de atención al parto: Anestesiología, Pediatría, Urgencias, Admisión.

1.2.4.Profesionales del Hospital (sesión hospital)

1.3.Tipo de actividad a desarrollar:

Sesiones informativas de carácter teórico y corta duración (unos 30 minutos)

1.4: Número de sesiones:

Se realizarán al menos cuatro sesiones informativas, una por cada uno de los grupos de interés señalados anteriormente

2.- FORMACIÓN: para capacitar a los profesionales implicados en las diferentes actividades contenidas en el programa.

2.1: Objetivo general:

Difundir entre el personal implicado las diferentes actividades a desarrollar durante el proceso de atención al parto, de acuerdo con el contenido del Programa Mai-Madre.

2.2: Objetivos específicos:

2.2.1. Dar a conocer la mejor evidencia existente sobre las prácticas relacionadas con la atención al parto.

2.2.2. Difundir las recomendaciones y actuaciones a seguir en relación con dichas actividades recogidas en el Programa Mai-Madre de atención al parto del Hospital Clínico Universitario.

2.2.3. Informar de los recursos disponibles para dichas prácticas en el HCU Lozano Blesa.

2.2.4. Capacitar al personal implicado para el desarrollo de dichas prácticas en su actividad cotidiana.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

MAI (MADRE)... UN PLAN DE ASISTENCIA AL PARTO Y AL NACIMIENTO (PLAN DE IMPLANTACION)

2.3. Grupos de interés a los que se dirige:

- 2.3.1. Obstetras
- 2.3.2. Matronas
- 2.3.3. Diplomadas en Enfermería
- 2.3.4. Auxiliares de Clínica
- 2.3.5. Anestesiastas
- 2.3.6. Pediatras

2.4. Tipo de actividad a desarrollar:

Se desarrollarán tres pequeños talleres teóricos prácticos de carácter multidisciplinar y de corta duración (3-4 horas) abordando los diferentes contenidos del programa de formación: prácticas previas al parto, prácticas durante el parto y prácticas durante el post-parto.

2.5. Número de sesiones:

Se realizarán al menos cuatro sesiones de cada taller para favorecer la participación de todo el personal implicado.

3.- MONITORIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS: para informar sobre los resultados logrados a los diferentes grupos de interés y estimular la mejora continua de los mismos.

3.1. Objetivo General:

Conocer el grado de implantación y los principales resultados del programa Mai-Madre

3.2. Objetivos específicos:

- 3.2.1. Evaluar el grado de implantación de las diferentes recomendaciones contenidas en el Plan de Atención al Parto.
- 3.2.2. Informar al personal implicado de los resultados conseguidos.
- 3.2.3. Estimular la implicación de los profesionales y la mejora continua .
- 3.2.4. Dar a conocer a los diferentes grupos de interés los resultados conseguidos.

3.3. Plan de monitorización:

Se desarrollará un plan de monitorización recogiendo indicadores relativos a tres aspectos relacionados con la atención al parto:

- Mortalidad
- Morbilidad
- Proceso de atención

Para cada una de estas áreas se identificarán y escogerán indicadores, fuentes de información, responsables, períodos y estándares de atención óptimos.

3.4. Difusión:

Se realizará una sesión cutrimestral multidisciplinar dentro del Servicio de Obstetricia en la que el Jefe de Servicio presentará los resultados a los profesionales implicados, propiciando el debate sobre los diferentes logros y aspectos a mejorar.

De la misma forma se celebrarán sesiones específicas trimestrales dentro de cada grupo de profesionales (matronas, DUE, FEAS, ect) en las que el responsable de cada grupo de profesionales presentará dichos resultados a su equipo.

Anualmente se realizará una sesión hospitalaria presentando los resultados generales del programa al conjunto de profesionales del hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El propio plan de implantación del programam Mai-Madre prevé la selección y medición de indicadores pra monitorizar su grado de implantación (ver apartado método y actividades para mejorar). No obstante como indicadores de resultado del desarrollo del propio Plan de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

MAI (MADRE)... UN PLAN DE ASISTENCIA AL PARTO Y AL NACIMIENTO (PLAN DE IMPLANTACION)

implantación se monitorizarán los siguientes indicadores:

- Número de sesiones informativas realizadas (de las cuatro previstas)
- Porcentaje de profesionales (del total de profesionales a los que va dirigido) que han cumplido el programa de formación completo.
- Existencia de un cuadro de mando para monitorizar el programa Mai-Madre (SI/NO)
- Número de sesiones de presentación de resultados del programa Mai-madre realizadas en el Servicio de Obstetricia y en cada uno de los grupos profesionales (FEAS, DUE Y Matronas)

Como principal indicador de resultados del Programa MAI Madre se monitorizará la satisfacción de las mujeres durante el proceso de atención al parto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Estrategia de Información-Difusión: marzo-abril de 2010
- Estrategia de formación:
 - Acreditación de talleres: marzo 2010
 - Preparación materiales: marzo-mayo 2010
 - Realización de talleres: mayo-junio-julio 2010
 - Estrategia de monitorización: julio-diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. ESTE PROYECTO ES CONTINUACIÓN DE OTRO QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ EN LA CONVOCATORIA DE 2008 Y EL EQUIPO DE MEJORA QUE LO HA IDO DESARROLLANDO (Y QUE DE HECHO LO VA A CONTINUAR HACIENDO) A LO LARGO DE ESTOS AÑOS ESTÁ COMPUESTO POR 21 PERSONAS, QUE NO SE HAN PODIDO CONSIGNAR TODAS POR LA LIMITACIÓN DE LA CONVOCATORIA DE ESTE AÑO. El resto de personas de equipo son: LUCAS_ANTONIO; MUÑOZ_ARIANA; VICENTE_BEATRIZ; GIMÉNEZ_BLANCA; ORÓS_DANIEL; BARRASA_IGNACIO; HERNÁNDEZ_JAVIER; FLETA_MAR; HERNÁNDEZ_Mª JOSÉ; LÓPEZ_NIEVES; BEJARANO_PILAR; COLLADO_PILAR; PEREZ-HIRALDO_PILAR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

422

ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PERSONAL DUE EN PLANTA DE NEUROLOGIA Y HOSPITAL DE SEMANA Y PLANTA 7 DE HU LOZANO BLESA, PARA MEJORAR LA ASISTENCIA CLINICA Y LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE DIABETICO

2. RESPONSABLE EDUARDO FAURE NOGUERAS

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M^a ANTONIA SANCHO SERRANO- MEDICO- HCU LOZANO BLESA
ESPERANZA AGUILLO GUTIERREZ- MEDICO - HCU LOZANO BLESA
JOSE ANTONIO GIMENO ORNA- MEDICO- HCU LOZANO BLESA
AUREA ESTEBAN -DUE- EDUCADORA DIAB.-HCU LOZANO BLESA
CARMEN LANGARITA-SUPERVISORA ENDOCRINOLOGIA
CARMEN JOSA-SUPERVISORA NEUROLOGIA Y H SEMANA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia utilidad del proyecto:

En el año 2009 , el Servicio de Neurología solicitó 70 hojas de Consulta al Servicio de Endocrinología par atender a pacientes con diabetes mellitus , en tratamiento con insulina de manera habitual o como parte del tratamiento hospitalario.

Actualmente es elevado el número de pacientes diabéticos en tratamiento con nuevos fármacos hipoglucemiantes : análogos de insulina de acción lenta, inhibidores de DPP-4, análogos de GLP-1).

Por ello es importante y necesaria la actualización en conocimiento específicos de todo el personal sanitario que atiende a personas con diabetes.

Método de detección :

1. Evaluación de la tarea asistencial por parte del médico especialista en Endocrinología que atiende las hojas de consulta de planta 7 . En esta evaluación se ha detectado:

- a) dificultad en la asistencia a episodios de descompensación aguda de la glucemia : hipoglucemia basal , transferencia de perfusión endovenosa de insulina a insulina subcutánea.
- b) Ajusta insuficiente del tratamiento hipoglucemiante en pacientes a los que se administran tratamientos hiperglucemiantes : glucocorticoides, nutrición enteral.

2. Solicitud por el personal de enfermería de realización de cursos de actualización en diabetes.

Priorización :

Formalización y actualización en :

1. Insulinas. Farmacocinética. Diferencias entre las diversas insulinas en uso.
2. Pautas diferentes de administración e insulina.
3. Problemas mas frecuentes en el tratamiento del paciente diabético : complicaciones agudas , administración de glucocorticoides y nutrición enteral.

La causa del problema es la necesidad de :

- Actualización de conocimientos.
- Comentar con el equipo asistencial los protocolos terapéuticos que se van a aplicar

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Proyecto de mejora de calidad 2009 "Actualizar conocimientos y actitudes en personal DUE , en planta de Endocrinología y Diabetes, para mejorar la asistencia clínica y disminuir el riesgo en el paciente ingresado con patología multisistémica".

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

422

ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PERSONAL DUE EN PLANTA DE NEUROLOGIA Y HOSPITAL DE SEMANA Y PLANTA 7 DE HU LOZANO BLESAS, PARA MEJORAR LA ASISTENCIA CLINICA Y LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE DIABETICO

Actividad realizada :

1. Curso "Actualización en conocimientos y actitudes....."(proyecto de mejora de calidad año 2009)
2. Evaluación de indicadores elegidos (pendiente 1 marzo 2010)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Asistencia adecuada a los episodios de hipoglucemia basal que se detecten en pacientes diabéticos ingresados en planta de Neurología y Hospital de semana.
2. Asistencia según protocolo a los episodios de Hipo / Hiperglucemia.
3. Aplicación del protocolo de transferencia de insulina endovensa a insulina subcutánea.
4. Anticipación en el tratamiento hipoglucemiante, para disminuir episodios de hipo/hiperglucemia en pacientes en tratamiento con glucocorticoides o Nutrición enteral.
5. Estabilidad metabólica en 1 periodo preoperatorio y postoperatorio , en pacientes diabéticos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualizar conocimientos en la asistencia al paciente diabético .

Medidas previstas :

Realizar curso de formación teórico-práctica con el siguiente programa :

Responsables :

Prof.E.Faure . Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición . HU "Lozano Blesa".
MA Sancho. Médico adjunto . (Responsable de Calidad)
E.Aguillo . Médico adjunto.
JA Gimeno . Médico adjunto.
A.Esteban . DUE ,enfermera educadora en diabetes.
C. Langarita . Supervisora Endocrinología (planta 11)
C. Josa . Supervisora Neurología y Hospital de semana (planta 7)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de hipoglucemias basales tratadas según protocolo /
N° de hipoglucemias basales observadas x 100

N° pacientes con insulina ev transferida a sc según protocolo /
N° pacientes con insulina ev transferida a sc observados x 100

N° de cifras de glucemia >250mg/dl durante el trat° con glucocorticoides
N° de cifras de glucemia >250 mg/dl durante el trat° con Nutrición enteral.

N° de cifras de glucemia < 60 mg/dl durante el trat° con glucocorticoides
N° de cifras de glucemia < 60 mg/dl durante el trat° con nutrición enteral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio : Mayo 2010
Control intermedio : Junio 2010.
Final : Diciembre 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 422

ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PERSONAL DUE EN PLANTA DE NEUROLOGIA Y HOSPITAL DE SEMANA Y PLANTA 7 DE HU LOZANO BLESAS, PARA MEJORAR LA ASISTENCIA CLINICA Y LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE DIABETICO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañón de proyección	400 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. También han formado parte del equipo: DUESy AUXILIARES DE CLINICA de NEUROLOGIA y HOSPITAL DE SEMANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 382

CALCULO DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS ABSORBIDA EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA CON EL METODO DE MONTE CARLO PARA VERIFICACION DE PLANIFICACIONES.

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GARCIA ROMERO
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MIGUEL CANELLAS ANOZ- RADIOFÍSICO- JEFE DE SERVICIO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
ESTHER MILLÁN CEBRIÁN- RADIOFÍSICO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO -LOZANO Blesa - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
ARACELI HERNÁNDEZ VITORIA- RADIOFÍSICO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO -LOZANO Blesa- SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
OSCAR RIPOL VALENTÍN- RFHIR - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO -LOZANO Blesa - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
F. JAVIER JIMÉNEZ ALBERICIO- RFHIR - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa"- SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
JESÚS CORTÉS RODICIO- RFHIR - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa - SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los tratamientos de Radioterapia requieren de una cuidadosa planificación previa que se basa en el cálculo la dosis absorbida en cada punto del paciente. Existen varios métodos de cálculo que tienen en cuenta las heterogeneidades presentes en el paciente. De todos ellos el más exacto es el método de Monte Carlo, como se destaca en la bibliografía, pero su coste computacional (elevados tiempos de cálculo en ordenadores convencionales) hacen imposible su aplicación clínica. Se ha descrito que se puede llegar a una mejora en exactitud de los cálculos de hasta el 30% según la bibliografía especializada (Ma et al 1999). Existe un conjunto de subrutinas informáticas de código libre, llamado PENELOPE, que realiza la simulación del transporte de la radiación a través de la materia. Es posible utilizarlas para simular tratamientos de Radioterapia como ya se ha publicado (J. Sempau et al 2001), (E. Sterpin et al 2008). Un cálculo más preciso permite mejorar la planificación del tratamiento por tres motivos. El primero porque se aumenta la efectividad si conseguimos detectar y corregir regiones de subdosificación en los volúmenes tumorales. El segundo porque se disminuye la toxicidad tanto aguda, como tardía si somos capaces de detectar y corregir regiones de sobredosificación en las zonas de tejidos sanos y órganos de riesgo cercanos a los volúmenes tumorales. Y tercero, un conocimiento más exacto de la dosis que estamos impartiendo, permitirá conocer si nos encontramos dentro de la estrecha ventana terapéutica que beneficia al paciente (balance complicaciones-control local). Esto supone un aumento de la calidad del tratamiento impartido.

Referencias:

C.M. Ma, E. Mok, A. Kapur, D. Findley, S. Brain and A. L. Boyer 1999 Clinical implementation of a Monte Carlo treatment planning system Med. Phys. 26 2133-43

J. Sempau, A. Sánchez-Reyes, F Salvat, H Oulad ben Tahar, S B Jiang and J M Fernández-Varea 2001 Monte Carlo simulation of electron beams from an accelerator head using PENELOPE Phys. Med. Biol. 46 1163-1186.

E. Sterpin, F. Salvat, R. Cravens, K. Ruchala, G. H. Olivera, and S. Vynckier 2008 Monte Carlo simulation of helical tomotherapy with PENELOPE Phys. Med. Biol. 53 2161-2180

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del grupo de trabajo es desarrollar un programa informático partiendo de PENELOPE y una serie de procedimientos de trabajo para calcular la distribución de dosis absorbida que recibirá un paciente en un tratamiento de radioterapia previamente planificado. De esta manera se puede tener un conocimiento más preciso de la dosis absorbida en cada punto del paciente, que permita detectar y corregir zonas de subdosificación y sobredosificación que no se aprecian con la planificación ordinaria. Asimismo supondría una verificación adicional de los cálculos de dosis

1. TÍTULO

CALCULO DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS ABSORBIDA EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA CON EL METODO DE MONTE CARLO PARA VERIFICACION DE PLANIFICACIONES.

absorbida que se realizan hasta ahora, como algoritmo redundante

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad 1. Caracterización de la unidad de tratamiento (ALE).

Descripción: Partiendo de las rutinas de PENELOPE, y de la geometría del acelerador lineal de electrones (ALE) se realizará, el transporte la radiación a través de la parte del ALE que es común a todos los tratamientos. Posteriormente realizaremos el cálculo de la dosis depositada en maniquíes de agua. Esta parte se repetirá variando los parámetros característicos de la distribución de electrones incidente (espectro de energía y distribución espacial) hasta obtener una distribución calculada de dosis depositada en agua que coincida con las medidas experimentales tomadas de la unidad de tratamiento (Actividad 4). El resultado será un fichero informático llamado espacio de fase en el que se registrarán las partículas que han atravesado esta parte de la geometría del acelerador.
Responsable: F. Javier Jiménez Albericio

Actividad 2. Transporte de la radiación a través de los modificadores del haz.

Descripción: Se realizará el transporte de las partículas registradas en el espacio de fase a través de los modificadores del haz que incorpora el ALE (mordazas y colimador MLC) que se utilizan para personalizar cada tratamiento. Esta parte hay que realizarla tantas veces como haces compongan el tratamiento. Será necesario establecer una vía de comunicación para facilitar los datos que definen los modificadores del haz al programa de simulación. El resultado será un nuevo espacio de fase con las partículas que emergen del acelerador en cada haz de tratamiento.
Responsable: F. Javier Jiménez Albericio

Actividad 3. Dosimetría sobre el volumen voxelizado.

Descripción: Se procederá al transporte de la radiación a través del volumen voxelizado y el cálculo de la dosis absorbida partiendo del espacio de fase que reproduzca las medidas experimentales (Actividad 4). El volumen voxelizado puede representar a un paciente virtual o a un maniquí con heterogeneidades. Para verificar el cálculo se seguirán las recomendaciones del Documento Técnico 1583 de la IAEA que propone una serie de pruebas a realizar sobre el maniquí CIRS Phantom Model 002 LFC, y se compararán con medidas experimentales sobre el mismo (Actividad 5).
Responsable: F. Javier Jiménez Albericio

Actividad 4. Medidas experimentales de la dosis absorbida en agua.

Descripción: Utilizando los dispositivos de medida de dosis más adecuados en cada caso se llevarán a cabo medidas experimentales de dosis absorbida en agua en las mismas condiciones que se simulan (energía, tamaño de campo, distancia fuente-superficie) en la Actividad 1, y de acuerdo con el Documento Técnico 1540 de la IAEA.
Responsable: Alejandro García Romero.

Actividad 5. Medidas experimentales de la dosis absorbida en maniquí con heterogeneidades.

Descripción: Utilizando los dispositivos de medida de dosis más adecuados en cada caso se llevarán a cabo medidas experimentales de dosis absorbida sobre el maniquí CIRS Phantom Model 002 LFC en las mismas condiciones que se simulan (energía, tamaño de campo, distancia fuente-superficie) en la Actividad 3, y de acuerdo con el Documento Técnico 1583 de la IAEA.
Responsable: Alejandro García Romero.

Actividad 6. Simulación sobre datos de paciente. Comparación y análisis de resultados

Descripción: Una vez completadas todas las verificaciones sobre agua y sobre el maniquí CIRS Phantom Model 002 LFC. Se procederá al cálculo paralelo de dosis absorbida en paciente como parte de la planificación del tratamiento. Por último se compararán con los cálculos que realiza el planificador comercial, se registrará dicha comparación y finalmente se analizarán los resultados obtenidos.
Responsable: Alejandro García Romero

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

382

CALCULO DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS ABSORBIDA EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA CON EL METODO DE MONTE CARLO PARA VERIFICACION DE PLANIFICACIONES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En los procedimientos de trabajo se incluirá un registro de la comparativa entre las distribuciones de dosis absorbida que se calculan con el planificador comercial y las que se calculan con el programa de cálculo por Monte Carlo desarrollado en este proyecto de mejora.

Indicadores:

Indicador de la calidad del ajuste de los parámetros del haz:

- Promedio de las desviaciones estándar de los puntos de la curva de dosis en profundidad en el eje central y de los perfiles X e Y a varias profundidades.

Indicador de la calidad de los cálculos sobre volumen voxelizado:

- Factor gamma
- Promedio cuadrático de las diferencias de dosis sobre los vóxeles con dosis absorbida superior a 50% del máximo de dosis.

Indicador de la efectividad de los cálculos: Tiempo de cálculo.

Indicador del acuerdo entre los cálculos Monte Carlo y el planificador comercial:

- Factor gamma
- Promedio cuadrático de las diferencias de dosis sobre los vóxeles con dosis absorbida superior a 50% del máximo de dosis.

Indicador del alcance del proyecto propuesto:

- Porcentaje de tratamientos verificados con el método sobre el total de tratamientos planificados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1. Caracterización de la unidad de tratamiento (ALE).
Inicio: Marzo 2010 Final: Marzo 2011

Actividad 2. Transporte de la radiación a través de los modificadores del haz.
Inicio: Septiembre 2010 Final: Marzo 2011

Actividad 3. Dosimetría sobre el volumen voxelizado.
Inicio: Marzo 2011 Final: Septiembre 2011

Actividad 4. Medidas experimentales de la dosis absorbida en agua.
Inicio: Marzo 2010 Final: Junio 2010

Actividad 5. Medidas experimentales de la dosis absorbida en maniquí con heterogeneidades.
Inicio: Junio 2010 Final: Marzo 2011

Actividad 6. Simulación sobre datos de paciente. Comparación y análisis de resultados
Inicio: Septiembre 2011 Final: Marzo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Maniquí CIRS Phantom Model 002 LFC ... (1) 14.280 €
- Computadora alta potencia cálculo/Aumentar la viabilidad del cálculo 1.500 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 382

CALCULO DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS ABSORBIDA EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA CON EL METODO DE MONTE CARLO PARA VERIFICACION DE PLANIFICACIONES.

· Dietas y matrícula en cursos ... (2) 2.000 €
Total 17.780 €

11. OBSERVACIONES. (1) Maniquí CIRS Phantom Model 002 LFC / Medidas experimentales con heterogeneidad de acuerdo con el ...
(2) Dietas y matrícula en cursos del método de Monte Carlo, o cursos avanzados de PENELOPE / Formación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 355

ELABORACION DE PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS

2. RESPONSABLE OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROSA CORNUDELLA LACASA- MEDICO- SECCION COAGULACION- SERVICIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HCU LOZANO BLESA
LUIS PALOMERA BERNAL-MEDIO- SECCION CLINICA-SERVICIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HCU LOZANO BLESA
VICTORIA DOURDIL SAHAUN- SERVICIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA- HCU LOZANO BLESA
MIGUEL PARICIO MORENO- MIR HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA- HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las complicaciones trombóticas en pacientes con enfermedades hematológicas malignas son comparables en su incidencia a la de los tumores sólidos e igualmente afectan a la morbi-mortalidad de los pacientes que las padecen. La enfermedad tromboembólica venosa es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con cáncer, estudio epidemiológicos de los últimos años demuestran complicaciones trombóticas en estos pacientes pueden tener una incidencia entre el 3.87% y el 5.79%, y una odd ratio de 28 (95%IC 4.0-119.7). Además, en las leucemias agudas las trombosis y las hemorragias pueden aparecer como parte de lo que algunos autores denominan síndrome trombohemorrágico. Los tratamientos de poliquimioterapia y las drogas antiangiogénicas aumentan el riesgo de complicaciones trombóticas en pacientes con leucemias agudas, linfomas y mieloma múltiple. El uso de talidomida y sus derivados también presenta una causa de aumento de procesos trombóticos venosos en los pacientes con mieloma. También se debe considerar que en las leucemias agudas linfoblásticas, los tratamientos con L-asparaginasa pueden producir un descenso significativo de la actividad de la antitrombina y manifestarse como un síndrome de hipercoagulabilidad. A diferencia de los pacientes con tumores sólidos, para los pacientes hematológicos no existen guías disponibles para el manejo de este síndrome trombohemorrágico

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *ELABORACION DEL PROTOCOLO ANTERIORMENTE DESCRITO, DIFUSION DENTRO DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA, DIFUSION DENTRO DE LA COMISION DE CALIDAD DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de la situación actual de los pacientes hematológicos candidatos a la profilaxis de enfermedad tromboembólica
Revisión de la bibliografía acorde con el tema
Revisión de los diferentes protocolos existentes
Redacción del protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ELABORACION DEL PROTOCOLO ANTERIORMENTE MENCIONADO Y PRESENTACION DEL MISMO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA Y EN LA COMISION DE CALIDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACION 6-8 MESES
INICIO DE REALIZACION DE PROTOCOLO : ABRIL 2010
SEPTIEMBRE 2010, PRESENTACION DE PROTOCOLO AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
OCTUBRE 2010 PRESENTACION DE PROTOCOLO A LA COMISION DE CALIDAD DE HCU

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· PDA 600 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 355

ELABORACION DE PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS

· MEMORIA USB 8GB 3 UNIDADES	100 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 370

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (SINTROM) Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL HOSPITAL CLINICO

2. RESPONSABLE OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROSA CORNUDELLA LACASA-MEDICO-SECCION DE COAGULACION-SERVICIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
VICTORIA DOURDIL SAHAUN-MÉDICO-SERVICIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
M. ANGELES GRACIA RODRIGUEZ- ATS COAGULACIÓN
JOSE LUIS POLO GASCON- ATS COAGULACIÓN
M. ISABEL FERRANDO QUINTIN- ATS COAGULACIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las especiales características de la terapia anticoagulante oral, junto con la elevada morbimortalidad asociada a su utilización han convertido a los anticoagulantes orales en medicamentos de especial control. A pesar de los riesgos y aparente dificultad en el manejo, son numerosos los estudios que demuestran la eficacia de la anticoagulación. Consideramos que la educación del paciente, el conocimiento de su enfermedad y del tratamiento anticoagulante `podría conseguir un mejor control hematológico y una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud(CVRS) de este grupo de pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Analizar la influencia de un programa de seguimiento del paciente anticoagulado en la efectividad y seguridad del tratamiento
*Cuantificar y clasificar los PRM y sus causas, así como las intervenciones realizadas
*Evaluar la mejora en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes anticoagulados incluidos en un programa de seguimiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estudio prospectivo en el que queremos incluir 200 pacientes anticoagulados con sintrom que realicen control a través de INR y ajuste de dosis en el HCU.
De forma aleatoria 100 de los pacientes no recibirán información exhaustiva (entrevista personal con hematólogo-ATS) sobre el FÁRMACO ANTICOAGULANTES, INTERACCIONES, IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO, CONTRAINDICACIONES DE OTROS FÁRMACOS...
De forma aleatoria los otros 100 pacientes sí que recibirán información exhaustiva (anteriormente citada)
Para la detección de los problemas relacionados con los medicamentos seguiremos el esquema CIES
Para análisis de la calidad de vida relacionada con la salud, se empleará el cuestionario SF-36

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variables dependientes: INR, Calidad de vida relacionada con la salud (cuestionario de salud SF-36)
Variables independientes: Edad, Sexo, Patología, Tratamiento farmacológico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio proyecto Mayo 2010
Duración del mismo 1 año (INCLUSIÓN 200 pacientes)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· ORDENADOR PORTATIL 500 €
· MEMORIA USB 8 GB 3 UNIDADES 100 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 370

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (SINTROM) Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL HOSPITAL CLINICO

Total 600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 185

ELABORACION DE UNA GUIA DE BOLSILLO DE FARMACOS DE USO FRECUENTE EN URGENCIAS PARA ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ANA BELEN GIL BERDUQUE
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. POOL
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a JOSÉ MARCO NAVARRO - ENFERMERA- HCU "LOZANO BLESA" - MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existen una serie de fármacos que son usados casi exclusivamente en la urgencia vital. Por ese uso no habitual de los mismos, la Enfermería puede dudar de la vía de administración, dilución, estabilidad, efectos adversos, cuidados de enfermería específicos o precauciones especiales de cada fármaco... y es precisamente eso lo que se pretende evitar con esta guía para no demorar la actuación en situaciones de urgencia. La distribución de la misma irá centrado a las 4 unidades de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa", dónde se utilizan dichos fármacos, pero de manera menos habitual que en otros servicios

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor rapidez, efectividad y disminución de errores en la administración de fármacos de uso frecuente en las situaciones de urgencia, ya que cada enfermera/o podrá disponer de una guía de bolsillo de fácil manejo y consulta que sintetizará todos los datos necesarios de cada fármaco

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de los fármacos más utilizados en situaciones de urgencia (contenidos en los carros de paradas de las unidades), sintetizar todos los datos en una guía de bolsillo que contendrá una ficha de cada uno de ellos de rápida consulta y manejo que incluirá: nombre comercial y principio activo, presentación, indicaciones terapéuticas, administración/dilución, estabilidad, cuidados de enfermería y precauciones especiales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de la guía de bolsillo descrita anteriormente y presentación, justificación y distribución al personal de enfermería de las distintas unidades de MI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año
4 meses de revisión farmacológica y elaboración de la guía.
Maquetación e impresión.
Distribución y presentación en las unidades de MI del HCU "Lozano Blesa"
Encuesta de satisfacción al personal de enfermería

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|-------|
| · Imprenta, maquetación y distribución | 800 € |
| Total | 800 € |

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES VIH

2. RESPONSABLE MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN ANTONIO AMIGUET GARCIA-MEDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"- SERVICIO INFECCIOSAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se define la adherencia en pacientes con infección por VIH como "la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antiretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral". El entender y conocer el tratamiento que se está llevando a cabo es fundamental para conseguir una buena adherencia al tratamiento y con ello los resultados esperados. Los pacientes en tratamiento antiretroviral recogen bimensualmente la medicación en la farmacia del hospital, con este proyecto de calidad se pretende que además de dar una información oral como se está haciendo hasta ahora, proporcionar información por escrito utilizando el programa informático Infowin que dispone de fichas de medicamentos con fotografías tanto de los envases como de los comprimidos, cápsulas,..., pudiendo facilitar un cronograma del tratamiento además de la información relevante de cada fármaco

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Una mejor comprensión de su medicación, siendo conscientes de la importancia de la toma diaria correcta y sin olvidos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar, un farmacéutico revisará todas las fichas de medicamentos antiretrovirales del programa Infowin, modificando aquello que según bibliografía consultada fuera relevante. Esta información se pondrá en conocimiento del Servicio de Infecciosas para sus posibles modificaciones. Una vez completada la base de datos, a los pacientes que empiezan tratamiento para VIH o tienen algún cambio en su tratamiento, se les abrirá un episodio en el programa informático Infowin, anotando la posología de su medicación e imprimiendo la información de los medicamentos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N°pacientes VIH nuevos informados/total pacientes VIH nuevos
N° pacientes VIH con cambio de tto/ total pacientes VIH con cambio de tto
El numerador de los indicadores se podrá obtener del programa Infowin y el denominador en el programa de dispensación de pacientes externos que dispone el Servicio de Farmacia (UPE de Farmatools)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De marzo a julio: revisión de las fichas de medicamentos según bibliografía consultada y su modificación
De agosto a diciembre: inicio de información por escrito individualizada para cada paciente, posología e información relevante de los medicamentos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|---------|
| · Licencia de un puesto de trabajo más de Infowin en el Servicio de Farmacia | 300 € |
| · Impresora a color | 500 € |
| · Ordenador | 900 € |
| Total | 1.700 € |

11. OBSERVACIONES. Este proyecto se irá aumentando a otras patologías y/o otro tipo de pacientes, una vez consolidado este inicio

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS DE PREVALENCIA DE DEFECTOS CONGENITOS (INCIDENCIA AL NACER, DIAGNOSTICO PRENATAL E IVEs) CORRESPONDIENTE AL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE RAFAEL GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA (ECOGRAFIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO)
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MERCEDES SOBREVIELA LASERRADA-MEDICO-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-SECCION DE ECOGRAFIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FETAL. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
ALEJANDRO SANZ LÓPEZ- MEDICO-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-SECCION DE ECOGRAFIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FETAL. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
MAURICIO TAJADA DUASO- MEDICO-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-SECCION DE ECOGRAFIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FETAL. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
DOLORES JIMÉNEZ MARTÍNEZ - MEDICO-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA-SECCION DE ECOGRAFIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FETAL. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
PILAR SAMPER VILLAGRASA- MEDICO-FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA-PROFESOR CONTRATADO-SECCION DE NEONATOLOGIA. SERVICIO DE PEDIATRIA
SOFÍA VALLE GUILLÉN- MEDICO- HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa - FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA -SECCION DE NEONATOLOGIA. SERVICIO DE PEDIATRIA
FELICIANO RAMOS FUENTES- MEDICO- HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA. CATEDRATICO DE PEDIATRIA-SECCION DE GENETICA. SERVICIO DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestra área sanitaria no se dispone como tal de una base de datos en la que se registren todos los casos de defectos congénitos que se producen. Esta base de datos nos proporcionará información no sólo de la incidencia al nacer, sino también de la prevalencia, es decir contabilizará los casos existentes de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) debido al diagnóstico prenatal de defecto congénito. En esta base de datos, además de múltiples datos epidemiológicos, registrará si se había conseguido el diagnóstico prenatal y si éste estaba disponible antes de la semana 22. También se hará constar la edad de gestación en la que se ha realizado la primera consulta del embarazo y si se ha sometido o no a la estrategia de cribado de defectos congénitos recomendada en las embarazadas de nuestra área sanitaria. Todo este conjunto de información es del máximo interés tanto obstétrico como pediátrico y sanitario en general. Permitirá conocer los datos reales y por tanto detectar los posibles fallos que hayan podido producirse y por tanto implementar las acciones necesarias para su resolución.

La OMS define al "defecto congénito" como "toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque pueda manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple". Así entendido, el defecto congénito puede llegar a alcanzar una frecuencia de entre el 3 y 6% de todos los fetos, sobre todo en función de los criterios neonatales que se utilicen para definir a un nacido como normal o portador de un defecto congénito, pero hay datos publicados que indicarían que cuando se incluyen anomalías leves y el periodo de observación se alarga puede llegar hasta el 15% de la población.

Cuando nos referimos a los que se diagnostican en la primera semana de vida afectan aproximadamente al 3% de la población. Son responsables de un importante porcentaje de la morbimortalidad y determinan un elevado coste familiar, social y sanitario.

El conocimiento real de nuestras cifras de prevalencia de los defectos congénitos, así como su evolución a lo largo del tiempo nos debe permitir identificar problemas relacionados con su posibilidad de prevención primaria o secundaria, relacionada con acciones promotoras de salud pre o periconcepcional y con las opciones de diagnóstico prenatal.

El elevado porcentaje de embarazadas inmigrantes puede modificar la prevalencia de determinados defectos congénitos y por tanto nos debe orientar a modificar determinados protocolos asistenciales.

En España el ECEMC (E. Bermejo1-3, L. Cuevas2,3, Grupo Periférico del ECEMC4, y M.L. Martínez-Frías2,3,5 Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IER), Instituto de Salud Carlos III. Madrid. 2ECEMC. Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas (CIAC). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.3CIBER

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS DE PREVALENCIA DE DEFECTOS CONGENITOS (INCIDENCIA AL NACER, DIAGNOSTICO PRENATAL E IVE) CORRESPONDIENTE AL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid. 4Los integrantes del Grupo Periférico del ECEMC aparecen detallados en la Sección IX de este Boletín. 5Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL REGISTRO DEL ECEMC EN EL PERÍODO 1980-2008 BOLETÍN DEL ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología. Serie V. nº 8, 2009. ISSN: 0210_3893) y en Europa el estudio EUROCAT (Source: EUROCAT Website Database: <http://www.eurocat-network.eu> (data uploaded 07/12/2009) Copyright: University of Ulster, 2010) nos ofrecen datos de registros de distintas comunidades autónomas y de distintos países europeos que nos permiten de alguna forma comparar tasas de incidencia al nacer de DC y de prevalencia, así como de la eficacia del diagnóstico prenatal.

En nuestro Hospital no existe este registro como tal, lo que dificulta en gran medida el análisis del estado actual y la propuesta de acciones concretas de mejora en la asistencia de nuestra población de mujeres embarazadas.

La legislación actual permite a la pareja, cuando así lo desea, solicitar una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), cuando se consigue el diagnóstico prenatal de un DC grave antes de las 22 semanas de embarazo. Esta opción se ha transformado en un "derecho sanitario", de tal manera que a los profesionales encargados del cuidado prenatal, se nos pide que cualquier defecto congénito sea diagnosticado cuanto más precozmente mejor. La ausencia de este diagnóstico antes de las 22 semanas puede ser motivo de una "demanda médica". Muchos de los DC son diagnosticables mediante algún procedimiento de diagnóstico prenatal, sean técnicas invasivas (amniocentesis, biopsia corial) o exploración ecográfica. Es por ello que el Servicio de Obstetricia y Ginecología ha definido la estrategia de diagnóstico prenatal de DC, que se aplica en el área sanitaria III. Todo el personal sanitario es conocedor de estos procedimientos y todas las embarazadas reciben un folleto informativo y firman un documento de consentimiento informado para la realización de las exploraciones ecográficas del embarazo. Allí se expone claramente las limitaciones de todos estos procedimientos para alcanzar el diagnóstico prenatal de muchos de los DC.

La disponibilidad de un completo registro de defectos congénitos nos debe permitir conocer los siguientes datos, que serán permanentemente cotejados con los correspondientes a todas las áreas sanitarias, otras comunidades y otros países, que aportan datos a los registros oficiales (EUROCAT, ECEMC, etc.):

1. Incidencia al nacer de defectos congénitos y de fetos con defectos congénitos
2. Prevalencia de fetos con defectos congénitos (contabilizando los casos de IVE tras diagnóstico prenatal de DC)
3. Defectos Congénitos diagnosticados prenatalmente.
4. Defectos Congénitos diagnosticados antes de la semana 22 de embarazo
4. Tasa de incidencia y prevalencia de cada uno de los grupos de DC

Los grupos de defectos congénitos reconocidos en el estudio Eurocat son los siguientes 1) Sistema NERVIOSO, 2) OJOS, 3) OIDO, CARA Y CUELLO, 4)CARDIOPATIAS, 5)RESPIRATORIO, 6) ORO-FACIALES, 7)DIGESTIVAS, 8)DEFECTO PARED ABDOMINAL, 9)URINARIO, 10)GENITAL 11)EXTREMIDADES, 12)MUSCULO ESQUELETICAS, 13)OTRAS MALFORMACIONES, 14) Síndromes TERATOGENICOS CON MALFORMACION, 15) Síndromes GENETICOS Y MICRODELECCIONES, 16) CROMOSOMOPATIAS

Presentación anual de resultados.

Aporte de la información a los organismos nacionales e internacionales para ser incluidos en las estadísticas oficiales tanto de España (ECEMC) como en Europa (EUROCAT).

Como ya disponemos de la información correspondiente al período 1 de enero de 2.000 a 31 de diciembre de 2.005, obtenida retrospectivamente, se intentará completar el periodo correspondiente a los años 2.006, 2007 y 2008. Durante el año 2.009, desde el mes de marzo se ha comenzado a recoger información prospectiva, que será reevaluada y enlazada con el actual proyecto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente acabamos de revisar exhaustiva, pero retrospectivamente el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2005, es decir un periodo de 6 años, detectando un total de 357 defectos congénitos. Este estudio corresponde a la memoria de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS DE PREVALENCIA DE DEFECTOS CONGENITOS (INCIDENCIA AL NACER, DIAGNOSTICO PRENATAL E IVE) CORRESPONDIENTE AL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

tesis doctoral de Elena Bescós Santana, facultativo de nuestro servicio y que será defendida el día 6 de mayo de 2010 en la facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Los directores de esta tesis doctoral han sido los Dres Rafael González de Agüero Laborda y Ernesto Fabre González.

Esta información nos ha proporcionado datos precisos con respecto a la incidencia al nacer y prevalencia de los DC en nuestra área sanitaria, así como el porcentaje de DC que han sido diagnosticados prenatalmente y los casos en que el diagnóstico se ha conseguido antes de la semana 22 de embarazo. También nos ha proporcionado información con respecto a las tasas de IVE por cada 10.000 nacidos y la tasa de DC que han finalizado el embarazo mediante IVE.

Desde el 1 de enero de 2.009 se ha ensayado el registro en tiempo real de todos los casos de defectos congénitos, mediante la utilización de una base de datos. Los casos se inician ante el diagnóstico de sospecha o de confirmación de un DC durante el curso del embarazo y se finalizan tras la IVE o el nacimiento. También se incluyen los casos en los que nace un feto, vivo o muerto en el que es posible diagnosticar un DC durante la primera semana de vida.

Esta actividad no está suficientemente regulada, siendo posible que algunos casos se escapen de su correcta tipificación, falseando al menos en alguna medida, los resultados.

Para un adecuado mantenimiento de este registro se precisa de la formación de un equipo, objeto de la presentación de este proyecto de mejora, constituido básicamente por obstetras dedicados al diagnóstico prenatal y pediatras neonatólogos y genetistas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la Incidencia al nacer de defectos congénitos y de fetos con defectos congénitos en Area Sanitaria III de Zaragoza Conocer la Prevalencia de fetos con defectos congénitos (contabilizando los casos de IVE tras diagnóstico prenatal de DC) en el Área Sanitaria III de Zaragoza.

Conocer el porcentaje de Defectos Congénitos diagnosticados prenatalmente, globalmente y de cada uno de los grupos de DC en el Área Sanitaria III de Zaragoza

Conocer el porcentaje de Defectos Congénitos diagnosticados antes de la semana 22 de embarazo, globalmente y de cada uno de los grupos de DC

Conocer la Tasa de incidencia y prevalencia de cada uno de los grupos de DC.

Comparar las tasas de incidencia y prevalencia obtenidas en nuestra área sanitaria con el de otras áreas sanitarias, otras regiones españolas u otros países europeos

Comparar las tasas de diagnóstico prenatal obtenidas en nuestra área sanitaria con respecto a otras áreas sanitarias, otras regiones españolas u otros países europeos

Analizar el conjunto de la información obtenida en función del país de nacimiento de las embarazadas (grupos étnicos)

Conocer la influencia de la edad gestacional de la primera consulta del embarazo y la posibilidad de ofrecer el programa completo de cribado de defectos congénitos en la posibilidad de diagnóstico prenatal.

Obtener conclusiones útiles para mejorar nuestra asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas de nuestra área sanitaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Cada uno de los médicos que desarrollan su labor en la Sección de Ecografía, Diagnóstico y Tratamiento Fetal, en el momento en que diagnostiquen o sospechen la existencia de un DC deben comunicarlo a la Unidad A, donde se abrirá una ficha.

b) Los pediatras neonatólogos, cuando en la exploración de un nacido, detecten la existencia de algún defecto congénito, deben comunicarlo a la persona responsable, que ese mismo día, o como máximo en la misma semana, lo comunicará al responsable para abrir una ficha.

c) Sólo se contabilizarán los defectos congénitos diagnosticados en la primera semana de vida. Cuando exista un diagnóstico de sospecha y en ese periodo se solicite la realización de una prueba complementaria, debe contabilizarse aún cuando el resultado definitivo esté disponible más tarde.

d) Cada 2 semanas habrá una reunión conjunta neonatología-genética-diagnóstico prenatal, que se encargará de:

- Comprobar en los recién nacidos en los que exista la sospecha prenatal de un DC, verificar si existe o si se trataba de una falsa alarma. Establecer el diagnóstico definitivo de DC.

- Verificar en los nacidos con DC si se había producido o no el diagnóstico prenatal o la sospecha prenatal (en la semana siguiente al parto). Establecer el diagnóstico definitivo del DC

- Comprobar la historia clínica obstétrica con el objetivo de conocer cómo había sido el control prenatal: edad gestacional de la 1ª consulta, si se había sometido al cribado combinado de 1º trimestre, cribado de 2º trimestre, ecografía de la semana 20, ecografía de la semana 32, si se había ofrecido por algún motivo técnicas invasivas, si existían documentos de denegación, etc.

- Se comunicarán los casos que hayan finalizado el embarazo mediante IVE. Se informará sobre la posibilidad de autopsia en el caso que se consiga.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 255

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS DE PREVALENCIA DE DEFECTOS CONGENITOS (INCIDENCIA AL NACER, DIAGNOSTICO PRENATAL E IVEs) CORRESPONDIENTE AL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

- Se comunicarán los casos que hayan sido trasladados a otro Hospital para tratamiento prenatal o para la finalización programada del embarazo.
- Se comunicarán todos los casos nuevos de fetos con defectos congénitos que hayan decidido seguir adelante con el embarazo y que por tanto estén pendientes de nacer, con la fecha aproximada en que va a producirse el parto.
- Se comunicarán los casos de nacidos que hayan tenido que ser trasladados en el periodo neonatal a otro Hospital para recibir tratamiento debido a la existencia de un defecto congénito.
- e) Cada 3 meses, en la primera mitad del mes de marzo, junio, septiembre y diciembre se realizará una reunión general que analice los datos del Iº trimestre, del Iº y IIº trimestre y del Iº, IIº y IIIº trimestre.
- f) En la primera quincena del mes de Enero de cerrarán todos los casos de DC correspondientes a los nacidos e IVEs del año anterior

ELABORACION DE LOS DATOS QUE DEBE CONTENER LA FICHA DE CADA MUJER INCLUIDA EN LA BASE DE DATOS DE DEFECTOS CONGENITOS

En la base de datos prenatal de diagnóstico o sospecha de defectos congénitos se incluirán también todos los casos en los que se observe la existencia de marcadores ecográficos. Ellos no constituyen en sí la existencia de un DC pero pueden aumentar la probabilidad de que diagnostiquen con posterioridad. La lista puede ser periódicamente actualizada. Los marcadores que se incluyen en el periodo inicial son:

- Traslucencia nucal aumentada para la edad gestacional (P95 o P99)
- Onda de Velocidad de Flujo en el conducto venoso de Aranzio patológico
- Quistes de plexos coroideos
- Ectasia renal
- Disminución de la longitud del fémur y/o del húmero (P95)
- Hiperecogenicidad intestinal
- Pliegue nucal aumentado (15-22 semanas)
- Ventriculomegalia
- Hidramnios - Oligoamnios

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El principal indicador que se va a manejar es la existencia de las reuniones quincenales para la comunicación de los nuevos casos, tanto de diagnóstico prenatal, como IVE, como pendiente de nacer, como de nacidos con defecto congénito. Al finalizar la reunión se levantará un acta por escrito en el que se reflejarán todos los nuevos casos. Todos los implicados incluirán todos los casos nuevos en el registro central de defectos congénitos con un periodo máximo de 1 semana desde que se consiga el diagnóstico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene vocación de continuidad y una vez puesto en marcha, continuarse ininterrumpidamente, dado el enorme interés de disponer en todo momento la información que va a proporcionar. Los datos evolutivos son del máximo interés, ya que nos permitirán conocer cómo vamos mejorando al corregir los problemas que sucesivamente se vayan detectando.

Pensamos que un periodo inicial, referido a los años 2010 y 2011, especialmente monitorizado es imprescindible para conseguir la inercia del funcionamiento autónomo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil de gama media	450 €
Total	450 €

11. OBSERVACIONES. Se ha pensado en la posibilidad de destinar un ordenador portátil de gama media (sobre 450 euros) para el trabajo central de la base de datos registro de defectos congénitos, pero ello no es imprescindible. Caso de no existir la posibilidad de su adquisición, utilizaríamos alguno de los que

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

PUESTA EN MARCHA Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS DE PREVALENCIA DE DEFECTOS CONGENITOS (INCIDENCIA AL NACER, DIAGNOSTICO PRENATAL E IVES) CORRESPONDIENTE AL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

tenemos de forma personal algunos de los participantes en el proyecto.

Aunque realmente los participantes colaboradores en el proyecto son los miembros reflejados en el apartado correspondiente, consideramos que al tratarse de un proyecto multidisciplinar, la limitación a 7 de los miembros asociados al coordinador o director del proyecto supone que no puedan figurar como participantes algunas personas cuya colaboración es muy importante. Es por ello que en este apartado enumeraremos las personas que van a participar en el proyecto, con la intención de que pueda otorgárseles algún tipo de reconocimiento oficial por parte del Hospital o del SALUD.

Otros miembros de la Sección de Ecografía, Diagnóstico y Tratamiento Fetal del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza no incluidos como participantes directamente

- Manuel Romero Cardiel
- Pedro González Ramos
- Daniel Orós Espinosa

Miembros de la Sección de Neonatología del HCU Lozano Blesa de Zaragoza

- Purificación Ventura Faci
- Gerardo Rodríguez
- Olga Bueno

Otros miembros de la Sección de Genética del Servicio de Pediatría del HCU de Zaragoza

- Inés Bueno

Personal de enfermería de la Sección de Ecografía del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HCU Lozano Blesa de Zaragoza

- Pilar Pérez Pascual
- Pilar
- Carmen
- Lidia

Personal de enfermería de la Sección de Neonatología y de Nidos del Servicio de Pediatría del HCU Lozano Blesa de Zaragoza

Representantes del Hospital Ernest Lluch de Calatayus (Zaragoza)

- Manuel Farré Velázquez, Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología
- Representante de la Unidad de Neonatología o del Servicio de Pediatría

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 429

1. TÍTULO

MEJORA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN DEL LABORATORIO (MODULAB GOLD) EN EL PERSONAL FACULTATIVO DEL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA

2. RESPONSABLE MARIA ANGEL JULIAN ANSON

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUAN JOSÉ PUENTE LANZAROTE - FEA-HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El programa informático fue implantado en septiembre de 2008, momento en el que se realizaron cuatro horas de formación básica para todo el personal implicado en su manejo, agrupándolos por estamentos y adaptando los contenidos al uso y necesidades de cada uno de ellos. Dadas la gran capacidad y versatilidad del programa, consideramos necesario el mayor conocimiento del mismo para obtener un mejor rendimiento en la gestión del laboratorio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Como responsables del programa, colaboramos de manera individual con todos los facultativos que consultan dudas, o que quieren realizar tareas más especializadas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el nivel de conocimiento de Modulab Gold, tanto en el manejo básico diario como en funciones más especializadas, que mejorarían la gestión de las peticiones, tiempos de entrega, emisión de informes, etc., y se corregirían errores que repercuten posteriormente en distintos aspectos (solicitud de nuevas muestras, gestión de estadísticas....)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Organizar un curso de formación para todos los facultativos y residentes del Servicio de Bioquímica Clínica, incidiendo en las funciones que dan problemas o que son menos conocidas y están infrautilizadas, realizando una explicación breve y llevada a la práctica con ejemplos en los que puedan participar activamente.

- Entrega a cada usuario de un documento explicativo de toda la información.
- Ayuda individualizada a cada Sección, para el inicio en la realización de estadísticas, exportación de datos....

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Se pasará una encuesta de satisfacción a cada participante para valorar el contenido del curso y la mejora en las habilidades del manejo de programa.

- Valoración de la consecución de distintas tareas, que son fuente frecuente de errores, como el cierre de peticiones, emisión correcta de informes, o gestión de las peticiones de nueva muestra

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo 2010: organización de los contenidos del curso de formación y preparación del documento escrito que lo contenga.

- Segundo Trimestre 2010: realización del curso de formación.
- Tercer Trimestre 2010: seguimiento por secciones, para implementar la formación, adaptándola a las necesidades y funciones propias de cada una de ellas.
- Cuarto Trimestre 2010: valoración de objetivos conseguidos y encuesta de satisfacción

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- | | |
|-----------------------------|-------|
| · Cañón de Proyección | 600 € |
| Total | 600 € |

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 442

INCORPORACION AL SISTEMA INFORMATICO ("MODULAB GOLD") VIA ONLINE DE SCREENING PRENATAL Y NEONATAL EN EL LABORATORIO DE BIOQUIMICA CLINICA, SECCION DE HORMONAS

2. RESPONSABLE MARIA ANGEL JULIAN ANSON
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
· Servicio/Unidad .. LABORATORIO BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN BLASCO COMENGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la implantación del programa informático "Modulab Gold", consideramos necesaria la informatización del screening tanto prenatal como neonatal para una mejor gestión del trabajo en la Sección, así como, para incorporar los informes de resultados a la historia clínica del paciente y que puedan ser consultados desde la intranet del Hospital

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha desarrollado toda la estructura necesaria desde el punto de vista informático: creación de pruebas, perfiles, listas de trabajo, etiquetas de contenedores, creación de plantillas para emisión de informes, etc. Desde el autoanalizador que realiza las pruebas del screening prenatal, se ha puesto en marcha la conexión con un programa de cálculo de riesgos y dese éste, el paso de resultados vía online al programa Modulab Gold

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Informatización completa de todo el proceso, con informes diferenciados para el primer y segundo trimestre de embarazo (screening prenatal) y para informes normales y patológicos (screening neonatal)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del personal técnico y facultativo en el manejo de Modulab Gold: generar listas de trabajo, etiquetado de muestras, gestión de resultados, emisión de informes...
- Mejora del paso de resultados via online al programa Modulab Gold para emisión de informes y cerrar así el proceso informatizado.
- Realización de estadísticas desde el programa Modulab Gold

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Conseguir la emisión correcta de todos los tipos de informes adaptados a todas las opciones posibles, para que puedan ser consultados desde la intranet del Hospital

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer semestre 2010: Conseguir el funcionamiento correcto de los dos tipos de screening desde el punto de vista informático.
- Segundo semestre 2010: Realización de Estadísticas y corrección o mejora de detalles que queden pendientes del punto anterior

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· CPU 600 €
Total 600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

468

MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES HCU SECTOR III (PARTE 2)

2. RESPONSABLE AURORA LAGUIA MARTIN
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ACHA AIBAR BEATRIZ-ENFERMERA DEL TRABAJO-HCU UBPR
 - AGUILAR LOU JOAQUÍN-MÉDICO DEL TRABAJO-HCU UBPR
 - ARIPES TORRES PILAR-ENFERMERA DEL TRABAJO-HCU UBPR
 - CALAVIA CALAVIA BEGOÑA-AUX. ADMINISTRATIVO-HCU UBPR
 - FÉLIX MARTÍN MANUELA-SUPERVISORA-HCU UBPR
 - FRISAS CLAVERO OLGA-MÉDICO DEL TRABAJO-HCU UBPR
 - IGLESIAS RODRÍGUEZ JUAN C.-TÉCNICO INTERMEDIO-HCU UBPR
 - SALA RODRIGO JAIME-TÉCNICO SUPERIOR-HCU UBPR
 - SANTAMARÍA MORENO LUCÍA-ENFERMERA DEL TRABAJO-HCU UBPR
 - SANTAMARTA CHARTE DOLORES-MÉDICO DEL TRABAJO-HCU UBPR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Partiendo del proyecto de mejora llevado a cabo en el año 2009 por la UBPR, tras conseguir los objetivos en él planteados, nos proponemos conocer la opinión de los trabajadores usuarios de nuestros servicios sobre la calidad de la atención prestada, de manera que, los resultados obtenidos, nos permitan implementar cambios para realizar una mejora continua de la calidad.

Nuestros principales objetivos en esta fase del proyecto son:

- Valorar los resultados de las mejoras introducidas
- Obtener un conocimiento de la percepción y valoración que los trabajadores tienen de la UBPR
- Plantear nuevas líneas de mejora atendiendo a las demandas de los trabajadores
- Mantener una línea de mejora continuada en la atención a los trabajadores

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las actividades realizadas en la primera fase del proyecto son:

- Elaboración del Manual de Enfermería de la UBPR
- Planificación de la actividad diaria de todas las áreas de la Unidad.
- Puesta en marcha de programa cita previa en la secretaría de la UBPR
- Elaboración de procedimientos por áreas de trabajo
- Revisión de protocolos por riesgo
- Entrega de copia de reconocimiento médico-laboral y folletos informativos según riesgo y profesional que le atiende a los trabajadores
- Elaboración de fichas de riesgo de los puestos evaluados
- Elaboración de cuestionario de satisfacción

Los resultados obtenidos en los indicadores definidos en la primera parte del proyecto son:

INDICADOR	ESTANDAR ESTABLECIDO	RESULTADO
Atención por puesto de enfermería	> 80 % de los días	100 %

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 468

MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES HCU SECTOR III (PARTE 2)

-----% de trabajadores evaluados	= al 10 %	10,93 %

Fichas de riesgo de puestos evaluados elaboradas = 100 %	100 %	

Entrega de copia de reconocimiento médico-laboral > 80 %	100 %	

Días de demora efectiva < a 15 días	7 días demora máxima	

Días demora atención accidente biológico = 0 días	0 días	

Se han cumplido todas las actividades planteadas en la 1ª parte del proyecto, quedando pendiente exclusivamente las actividades planteadas para una segunda fase. Los recursos utilizados en la realización del proyecto han sido los propios de la UBPR

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Conocer la opinión de los trabajadores sobre los servicios prestados por los profesionales de la UBPR
- Proporcionar una asistencia acorde con las necesidades de los trabajadores
 - Estimular a los profesionales que forman parte de la UBPR en la mejora continua de la calidad asistencial
 - Aumentar el grado de satisfacción del trabajador por la atención recibida en la UBPR

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODO

La encuesta, que ha sido elaborada en el año 2009 dentro de la 1ª fase de este proyecto, va dirigida a los trabajadores que solicitan cualquier tipo de atención por parte de los profesionales de la Unidad. Se entregará encuesta de opinión a los trabajadores tras recibir cualquier atención en la UBPR, durante cuatro meses al año, dos años consecutivos. Se evitará duplicar encuestas a un mismo trabajador.

ACTIVIDADES PREVISTAS:

- ACTIVIDAD 1- Entrega de encuestas a trabajadores
- ACTIVIDAD 2- Introducción de datos de las encuestas recogidas
- ACTIVIDAD 3- Estudio de resultados obtenidos
- ACTIVIDAD 4- Análisis interno tras la valoración de las encuesta
- ACTIVIDAD 5- Propuestas de mejora atendiendo al análisis realizado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 468

MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES HCU SECTOR III (PARTE 2)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Entrega de encuestas al 100 % de los trabajadores que sean atendidos en la UBPR, en el periodo establecido
- Validación y análisis del 100 % de las encuestas que sean contestadas.
 - N° de personas que refieren en el cuestionario, un nivel de satisfacción en la atención recibida en la/s consulta/s realizadas, satisfactorio o muy satisfactorio = al 50 %

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ACTIVIDAD 1 - Entrega de encuestas a trabajadores
Abril, Mayo, Septiembre y Octubre de 2010
ACTIVIDAD 2 - Introducción de datos de las encuestas recogidas
Junio y Noviembre de 2010
ACTIVIDAD 3 y 4- Estudio de resultados obtenidos y análisis interno
Agosto y Septiembre de 2010 las entregadas en Abril y Mayo
Diciembre de 2010 y Enero de 2011 las entregadas en Septiembre y Octubre
ACTIVIDAD 5 - Elaboración de propuestas de mejora
Febrero y Marzo de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• EQUIPO DE PROYECCIÓN	650 €
• IMPRESORA COLOR	650 €
• REPROGRAFÍA	300 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES. EN EL DESPLEGABLE DEL APARTADO PROFESIÓN, NO APARECE "OTROS", POR DEFECTO APARECE MÉDICO, POR LO QUE MI PROFESIÓN LA HE CONSIGNADO EN EL SIGUIENTE APARTADO.

1. TÍTULO

PROTOCOLO Y MEJORAS TECNICAS PARA LA PREVENCION DE NEFROPATIA POR CONTRASTE RADIOLOGICO TRAS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO LINARES VICENTE
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTONELA LUKIC-FEA-CARDIOLOGÍA-HEMODINÁMICA-HCU
MARIA PILAR PORTERO-FEA-CARDIOLOGÍA-HEMODINÁMICA-HCU
JOSE RAMÓN RUIZ-JEFE DE SECCIÓN-HEMODINÁMICA-HCU
ELIA ALONSO-DUE-HEMODINÁMICA-HCU
ESTÍBALIZ HERNANDEZ-DUE-HEMODINÁMICA-HCU
ANDRÉS PALUD-AUXILIAR-HEMODINÁMICA-HCU
PILAR ALMENAR-SECRETARIA DE SECCIÓN-HEMODINÁMICA-HCU

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detección del problema e importancia y utilidad del proyecto
El diagnóstico y tratamiento de diversas patologías cardíacas pasa necesariamente por un estudio radiológico invasivo (coronariografías, ventriculografías, aortografías..) en donde se utilizan medios de contraste yodados (MCY). Éstos son compuestos hidrosolubles cuya misión consiste en aumentar el contraste radiológico entre diversas estructuras del organismo al aumentar la absorción, y por tanto la atenuación, de los rayos X, proporcionando un estudio morfológico dinámico y posibilitando la caracterización de diversas lesiones cardíacas.
Los MCY son moléculas de pequeño tamaño (anillos de benceno) portadoras de átomos de yodo, y con diferentes ionicidades y osmolalidades (superiores a la del plasma), siendo su eliminación renal por mecanismo de filtración glomerular.
Entre los diversos efectos secundarios de su administración (reacciones alérgicas, arritmias, déficits neurológicos, hipertiroidismo,..) destaca por su incidencia la aparición o empeoramiento de la función renal: nefropatía inducida por contraste (NIC), que puede aparecer hasta tras el 15-25% de los procedimientos.
Los MCY inducen a nivel renal una respuesta hemodinámica bifásica: un breve periodo de vasodilatación seguido por un periodo variable de vasoconstricción que junto a la modificación de la osmolaridad del medio provocan un daño renal por isquemia de su médula:
- por un desequilibrio entre la oferta y demanda de oxígeno debido a la vasoconstricción hemodinámica perpetuada por la producción de radicales libres por estrés oxidativo, lo que conlleva hipoperfusión medular durante horas e incluso días
- empeoramiento del flujo medular debido a la viscosidad del MCY, mayor en contrastes hiperosmolares que hiposmolares (iobitridol)
La consecuencia es una reducción del filtrado glomerular y un empeoramiento de la función renal (aumento de la creatinina sérica >0,5mg/dl o >25% de la creatinina basal), que puede llegar a requerir una hemodialización en los casos más extremos. Además, la aparición de NIC tras procedimientos invasivos cardiológicos se ha relacionado con un aumento de morbi-mortalidad a largo plazo.
La aparición de NIC se asocia con diversas variables, entre las que se pueden destacar:
- volumen de contraste administrado: si supera 4 veces el aclaramiento estimado de creatinina (fórmula de Cockcroft-Gault)
- edad avanzada y pacientes con insuficiencia renal crónica (creatinina sérica basal >2mg/dl)
- pacientes afectos de diabetes mellitus, especialmente aquellos que ya han desarrollado nefropatía e insuficiencia renal
- pacientes en tratamiento habitual con metformina y AINEs, ya que aumentan la tasa de fracaso renal en relación al contraste

El objetivo del proyecto es minimizar la aparición de NIC en nuestro medio gracias a una intervención protocolizada sobre grupos de pacientes con predisposición a desarrollarla, y la puesta en marcha de mejoras técnicas en el medio de trabajo.

Situación de partida

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 364

1. TÍTULO

PROTOCOLO Y MEJORAS TECNICAS PARA LA PREVENCION DE NEFROPATIA POR CONTRASTE RADIOLOGICO TRAS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Los avances en el campo de la cardiología intervencionista han llevado a la extensión de las indicaciones de cateterismo cardiaco hacia pacientes de edad más avanzada y con mayor pluripatología, entre ellas la insuficiencia renal. Los procedimientos son cada vez más largos, más complejos y precisan una mayor administración de MCY. Por otra parte, se están haciendo cada vez mas casos diagnosticos e intervencionistas a la vez, tratándose en el mismo procedimiento varias lesiones de cara a conseguir revascularizacion completa en un solo acto. De la misma manera cada vez es mayor la prevalencia de la diabetes mellitus en pacientes de menor edad debido a la también alta prevalencia de la obesidad y el síndrome metabólico, en donde el fármaco de elección para iniciar el tratamiento es la metformina.

Durante el último año los avances técnicos y tecnológicos en nuestra sala de trabajo han introducido 2 herramientas con un potencial valor en la prevención de la NIC:

1. Avanta®: la administración manual y semicuantitativa de los medios de contraste haya pasado a ser estrictamente mecanizada y cuantitativa gracias al sistema de gestión de inyección de líquidos Avanta®, lo que permite conocer en cada momento del procedimiento la cantidad exacta de MCY administrada, así como variar el flujo y volumen de administración con la exactitud de centímetros cúbicos.
2. StentBoost®: anteriormente a la integración de sistemas de imagen avanzados era preciso un mayor número de imágenes diagnostico-terapéuticas, y por tanto de volumen de MCY, para visualizar resultados o tomar nuevas decisiones en cuanto al tratamiento de las lesiones coronarias. Gracias al sistema de sustracción de imágenes StentBoost® de Philips integrado en nuestro laboratorio somos capaces de valorar y mejorar resultados de nuestros intervenciones sobre patología coronaria sin necesidad de administrar nuevas cantidades de MCY.

En cuanto a la prevención de la NIC se han demostrado 2 intervenciones eficaces:

1. Hidratación y expansión de volumen con suero fisiológico: ya que disminuye la viscosidad del contraste, mejora el flujo sanguíneo y reduce la toxicidad directa del MCY. La administración es eficaz tanto previa como tras el procedimiento a razón de 1ml/kg/hora durante 8 horas.
2. Administración de N-acetilcisteína (Flumil®) 1200mg/12h vía oral tras el procedimiento, con una reducción de NIC del 11% al 3,5%. Su mecanismo de acción es la reducción de radicales libres y su efecto oxidativo a nivel del túbulo renal, evitando su nefrotoxicidad.

Fuentes de información

- ? C. Fernandez Álvarez, E. Gonzalez Parra, J. Lafuente Martinez. Nefropatía inducida por medios de contraste yodados. Editorial Médica Panamericana. 2009.
? Bartorelli AL, Marenzi G. Contrast-induced nephropathy. J Interv Cardiol. 2008 Feb;21(1):74-85

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto es minimizar la aparición de NIC en nuestro medio gracias a:

- ? una intervención protocolizada sobre grupos de pacientes con predisposición a desarrollarla
? la puesta en marcha de mejoras técnicas en el medio de trabajo

Con el fin de minimizar la morbimortalidad asociada a esta patología, la prolongación de la estancia hospitalaria que conlleva y en los casos más extremos evitar procesos cruentos como la hemodiálisis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Con el objetivo de disminuir la incidencia de CIN tras los procedimientos diagnósticos-terapéuticos en la Sección de Cardiología Intervencionista pondremos en marcha un PROTOCOLO DE ACTUACIONES a nivel de diferentes momentos de la intervención:

? Previo al procedimiento:

- o suspensión de tratamiento crónico o habitual con AINES
- o suspensión de tratamiento con METFORMINA en pacientes con diabetes mellitus: el impacto sobre el metabolismo hidrocarbonado será mínimo ya que los pacientes se encuentran en ayunas antes del procedimiento, con lo que el riesgo de hiperglucemia relevante es mínimo. No obstante, se indicará una medición de glucemia capilar previo a la ingesta de alimentos por si hubiera que administrar insulina rápida subcutánea según pauta hospitalaria.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

364

PROTOCOLO Y MEJORAS TECNICAS PARA LA PREVENCIÓN DE NEFROPATIA POR CONTRASTE RADIOLOGICO TRAS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

o Hidratación con suero fisiológico 500cc i.v. para mantener vía periférica

Al cargo de esta función estará la Secretaria de la Sección de Cardiología Intervencionista, quién al programar la citación del paciente indicará al mismo (si es ambulatorio telefónicamente) o al equipo de enfermería responsable (si es un paciente ingresado). El equipo de enfermería de hospitalización se encargará de la canalización de vía periférica y el inicio de la hidratación.

- ? Durante el procedimiento: uso de MCY hiposmolar (iobitridol, Xenetix®) y minimización del volumen a administrar gracias a:
 - o Uso de sistema de gestión de inyección de líquidos Avanta® debido a las diferentes ventajas que puede ofrecer:
 - ? Disminuir la cantidad de contraste necesaria a administrar para opacificar arterias de pequeño tamaño (coronaria derecha) u ocluidas
 - ? Aumentar el flujo de contraste sin aumentar el volumen administrado para opacificar con más calidad la arteria en caso de tener ésta un flujo sanguíneo muy rápido
 - ? Usar pequeñas cantidades de contraste como test (1-2cc) para localizar arterias coronarias de difícil cateterización
 - ? Disminuir el volumen prefijado de MCY (de 45 a 30cc) para realizar ventriculografías en pacientes sin dilatación ventricular en la silueta radiológica
 - ? Interrumpir el procedimiento si el volumen de MCY administrado supera en 4 veces las cifras de aclaramiento de creatinina estimado (siempre que se prevea que el procedimiento se va a alargar en el tiempo)
 - o Uso de sistema de obtención de imágenes StentBoost® para evitar la administración de MCY en las siguientes situaciones:
 - ? Técnicas de solapamiento y posicionamiento de stents intracoronarios
 - ? Valoración de infraexpansión de un stent implantado
 - ? Sobredilatación de stents implantados

Al cargo de esta función estarán el equipo de DUE y los F.E.A. de la Sección de Cardiología Intervencionista.

- ? Tras el procedimiento: protocolo de hidratación con suero fisiológico a razón de 1ml/kg/h durante 8 horas y administración de N-acetilcisteína 1200mg/12h vía oral en pacientes con alto riesgo de desarrollar NIC:
 - o pacientes en los que el volumen de contraste administrado durante el procedimiento supere en 4 veces el aclaramiento estimado de creatinina (fórmula de Crookoft-Gault)
 - o pacientes con edad superior a 80 años
 - o pacientes con insuficiencia renal crónica y creatinina sérica basal > 2mg/dl
 - o pacientes afectados de diabetes mellitus, independientemente de sus cifras de función renal
 - o en caso de disfunción ventricular izquierda significativa (FEVI<40%) el ritmo de infusión de suero fisiológico pasará a ser de 0,5ml/kg/h

Al cargo de esta función y de indicar dicho tratamiento estarán los F.E.A. de la Sección de Cardiología Intervencionista

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para aseverar la eficacia de nuestro proyecto de mejora de calidad tendremos en cuenta en los pacientes sometidos al protocolo varios indicadores:

- ? aparición de NIC mediante medición de cifras de creatinina 24 horas tras el procedimiento, definiendo NIC como:
 - o aumento de creatinina basal en 0,5mg/dl
 - o aumento de creatinina un 25% respecto a la basal
 - ? prolongación de la estancia hospitalaria más de 24 horas tras el procedimiento por motivo de aparición de NIC (no por motivos independientes a éste)
 - ? necesidad de hemodialización durante el ingreso debido a la aparición de NIC
 - ? porcentaje de registro de creatinina incluido en la base de datos (como criterio de partida)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio del programa: 1 de Marzo del 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 364

PROTOCOLO Y MEJORAS TECNICAS PARA LA PREVENCION DE NEFROPATIA POR CONTRASTE RADIOLOGICO TRAS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Fecha de finalización del programa: 1 de Marzo del 2011

Calendario:

Marzo-Abril 2010:

- elaboración del protocolo de actuación (que será integrado dentro de los protocolos de actuación generales de nuestra sección) y comunicación - difusión del mismo a los participantes

- elaboración de Base de Datos con item de profilaxis de NIC

Mayo 2010-Enero 2011:

- puesta en marcha del protocolo y recogida de datos

- proceso continuo de evaluación y feed-back en resolución de problemas emergentes con la puesta en marcha del protocolo

Enero 2011-Marzo 2011: evaluación de los resultados y valoración de los indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Integración y compatibilidad de ítems a estudio en creación de Base de Datos	200 €
· Gastos indirectos (material de oficina)	300 €
· Difusión de los resultados y comunicaciones a congresos	600 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

315

SELECCION DE UNA ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR ADECUADA A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO SEVERO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES LOPEZ IBORT
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. UNIASD DE CALIDAD
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- M^a ANGELES MARTIN BURRIEL-DUE VALORACION-HCU LOZANOBLESA
AMPARO VALLEJO LOPEZ-DUE ANESTESIA-HCU LOZANO BLESA
JULIA GUILLEN ANTON-MEDICO ANESTESISTA-HCU LOZANO BLESA
SONIA SANTOS LASAOSA-MEDICO NEUROLOGA-HCU LOZANO BLESA
M^a PILAR BURILLO FUERTES-MEDICO INTERNISTA-HCU LOZANO BLESA
M^a PILAR RODRIGUEZ RUBI-DUE NEUROLOGIA-HCU LOZANO BLESA
ELENA SANCHEZ SANCHEZ-DUE TRAUMATOLOGIA-HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La definición del dolor más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP 1979): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita como si ésta estuviera presente». Según esta definición, el dolor existe cuando lo manifiesta quien lo padece; esta consideración llevaría a la conclusión de que quien no refiere dolor no lo sufre. Si se asume esto, todos los individuos que no tienen capacidad de comunicarse (neonatos, adultos con deterioro cognitivo grave, personas con minusvalías psíquicas...) no sufrirían dolor.

La Demencia es una enfermedad ligada al envejecimiento, cuya frecuencia se duplica cada 5 años, desde el 1% de la población a los 60 años, hasta el 30% en los mayores de 85. Así J. Villalta Franch estima que los datos epidemiológicos de demencia en España son: 4.2% de la población entre 65 y 74 años, 12.5% en las personas de 75 a 84 y el 29.7% en mayores de 85 años.

La prevalencia del dolor en los pacientes con Demencia es poco conocida. Se acepta que en los pacientes que la sufren el dolor está infradiagnosticado e infratratado tanto en situaciones agudas como crónicas, incluso cuando se trata de una enfermedad oncológica y tanto en domicilio como en los distintos niveles asistenciales. Hay estudios concretos que avalan que, los pacientes con demencia y que han sufrido una fractura de fémur, reciben un tercio menos de analgésicos que los que no padecen deterioro cognitivo.

Son varias las causas que dificultan el correcto diagnóstico del dolor de los pacientes con Demencia:

- Dificultades en la comunicación, lo que hace que algunos pacientes con Demencia en estado avanzado, no sean capaces de verbalizar el dolor y por tanto que los profesionales sanitarios no sean capaces de administrar un tratamiento adecuado.
- Diagnóstico más difícil, ya que la manifestación del dolor puede ser atípica, con expresiones gestuales variadas, ansiedad, cambios de humor o alteraciones de la conducta que pueden llegar al delirio.

Cuanto mayor es el grado de demencia, menor es la queja del paciente.

- Dolor por la propia Demencia. Esta enfermedad puede producir en su estado más avanzado rigidez y retracción que, unido al dolor por el proceso agudo (rotura de cadera), daría lugar a complicaciones potencialmente dolorosas como úlceras por presión o constipación.
- Algunas Demencias vasculares o la Demencia que va ligada a la enfermedad de Parkinson, pueden presentar síndromes dolorosos particulares, habitualmente neuropáticos, que podrían sumarse al dolor agudo, intensificándolo.

Conclusión

Mejorar la calidad de vida de los ancianos con déficit cognitivo grave es parte del trabajo de los profesionales asistenciales. El control sintomático del dolor contribuye al bienestar del paciente. Es por ello que debe constituir un indicador de calidad asistencial para alcanzar la mejor calidad en cuidados. El tratamiento correcto precisa de su detección por lo que las instituciones y el personal sanitario deben disponer de herramientas para ello, especialmente para los usuarios con problemas de comunicación: demencia, afasias o aislamiento sensorial severo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

315

SELECCION DE UNA ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR ADECUADA A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO SEVERO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA

En nuestro hospital actualmente se utiliza la escala de EVA para la valoración del dolor, al paciente con déficit cognitivo en fases iniciales se le puede aplicar dicha escala, sin embargo el paciente que sufre demencia avanzada necesita e otros instrumentos para obtener un resultado válido que permita su posterior tratamiento. Si el dolor no está bien tratado, puede interferir en el tratamiento de enfermedades recurrentes. A esto se añade que es muy probable que por cambios farmacodinámicos sea complicado ajustar la dosis de analgésicos con lo que se favorece la iatrogenia.

Un paciente ingresado por un proceso agudo que cursa con dolor, con dificultades de comunicación asociado a Demencia, que no es valorado con una escala adecuada, casi con toda seguridad será incorrectamente tratado y de ello pueden derivarse complicaciones que conllevan retraso en el proceso de recuperación y prolongación en la estancia hospitalaria, gestión inadecuada de los recursos y por último y no menos importante, deterioro de la calidad de los cuidados. Por lo tanto, Dolor y Demencia suponen un reto clínico para el equipo asistencial, por la alta incidencia de un síntoma que podríamos aliviar y cuyo abordaje exige conocimiento y sensibilidad.

Es por ello, que este equipo de mejora ha detectado en nuestro hospital y concretamente en el área de Neurología y Traumatología, la necesidad de valorar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo avanzado, con una metodología unificada.

Proponemos como proyecto de mejora, seleccionar una escala de valoración del dolor adecuada a las necesidades del paciente con Demencia y elaboración de un protocolo de analgesia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminuir la variabilidad clínica.

2. Unificación de criterios en la evaluación mediante una escala de dolor
3. Elección de una escala del dolor para estos pacientes.
4. Elaboración de un protocolo de analgesia adecuado a estos pacientes y a la escala elegida.
5. Mejora de tratamiento del dolor en el paciente con Demencia.
6. Disminución de la iatrogenia.
7. Disminución del dolor en pacientes con deterioro cognitivo severo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación del grupo multidisciplinar.

2. Búsqueda bibliográfica sobre el tema a estudio: M^a Ángeles Martín Burriel
3. Valoración de la población susceptible de aplicación de la escala. Sonia Santos
4. Elección de una escala de valoración del dolor específica. Pilar Rodríguez.
5. Elaboración de un protocolo de analgesia adecuado a estos pacientes y a la escala elegida. Julia Guillén.
6. Formación del personal sanitario de las unidades de referencia: Neurología y Traumatología. Amparo Vallejo
7. Implementación de la escala en unidades piloto que se seleccionen (unidades de neurología y traumatología). Elena Sánchez
8. Revisión de historias y medición de indicadores. Pilar Burillo
9. Memoria anual. Nieves López
10. Conclusiones con los resultados y posibilidad de extrapolar el método a la población anciana de otras unidades de hospitalización. Nieves López

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Existencia de escala de valoración del dolor en pacientes con deterioro cognitivo severo.

2. Elaboración de un protocolo de analgesia adecuado a estos pacientes.
3. Pacientes con deterioro cognitivo severo en la unidad a los que se les ha valorado el dolor con la escala elegida/Pacientes con deterioro cognitivo severo en la unidad.
4. Pacientes con deterioro cognitivo severo y dolor adecuadamente controlado/ Pacientes con deterioro cognitivo severo

Deterioro cognitivo severo = Test de Pfeiffer 7 - 10 errores

Adecuadamente controlado = pendiente de la escala elegida y del protocolo a aplicar

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 315

SELECCION DE UNA ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR ADECUADA A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO SEVERO Y ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CREACIÓN DEL GRUPO MULTIDISCIPLINAR: FEBRERO 2010
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: MARZO 2010
ELECCIÓN DE ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR: MAYO 2010
ELABORACIÓN DEL PORTOCOLO DE ANALGESIA: JUNIO 2010
DIFUSIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO: OCTUBRE 2010
IMPLEMENTACIÓN EN LAS UNIDADES PILOTO: NOVIEMBRE 2010
CORTE DE REVISIÓN HISTORIAS CLÍNICAS: DICIEMBRE 2010
MEMORIA ANUAL Y CONCLUSIONES: ENERO 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· HP LaserJet Color 4525 N 1.337 €
Total 1.337 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 120

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADMINISTRACION, CONSERVACION Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN NUESTRO CENTRO MEDIANTE LA DIFUSION DEL PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO

2. RESPONSABLE MARIA MERCEDES LOPEZ MATEO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
· Servicio/Unidad .. BANCO DE SANGRE
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN VILELA MERA-ENFERMERIA-HCU-BANCO DE SANGRE
CRISTINA LÓPEZ CANALES-ENFERMERIA-HCU-BANCO DE SANGRE
PILAR BERROZPE DELSO-ENFERMERIA-HCU-BANCO DE SANGRE
CARMEN MORATA TUDELA-ENFERMERIA-HCU-BANCO DE SANGRE
PILAR NIEVES CRESPO-ENFERMERIA-HCU-DIRECCIÓN EMFERMERIA
MARÍA JOSÉ PIQUERAS VICENTE-AUXILIAR E.-HCU-BANCO DE SANGRE
JOSÉ A. MORENO CHULILLA-MÉDICO-HCU-BANCO DE SANGRE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La práctica transfusional en España regulada por RD 1088/2005, establece los requisitos técnicos y condiciones tanto de los Centros como de los Servicios de Transfusión. Dicha normativa se dirige a garantizar la seguridad de la práctica transfusional tanto para el donante como el receptor de dicha terapia.
Uno de los artículos fundamentales es el Capítulo IV: Prescripción y Administración de sangre y componentes. Dicha normativa se recoge de manera minuciosa en nuestro Protocolo normalizado de trabajo y tras la realización de una auditoria interna en la que se valoraba como punto fundamental la cumplimentación correcta del volante de solicitud de reserva transfusional (primer eslabón de la seguridad transfusional), al detectarse incorrecta cumplimentación en el 99% de las solicitudes, se planteó la necesidad de elaborar un plan de mejora como primer paso para la corrección de esta desviación.
La correcta cumplimentación del volante de reserva transfusional, condiciona la revisión por parte del facultativo solicitante así como de la enfermera que obtiene las muestras pretransfusionales, de los principales puntos de seguridad transfusional incluidos en el protocolo normalizado de trabajo. La cumplimentación correcta representa el mayor nivel de seguridad del primer eslabón de la cadena transfusional.
Los datos obtenidos en la primera valoración indican la necesidad de establecer un plan formativo que de a conocer a todas las unidades implicadas en terapia transfusional el protocolo de trabajo, para conseguir una homogeneización de actitud que condicione un incremento de la seguridad y calidad transfusional de nuestro centro

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El plan de mejora pretende conseguir los siguientes objetivos:
1.- Conocimiento del Protocolo normalizado de trabajo PG-126-00 "Procedimiento para la solicitud, aplicación y trazabilidad de los hemoderivados" por parte de todo el personal de enfermería de las unidades clínicas implicadas en terapéutica transfusional.
2.-Conseguir correcto seguimiento de Protocolo normalizado de trabajo que se refleje en la correcta cumplimentación de volante de solicitud de reserva transfusional en al menos el 80% de los casos, para que se minimice la posibilidad de errores transfusionales.
3.- Adecuada conservación y transfusión de los hemoderivados al cumplir de manera correcta el protocolo normalizado de trabajo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método que se va a emplear se basa en la formación personalizada en las unidades clínicas (comenzando por las unidades con mayor número de solicitudes) por parte del personal de enfermería de nuestra unidad. Se desarrollarán talleres formativos en turnos de mañana y tarde de corta duración (15-30 minutos) de acuerdo con la Supervisión de la unidad clínica. Para ello se realizará un entrenamiento previo del personal de enfermería de Banco de Sangre por parte del Facultativo del grupo de mejora y se elaborará material informativo (tríptico) que se utilizará como guía rápida.
Así mismo se procederá a comunicar tras el periodo de formación los resultados obtenidos en lo que se refiere al objetivo crítico (cumplimentación correcta de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 120

MEJORA DE LA ADMINISTRACION, CONSERVACION Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN NUESTRO CENTRO MEDIANTE LA DIFUSION DEL PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO

volante de solicitud) durante los 3 primeros meses (periodicidad mensual). La revisión de los resultados obtenidos se realizará por personal de enfermería y auxiliar del Banco de Sangre

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se monitorizarán los siguientes indicadores:

1.- Solicitudes bien cumplimentadas: N° Vol. bien/N° Vol.total x 100.

Dicho indicador se monitorizará para cada unidad clínica durante los 3 meses siguientes a haber realizado la formación y posteriormente durante el año siguiente en 3 momentos (Marzo, Julio y Noviembre). Se emitirán informes por unidades clínicas y se realizará una valoración global de todas las solicitudes recibidas en nuestro servicio en los momentos a monitoriza.

2.- Porcentaje de Personal de enfermería formado:

N° de asistente a formación/ N° personal plantilla x 100

Este indicador se recogerá mediante certificado de asistencia al taller de formación y utilizando la plantilla notificada por la Supervisión de la unidad clínica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se planifica un periodo formativo para todas las unidades clínicas de 9 meses (comienzo Abril 2010).

Recogida de indicadores postformación desde Mayo 2010 hasta Marzo de 2011.

En Marzo, Julio y Noviembre se realizará la valoración global del indicador por unidades clínicas y global.

El 2º indicador se evaluará durante la semana siguiente a la conclusión de la formación en la unidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· HEWLETT PACKARD - HP Compaq 2530p	1.147 €
Total	1.147 €

11. OBSERVACIONES. Será necesario reprografía de tríptico informativo (1000 copias en color)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 314

1. TÍTULO

MEJORA DE CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA CATETERISMO CARDIACO EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. REALIZACION DE CURSO TEORICO-PRACTICO "HEMOSTASIA POSTCATETERISMO CARDIACO"

2. RESPONSABLE ANTONELA LUKIC
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE RAMON RUIZ ARROYO- FEA CARDIOLOGIA- JEFE SECCION HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA
PILAR PORTERO PEREZ- FEA CARDIOLOGIA- HCU CARDIOLOGIA
JOSE ANTONIO LINARES VICENTE- FEA CARDIOLOGIA- HCU CARDIOLOGIA
ELIA ALONSO CASAS- DUE HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA
LAURA SORINAS VILLANUEVA- DUE HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA
YOANA JIMENEZ AGESTA- DUE HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA
TRINIDAD HERRERO GARCIA- DUE HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. METODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN:
La Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario Lozano Blesa ha creado recientemente un grupo de mejora formado con la idea de mejorar la atención del paciente sometido al cateterismo cardiaco. Los integrantes del grupo son profesionales que llevan a cabo sus funciones en la Sección, implicados en la atención del paciente remitido a la Unidad de Hemodinámica, tanto personal sanitario como no sanitario. La primera actuación del grupo ha sido realizar una valoración del servicio prestado al paciente de cara a detectar las posibles actuaciones de mejora en la atención de los mismos. Cardiología Intervencionista es un campo de medicina que experimenta una evolución continua, implicando el manejo de tecnologías cada vez más sofisticadas en pacientes cada vez más complejos. Además, hoy en día existe una utilización generalizada de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios con el consecuente aumento de potenciales sangrados, sobre todo por los puntos de punción arterial necesaria para la realización de la prueba. Uno de los ámbitos imprescindibles de cualquier procedimiento invasivo es la continuidad de los cuidados de los pacientes tras el procedimiento. El intervencionismo coronario tiene una incidencia de complicaciones vasculares de entre el 3 y 5%, algunas de ellas graves, con necesidad de transfusión o cirugía urgente, complicaciones estas potencialmente letales. Los cuidados pre y post-procedimiento son tan importantes como los realizados en la sala de hemodinámica en la prevención y manejo de las complicaciones vasculares. Por ello, nuestro grupo de mejora consideró como una medida prioritaria de mejora que los profesionales sanitarios implicados en el cuidado de estos pacientes (UCI, plantas de hospitalización, urgencias, 061) de todos los centros sanitarios implicados conocieran las ventajas, desventajas y posibles complicaciones de cada vía de acceso y del uso de los dispositivos hemostáticos. Así se podrían aplicar las medidas preventivas pertinentes y detectar precozmente, en caso de que se produzca, una complicación vascular, limitando su impacto clínico y mejorando por lo tanto la seguridad del paciente. Así mismo, tras la introducción de nuevos métodos de hemostasia y de nuevos accesos vasculares como el radial, el propio personal de enfermería de las plantas de hospitalización, implicado en el cuidado de los pacientes tras el cateterismo cardiaco, expresó la necesidad de actualizar los conocimientos tanto teóricos como prácticos sobre estos aspectos, por lo que se decidió realizar un curso de hemostasia post-cateterismo cardiaco. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:
La mejora en los cuidados tras el cateterismo cardiaco, centrándonos en el aprendizaje del manejo de la punción arterial y/o venosa y en la detección de las posibles complicaciones relacionadas, forma parte del plan de mejora de la atención integral al paciente sometido al cateterismo cardiaco como uno de los puntos clave de mejora de seguridad del paciente. Consideramos imprescindible que el personal de enfermería que recibe nuestros pacientes tras el procedimiento sepa qué tipo de cuidados requiere cada acceso vascular, cuales son las complicaciones asociadas a él y qué hacer en caso de que estas aparezcan, porque solamente así conseguiremos una rápida y eficaz actuación que supondrá las menores consecuencias para la salud del paciente, salvándole ocasionalmente la vida.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

314

MEJORA DE CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA CATETERISMO CARDIACO EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. REALIZACION DE CURSO TEORICO-PRACTICO "HEMOSTASIA POSTCATETERISMO CARDIACO"

Debido a la alta rotación del personal de enfermería y debido al hecho de que los pacientes que ingresan para la realización de cateterismo ingresan en cualquier planta del hospital (aunque se procura que ingresen a la planta de Cardiología, la escases de las camas disponible condiciona su ingreso en otras unidades), la realización periódica de un curso teórico - práctico sobre la hemostasia tras el cateterismo cardiaco tendría impacto sobre tres aspectos principales:

- Sobre el paciente: Mejorará el manejo de nuestros pacientes, disminuirá las complicaciones asociadas, mejorará la seguridad tras el procedimiento.
- Sobre el personal de enfermería: Formación (obtener conocimientos relacionados con este procedimiento invasivo), acreditación (currículum), unificación de los criterios y mayor seguridad en las actuaciones.
- Sobre gestión: Disminuirá estancia hospitalaria y optimizará el gasto asociado a cada procedimiento / paciente.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

En nuestro centro existe una Vía Clínica de Cateterismo Cardiaco que pretende abarcar en 12 apartados todos los procesos relacionados con el cateterismo cardiaco, desglosando las acciones concretas a realizar dentro de cada uno de ellos. Dado que en momento de su elaboración la vía principal de acceso era la femoral, el apartado de las actuaciones de enfermería tras el cateterismo cardiaco va dirigido a esa vía de acceso. Por lo tanto, los pacientes a los que se les había realizado el cateterismo por acceso radial se salían de la vía clínica, produciendo cierta incertidumbre entre el personal de enfermería que recibía esos pacientes. Así, los pacientes con acceso radial no precisan de reposo en cama, el vendaje se puede retirar a las 2 horas del procedimiento diagnóstico, hasta podrían ser dados de alta el mismo día del procedimiento. Existía, por lo tanto, una necesidad real de transmitir esta nueva información de una forma organizada y estructurada. Pero, aún existiendo una vía clínica centrada en acceso femoral, cuando los pacientes ingresan a una planta de hospitalización diferente de la de Cardiología, a pesar de haberles cerrado el lugar de la punción femoral con algún dispositivo hemostático los pacientes permanecían en reposo más tiempo que el indicado en la vía clínica. En caso de producirse algún sangrado existía cierta inseguridad sobre la actuación a seguir, como comprimir, cuanto comprimir, cuando dejar de comprimir, como poner un vendaje compresivo, etc. La escasez de información podría provocar una demora en la atención de los pacientes cuando se producen complicaciones posprocedimiento. Por lo tanto, la "teoría" expresada en la vía clínica de cateterismo cardiaco necesitaba ampliarse y complementarse con una parte práctica, centrada en el manejo del acceso vascular y de sus posibles complicaciones.

Una de las características de nuestra Sección es que recibe pacientes procedentes de las áreas de hospitalización del HCU Lozano Blesa (Planta de Cardiología, Hospital de Semana, Unidades de Cuidados Intensivos y otras áreas de la hospitalización) así como procedentes de otros hospitales distintos a HCU Lozano Blesa, tanto de las unidades de cuidados intensivos, como de las plantas de hospitalización así como de la lista de espera (pacientes que ingresan desde su domicilio). Aquí nos referimos a los pacientes procedentes de Hospital San Jorge de Huesca, Hospital Obispo Polanco de Teruel, Hospital de Alcañiz, Hospital de Barbastro y otros. La mayoría de ellos son pacientes hospitalizados en dichos centros que se trasladan hasta nuestra unidad en ambulancias convencionales o UVIs móviles (según su situación clínica) y habitualmente retornan a sus zonas de origen en UVIs móviles.

Por lo tanto, el cuidado tras el procedimiento realizado se lleva a cabo por el personal de Enfermería de diferentes secciones (plantas de hospitalización, Uci's, 061, etc.) y de varios centros hospitalarios. En muchos casos se trata por parte del personal de Enfermería de un primer contacto con un paciente de estas características, sin saber exactamente qué hacer y en qué aspectos deberíamos prestar mayor atención.

Hasta la actualidad en nuestro centro el acceso vascular más utilizado era el arterial femoral. Sin embargo, a lo largo del último año se ha establecido el acceso arterial radial como otro de los accesos vasculares frecuentes en nuestra actividad diaria, llegando a suponer un 30% de todos los procedimientos. Además, en los últimos años han aparecido nuevos dispositivos de cierre arterial utilizados para el acceso femoral que disminuyen el riesgo de sangrados y mejoran el confort de los pacientes al disminuir el tiempo necesario de reposo post cateterismo.

Aunque los nuevos dispositivos y fármacos han mejorado los resultado de las intervenciones coronarias, las complicaciones relacionadas con el acceso vascular se mantienen como causa importante de morbilidad. Es crítico conseguir la hemostasia después de un procedimiento para asegurar el éxito del procedimiento y evitar sucesos adversos.

POSIBLES CAUSAS:

Hemos analizado los diferentes aspectos de forma desglosada, que exponemos a continuación:

1. Características de los pacientes:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

314

MEJORA DE CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA CATETERISMO CARDIACO EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. REALIZACION DE CURSO TEORICO-PRACTICO "HEMOSTASIA POSTCATETERISMO CARDIACO"

1.1 Según su destino tras el procedimiento:

- Destino: Áreas de hospitalización del HCU Lozano Blesa:
 - Planta de Cardiología
 - Hospital de Semana
 - Unidades de Cuidados Intensivos
 - Otras áreas de la hospitalización.

-Destino: Otros hospitales distintos a HCU Lozano Blesa: Los pacientes se derivan en UVI's móviles tanto a las unidades de cuidados intensivos, como a las plantas de hospitalización de los hospitales San Jorge de Huesca, Hospital Obispo Polanco de Teruel, Hospital de Alcañiz, Hospital de Barbastro y otros. Estas diferencias en el destino implican la necesidad de una excelente formación de un amplio abanico de personal de Enfermería sobre los cuidados y hemostasia postcateterismo cardiaco para conseguir una atención continuada a los pacientes y asegurar su seguridad.

1.2 Según la vía de acceso utilizada: Como hemos comentado previamente, hasta hace poco la vía de acceso más utilizada en nuestro medio ha sido la vía femoral, centrándose las actuaciones de mejora realizadas hasta ahora (vía clínica postcateterismo) en este tipo de accesos. Sin embargo, hasta en este tipo de acceso vascular ha habido innovaciones en los últimos años, incorporándose nuevos dispositivos de sellado arterial, que aunque costosos mejoran la comodidad de los pacientes al poder iniciarse la deambulación a los 4-6 horas tras el procedimiento.

El que en un paciente sellemos la punción de arteria femoral con un dispositivo hemostático y que ese mismo paciente no inicie la deambulación pronto supone un coste baldío, además del aumento de la incomodidad del paciente, prolongación de su recuperación y del tiempo de estancia hospitalaria. La concienciación del personal sobre la habitualidad de esta práctica es uno de los puntos que se discute en el curso. Por el otro lado, la utilización cada vez más frecuente de la vía radial implica la formación del personal sobre este tipo de acceso escasamente utilizado antes, hecho que se pretende obtener con el presente curso.

1.3 Según la patología y la situación clínica: Los pacientes derivados a cateterismo cardiaco son pacientes con diferentes cardiopatías, partiendo desde miocardiopatías, valvulopatías, cardiopatías congénitas, etc hasta los pacientes con diversas manifestaciones de cardiopatía isquémica. Los diferentes diagnósticos condicionan diferentes tratamientos, algunos de los cuales se asocian con mayor incidencia de complicaciones, entre ellas el sangrado postcateterismo. Así, los pacientes que lleven doble o triple antiagregación, tratamiento anticoagulante, pacientes a los cuales durante el procedimiento añadimos heparinas o antiIIb-IIIa son pacientes en los cuales hay que prestar especial atención y un óptimo cuidado de la zona de punción.

El identificar a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones vasculares y saber qué hacer en caso de aparecer alguna de dichas complicaciones también forma parte del curso.

FUENTES DE INFORMACION:

1. Van den Broek T, Liqui Lung PF, Suttorp MJ, Eefting FD, Schipper ME, Vink A. Arterial occlusion after repetitive angio-seal device closure. 2007; 41 (4): 346-7.
2. Siani A, Siani LM, Marcucci G, Mounayergi F, Baldassarre E. Regarding "Angio.Seal arterial puncture closing device removal: some technical details". J Vasc Surg. 2007;46(2):399-400.
3. Resnic FS, Arora N, Matheny M, Reynolds MR. A cost-minimization analysis of the angio-seal vascular closure device following percutaneous coronary intervention. Am J Cardiol 2007; 99 (6):766-70.
4. Ratnam LA, Raja J, Munneke G, Morgan RA, Belli AM. Prospective nonrandomized trial of manual compression and Angio-Seal and Starclose arterial closure devices in common femoral punctures. Cardiovasc Intervent Radiol. 2007; 30(2):182-8.
5. Chaturvedi P. Prospective nonrandomized trial of manual compression and Angio-seal and StarClose arterial closure devices in common femoral punctures. Cardiovasc Intervent Radiol 2007;30(4): 812.
6. Behan MW, Large JK, Patel NR, Lloyd GW, Sulke AN. A randomised controlled trial comparing the routine use of an Angio-Seal STS device strategy with conventional femoral haemostasis methods in a district general hospital. Int J Clin Pract. 2007; 61(3): 367-72.
7. Kim HY, Choo SW, Roh HG, Han H, Kim SS, Lee JY, Park YR, Lee SH, Shin SW, Park KB, Do YS, Cho SK. Efficacy of femoral vascular closure devices in patients treated with anticoagulant, abciximab or thrombolytics during percutaneous endovascular procedures. Korean J Radiol 2006;7(1): 35-40.
8. Derham C, Davies JF, Shahbazi R, Homer-Vanniasinkam S. Iatrogenic limb ischemia caused by angiography closure devices. Vasc Endovascular Surg 2006;40(6):

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

314

MEJORA DE CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA CATETERISMO CARDIACO EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. REALIZACION DE CURSO TEORICO-PRACTICO "HEMOSTASIA POSTCATETERISMO CARDIACO"

492-4.

9. Biancari F, Ylonen K, Mosorin M, Lepojarvi M, Juvonen T. Lower limb ischemic complications after the use of arterial puncture closure devices. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2006;32(5):504-5.
10. Legrand V, Doneux P, Martinez C, Gach O, Bellekens M. Femoral access management: comparison between two different vascular closure devices after percutaneous coronary intervention. Acta Cardiol. 2005;60(5): 482-8.
11. Desideri A, Tonello D, Coscarelli S, Alitto F, Daniotti A, Chioin R. Early mobilization after percutaneous catheterization and vascular closure with a novel device (Star-Close). Am J Cardiol. 2005;96(10):1408-9.
12. Yee, K. M.; Lazzam, C.; Richards, J.; Ross, J.; Seidelin, P. H. Same-day discharge after coronary stenting: a feasibility study using a hemostatic femoral puncture closure device. J Interv Cardiol. 2004;17(5): 315-20.
13. Vaitkus, P. T. : A meta-analysis of percutaneous vascular closure devices after diagnostic catheterization and percutaneous coronary intervention. J Invasive Cardiol. 2004;16(5): 243-6.
14. Thalhammer, C.; Aschwanden, M.; Jeanneret, C.; Labs, K. H.; Jager, K. A. Symptomatic vascular complications after vascular closure device use following diagnostic and interventional catheterisation. Vasa. 2004; 33(2): 78-81.
15. Nikolsky, E.; Mehran, R.; Halkin, A.; Aymong, E. D.; Mintz, G. S.; Lasic, Z.; Negoita, M.; Fahy, M.; Krieger, S.; Moussa, I.; Moses, J. W.; Stone, G. W.; Leon, M. B.; Pocock, S. J.; Dangas, G. Vascular complications associated with arteriotomy closure devices in patients undergoing percutaneous coronary procedures: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2004;44(6):1200-9.
16. Exaire, J. E.; Daurman, H. L.; Topol, E. J.; Blankenship, J. C.; Wolski, K.; Raymond, R. E.; Cohen, E. A.; Moliterno, D. J. Triple antiplatelet therapy does not increase femoral access bleeding with vascular closure devices. Am Heart J. 2004; 147(1):31-4

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mediante la realización de un curso teórico - práctico sobre hemostasia postcateterismo cardiaco se pretende mejorar la atención de los pacientes tras la realización de cateterismo cardiaco, aumentando los conocimientos y las habilidades prácticas del personal de Enfermería implicado en su cuidado.

Los resultados que se pretenden conseguir los citamos a continuación:

A.) Con cada curso se pretende conseguir que los alumnos al final del mismo:

1. Conozcan que es un cateterismo cardiaco: Cateterismo cardiaco derecho (Técnica, utilidad y accesos femoral y braquial). Cateterismo cardiaco izquierdo (Coronariografía, aortografía y ventriculografía. Técnica, utilidad y accesos femoral y radial).
2. Se familiaricen con los diferentes accesos vasculares: Anatomía (eje femoro-iliaco, eje braquial-radial, ejes venosos). Ventajas y desventajas de diferentes acceso (femoral vs radial para acceso arterial y femoral vs cefálica o basilica para acceso venoso). El porqué de la elección de diferentes abordajes.
3. Confirman la importancia de la preparación de los pacientes para esta prueba.
4. Conozcan las diferentes técnicas de hemostasia post-procedimiento femoral o radial:
 - Compresión (manual o con dispositivos). Ventajas y desventajas.
 - Sellados vasculares femorales (AngioSeal y StarClose). Ventajas y desventajas.
5. Conozcan el porqué de los cuidados post-procedimiento: Revisión de la zona de punción, control de la TA y FC, control de la diuresis, control del tratamiento a seguir, etc.
6. Como identificar las posibles complicaciones y que hacer en caso de:
 - sangrado femoral o radial
 - hematoma
 - hipotensión arterial
 - taquicardia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

314

1. TÍTULO

MEJORA DE CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA CATETERISMO CARDIACO EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. REALIZACION DE CURSO TEORICO-PRACTICO "HEMOSTASIA POSTCATETERISMO CARDIACO"

- dolor en la zona de la punción
- cianosis o ausencia de pulso periférico.

Los objetivos de la parte práctica del presente curso son:

- Ver en directo los cateterismos cardiacos desde la preparación del paciente hasta su salida de la sala de Hemodinámica hacia la planta / UCI.
- Familiarizarse con el material utilizado habitualmente en la sala de Hemodinámica para accesos vasculares femoral y radial (aguja de punción, guías, dilatadores, introductores, dispositivos de sellado, etc.)
- Formación práctica con los pacientes en directo de los diversos métodos de hemostasia que se hagan a los pacientes durante las 5 horas de práctica (comprimir, poner vendaje compresivo, etc).

B.) Tras la realización de los cursos previstos esperamos conseguir:

- Una mayor cumplimentación de la Vía Clínica de Cateterismo Cardíaco (con la consecuente mayor seguridad y comodidad del paciente),
- Una óptima actuación de enfermería ante una posible complicación (sea cual sea la unidad donde esté hospitalizado el paciente)
- Mayor satisfacción tanto del cliente interno como externo
- Mayor colaboración entre nuestra unidad y la enfermería de hospitalización: El conocernos durante el curso permitirá obtener cierto grado de confianza para plantearnos sus dudas y necesidades, muy importantes para un correcto funcionamiento y para un adecuado manejo del paciente candidato a cateterismo cardíaco

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Está prevista la realización de varias ediciones de curso "Hemostasia tras cateterismo cardíaco. Curso teórico - práctico" centrándonos inicialmente en el personal de enfermería de las zonas de hospitalización, principalmente Cardiología, Hospital de Semana y Unidades de Cuidados Intensivos (dado que la mayoría de nuestros pacientes ingresan allí). Los cursos se programarían cercanos a las fechas en las que está previsto turn-over del personal (época estival o navideña) de cara a poder formar al máximo número del personal nuevo. Está previsto un mínimo de dos ediciones anuales de 20 asistentes máximo.

A continuación se expone el programa del curso:

- 12.00-12.05 El "porqué" de este curso. 12.05-12.20 ¿Qué es un cateterismo cardíaco? 12.20-12.30 La importancia de la preparación del paciente previa al cateterismo.
- 12.30-12.50 Accesos vasculares para cateterismo cardíaco derecho e izquierdo.
- 12.50-13.10 Acceso femoral: técnicas de punción y de hemostasia. Parte teórica.
- 13.10-13.30 Acceso radial: técnicas de punción y de hemostasia. Parte teórica.
- 13.30-13.45: Cuidados postcateterismo.
- 13.45-14.00 Complicaciones vasculares. Identificación precoz, tratamiento inicial. 14.00-15.00 Pausa comida.

Parte práctica: (Ejemplo de grupo de tarde, igual disposición en horario de mañana)

- 15.00-19.30 Aplicación práctica. Casos clínicos en directo. Taller de técnicas de hemostasia femoral (compresión manual, dispositivos de sellado) y de hemostasia radial (compresión, triple vendaje, dispositivos de sellado).
- 19.30-19.45 Pausa café.
- 19.45-20.10 Ruegos y preguntas.
- 20.10-20.40 Evaluación.
- 20.40-20.00 Conclusiones finales y clausura

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES. EVALUACION Y SEGUIMIENTO

1. Realización de dos ediciones del curso en el presente año
2. Porcentaje de enfermeras que hagan el curso por unidad de hospitalización= N° de enfermería que hagan el curso procedentes de un área/N° total de enfermería de ese área

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 314

MEJORA DE CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA CATETERISMO CARDIACO EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. REALIZACION DE CURSO TEORICO-PRACTICO "HEMOSTASIA POSTCATETERISMO CARDIACO"

3. Porcentaje de asistencia al curso

4. Porcentaje de puntuación mayor de 80% en las notas finales del curso (Examen postcurso) (Nº aciertos/Nº total)*100).

5. MEJORA DE CONOCIMIENTOS INMEDIATA: Porcentaje de Mejora de los conocimientos tras el curso (Examen pre y post curso)= (Nº preguntas acertadas tras el curso-Nº preguntas acertadas antes del curso)/Nº total de preguntas (Se realizará un promedio en cada edición y un promedio global)

6. MANTENIMIENTO DE CONOCIMIENTOS A MEDIANO PLAZO: Porcentaje de puntuación mayor de 80% en el mismo examen pasados 4 meses tras el curso ((Nº aciertos/Nº total)*100)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACION Y CALENDARIO PREVISTOS

Está prevista la realización de una edición del curso en mayo del 2010 y otra en noviembre 2010

Marzo a Mayo 2010

- Gestión y organización del curso

Junio 2010

- Primera edición curso

Septiembre 2010

- Evaluación Mantenimiento a mediano plazo de la primera ed.

Noviembre 2010

- Segunda edición curso

Febrero 2011

- Evaluación Mantenimiento a mediano plazo de la segunda ed.

- Análisis, elaboración y difusión de los resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático (ordenador, ratón, CD's con el material del curso)	1.500 €
· Gastos de monitorización (impresión exámenes papel y tinta impresora)	150 €
· Difusión de los resultados (comunicaciones a congresos)	600 €
Total	2.250 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

244

CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LESIONES CRONICAS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARCO NAVARRO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA 11A
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ELENA CAMEO RICO-ENFERMERA-HCU-MIR
GEMA CASADO AGREDA ENFERMERA-HCU-MIR
ANA BELEN GIL-ENFERMERA-HCU-POOL
ALBA REVUELTAVALERO-ENFERMERA-HCU-MIR
ESTHER RUFAS CLAVERA-HCU-MIR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En muchas ocasiones las lesiones crónicas que presentan los pacientes no tienen el tratamiento más adecuado, con una gran variabilidad en el mismo, dando como resultado en bastantes casos una demora en el alta hospitalaria. Es por ello que este año queremos incluir en el proyecto no sólo las UPP sino todas aquellas lesiones crónicas que requieren un seguimiento continuado. El registro de las lesiones crónicas mediante un sistema informático y con controles fotográficos seriados facilita el trabajo en equipo del personal de enfermería de la planta y una valoración continuada más objetiva que simplemente con el registro clínico que muchas veces es escaso e inconcreto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se realizó un taller explicativo del proyecto así como del programa informático para el registro fotográfico. Un taller de prevención y tratamiento de las LPP. Está en funcionamiento el registro informático y fotográfico de las lesiones.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto esperamos un seguimiento más exhaustivo de las lesiones crónicas, la unificación de criterios y de tratamientos aplicados y disminuir la subjetividad en la valoración de dichas lesiones, para con todo ello contribuir a una resolución eficaz de las lesiones. También pretendemos una mayor implicación de todo el personal de la planta y demostrar los resultados de l trabajo basado en la evidencia de la enfermería muchas veces no reconocido.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La enfermera del equipo que se encuentre trabajando cuando se detecte en la planta una lesión crónica será la responsable de registrarla e informar y pedir permiso al paciente o familiar para el seguimiento fotográfico. El paciente y familiares podrán ver la evolución si así lo desean así como cualquier otro profesional al que se pida colaboración.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Existencia de un sistema informático de registro.
2. N° de lesiones detectadas.
3. Evolución favorable de las lesiones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Reunión del equipo para puesta en común y actualizaciones.(MARZO)
2. Realización de un corte para cotejar datos con el realizado en noviembre. (MAYO).
3. Taller de actualización en tratamientos de las lesiones crónicas.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 244

CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LESIONES CRONICAS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

278

IMPLEMENTACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS LPP REALIZADA POR LA SUBCOMISION DE ULCERAS DEL HCU

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARCO NAVARRO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PILAR ANDREU VILANOVA-DUE-HCU
ANA CRISTINA FERNÁNDEZ MUR-DUE-HCU
TERESA CUELLO ARAZO-DUE-HCU
GEMMA GIRÓN JORCANO -DUE-HCU
M^a FE GONZALEZ MIR-DUE A.PRIMARIA
CARMEN LAITA ZARCA-DUE-HCU
PILAR SÁNCHEZ MARTÍN-DUE-HCU

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una vez elaborada la GPC, ésta ha sido difundida por el hospital a través de la intranet clínica, pero aun son muchos los profesionales del hospital que desconocen su existencia y pocos los que la utilizan como herramienta para su trabajo diario. La falta de información, conocimientos y barreras jerárquicas entre profesionales hace que todavía se sigan tratamientos menos eficaces e incluso no adecuados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Con la implementación de la GPC pretendemos cambiar los hábitos y comportamientos de los profesionales en su práctica clínica y que sigan las recomendaciones de la GPC.

- Que sirva de consulta y de modelo, contribuyendo a trabajar en base a la evidencia.
- Mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población con el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Hay dos talleres previstos de prevención y tratamiento dirigidos a enfermeras y auxiliares del HCU.

Creación de posters.
Recordar la existencia de la GPC a los supervisores de las distintas unidades para que lo difundan entre su personal.
Presentarla en las unidades oportunas directamente al personal en pequeñas sesiones para su conocimiento y manejo.
Presentarla en la escuela de Enfermería.
Difundirla en la medida de lo posible en los congresos específicos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de talleres dados
N° de sesiones informativas e institucionales donde se ha presentado
Encuesta a los profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De marzo a mayo difusión por el HCU, escuela de enfermería ...

Talleres entre abril y mayo.
Septiembre posters.
Noviembre presentación en el congreso nacional de UPP y heridas crónicas

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 278

IMPLEMENTACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS LPP REALIZADA POR LA SUBCOMISION DE ULCERAS DEL HCU

· Posters (20)	600 €
· Asistencia Congreso	1.000 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 005

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (U.P.P.E.) Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA GENERAL DEL PACIENTE EN LA INTRANET

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS MARCO SANJUAN

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANTONIO LOBO SATUE-PSIQUIATRA-H.CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA-PSIQUIATRÍA
MARIA TERESA CORTINA LACAMBRA-PSIQUIATRA-H.CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA-PSIQUIATRÍA
ANA MARTÍNEZ CALVO-PSIQUIATRA-H.CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA-PSIQUIATRÍA
MARISA BELLIDO MARTÍNEZ-ENFERMERÍA-H.CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA-PSIQUIATRÍA
MARIA JESUS BALLESTÍN MIGUEL-TRABAJADORA SOCIAL-H.CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA-PSIQUIATRÍA
CARMEN DOMÍNGUEZ LOBERA-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-H.CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA-PSIQUIATRÍA
MARI CARMEN RODRIGO MARÍN-ADMINISTRATIVO-H.CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA-PSIQUIATRÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1.- Informatización de los informes clínicos de las intervenciones en Psiquiatría de Enlace.

2.- Crear el documento informático estándar adecuado con "campos" de los sectores a rellenar de la historia clínica. Esto se realizará en colaboración con el Servicio de Informática del Hospital Clínico Universitario.

3.- Solicitar y obtener los permisos de acceso para poder "colgar" nuestros informes en la Intranet de la Historia Clínica General de cada paciente.

4.- Incluir los informes clínicos en soporte informático en la Historia Clínica General "virtual" del paciente de manera que estén accesibles en la Intranet del hospital

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad los informes se hacen manualmente. Posteriormente se mecanografían por la administrativo a media jornada que tenemos en UPPE. Se corrigen por los doctores autores de los informes. Se imprimen en papel. Se incorporan a la historia clínica física del paciente

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Informatización de los informes clínicos de las intervenciones en Psiquiatría de Enlace.
Conseguir el 90% de los informes de todos los pacientes informatizados.

2.- Crear el documento informático estándar adecuado con "campos" de los sectores a rellenar de la historia clínica. Esto se realizará en colaboración con el Servicio de Informática del Hospital Clínico Universitario. Tener la plantilla completa en soporte informático el 1 de marzo de 2.010.

3.- Solicitar y obtener los permisos de acceso para poder "colgar" nuestros informes en la Intranet de la Historia Clínica General de cada paciente. El 70 % de los informes Clínicos en la intranet.

4.- Incluir los informes clínicos en soporte informático en la Historia Clínica General "virtual" del paciente de manera que estén accesibles en la Intranet del hospital. Incluir el 70% de los informes de la U.P.P.E. en la intranet del hospital incorporados a la Historia Clínica General informatizada del paciente. De esta forma puede ser accesible su información a los médicos que tengan la credencial de acceso.

5.- Aprender a acceder a la Historia Clínica General de cualquier paciente en la intranet. Saber buscar el informe de la UPPE de anterior ingreso o

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 005

INFORMATIZACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE (U.P.P.E.) Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA GENERAL DEL PACIENTE EN LA INTRANET

intervención Que el 90% de los facultativos de la UPPE aprendan el acceso al informe de la UPPE en la intranet.
Que el 90% de los facultativos MIR que roten por la UPPE sepan utilizarlo al concluir su rotación

6.- Informar a los facultativos del hospital (preferentemente a los psiquiatras y MIR de psiquiatría) y a los de los servicios de urgencia de la existencia en la intranet de este informe de la UPPE y de su forma de obtención. Que el 60% de los facultativos del Hospital Clínico sepan de la existencia del informe de la UPPE en la intranet y sepan acceder a él si lo precisan

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ya descrito en los dos puntos previos
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cumplir con los indicadores señalados
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario: 2009-2010

Primer Trimestre 2.010:

- 1.- Tener creado el documento estándar del informe de la UPPE en colaboración con el Servicio de Informática del Hospital.
- 2.- Tenerlo accesible en la red intra-hospitalaria.
- 3.- Formar al personal de la UPPE para acceder a él.
- 4.- Conservar el formato en papel de informes clínicos de la UPPE.

Segundo y tercer trimestre 2.010.

- 1.- Meter el 25% de los informes de la UPPE en el formato estándar informático creado.
- 2.- Colgar en la intranet la totalidad de los informes realizados en este periodo (el 25%) para que sea accesible por los profesionales acreditados a dicha información.
- 3.- Conservar el formato en papel de informes clínicos de la UPPE.

Cuarto trimestre 2.010.

- 1.- Meter el 50% de los informes de la UPPE en el formato estándar informático creado.
- 2.- Colgar en la intranet la totalidad de los informes realizados en este periodo (el 50%) para que sea accesible por los profesionales acreditados a dicha información.
- 3.- Informar al resto del hospital de la accesibilidad a dichos informes.
- 4.- Conservar el formato en papel de informes clínicos de la UPPE.

Primer semestre 2.011.

- 1.- Meter el 75% de los informes de la UPPE en el formato estándar informático creado.
- 2.- Colgar en la intranet la totalidad de los informes realizados en este periodo (el 75%) para que sea accesible por los profesionales acreditados a dicha información.
- 3.- Mantener la línea de información a todos los profesionales del Centro que tengan derecho a acceder a dicha información para mejor atención al paciente.
- 4.- Conservar el formato en papel de informes clínicos de la UPPE.

Segundo semestre 2.011.

- 1.- Meter el 100% de los informes de la UPPE en el formato estándar informático creado.
- 2.- Colgar en la intranet la totalidad de los informes realizados en este periodo (el 100%) para que sea accesible por los profesionales acreditados a dicha información.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

532

CONTINUACION DEL PROYECTO “MEJORA DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN EL SECTOR ZARAGOZA III”

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARTIN BURRIEL
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE VALORACION
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ-FISIOTERAPEUTA-HCU LOZANO BLESA
ANA JESÚS REGLA RAUFAS-FISIOTERAPEUTA-HCU LOZANO BLESA
AURORA ROBLES SIMÓN-ENFERMERA-HACU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura proximal del fémur o fractura de cadera es la causa más común de ingreso en el servicio de Traumatología del HCU Lozano Blesa, constituyendo el 40% del total de ingresos anuales. La fractura de cadera es la lesión discapacitante más común en ancianos. De los paciente valorados por la Enfermera de Valoración en el último año, el 70% presentaban dependencia entre grave y total al alta, siendo la pérdida de movilidad uno de los principales problemas. Una de las complicaciones que pueden presentarse en el posoperatorio de la prótesis de cadera es la luxación de la misma. Una adecuada movilización, tanto por parte de los profesionales que trabajan con estos pacientes, como por parte de sus cuidadores domiciliarios, pueden prevenir complicaciones en estos pacientes. Estas son las razones por lo que se considera necesario que, tanto los profesionales que atienden a los pacientes ingresados por fractura de cadera como los cuidadores de los mismos, reciban una formación e información adecuada para movilizar a los pacientes intervenidos de esta fractura

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Se diseñó un plan de cuidados para el paciente con fractura de cadera.
2. Realización del Informe de continuidad de cuidados coordinado con la unidad de valoración y la enfermera de enlace.
 3. Se formó un equipo de mejora multidisciplinar.
 4. Se realizó una búsqueda bibliográfica
 5. Se diseñaron talleres educativos para profesionales con el siguiente contenido:
 - Epidemiología de la fractura de cadera, trascendencia y magnitud del problema.
 - Etiología de la fractura de cadera.
 - Tipos de fracturas. Tratamiento médico y quirúrgico.
 - Cuidados de enfermería.
 - Movilización pre y postquirúrgica.
6. Se solicitó y se consiguió la acreditación del taller

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la información proporcionada al alta a los pacientes y cuidadores de pacientes con fractura de cadera ingresados en el servicio de traumatología del HCU Lozano Blesa.

- Mejorar la formación de los profesionales que trabajan atendiendo a pacientes con fractura de cadera ingresados en el en el servicio de traumatología HCU Lozano Blesa

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Búsqueda bibliográfica.
2. Diseño e impresión de un folleto informativo para pacientes intervenidos de fractura de cadera y sus cuidadores.
 3. Diseño de hojas de información a paciente para la Intranet del hospital sobre cuidados en la fractura de cadera

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 532

CONTINUACION DEL PROYECTO "MEJORA DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN EL SECTOR ZARAGOZA III"

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de paciente intervenidos de fractura de cadera a los que se proporciona información sobre cuidados al alta/nº de paciente intervenidos de cadera x100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Diseño del folleto informativo y de hojas de información a pacientes: Febrero 2009.
 2. Aprobación por parte de la Comisión de Calidad de Traumatología del HCU Lozano Blesa: Marzo 2009.
 3. Aprobación por parte de la Comisión de Dirección y la de Calidad del HCU Lozano Blesa: Abril 2009.
 4. Impresión del folleto: Abril-Mayo 2009

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición de folletos	700 €
· Impresora HP Laser Jet	300 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 098

PREVENIR ERRORES DE MEDICACION, ESTABLECIENDO MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE C. VASCULAR DEL H.C.U.

2. RESPONSABLE JOSEFINA MILIAN OMEDAS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. A. Y C. VASCULAR
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANA MONCHE PALACÍN-ENFERMERA-HCU LOZANO Blesa-A,Y C. VASCULAR
M.PILAR ANDREU VILLANUEVA-ENFERMERA-HCU LOZANO Blesa-A,Y C. VASCULAR
M.ANGELES SANCHEZ VAZQUEZ-ENFERMERA-HCU LOZANO Blesa-A,Y C. VASCULAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Prevenir errores de medicación, estableciendo medidas de control y seguridad en la Unidad de enfermería de C. Vascular del H.C.U.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir los errores de medicación. Para ello se establecerá un sistema de "la buena práctica en la transcripción, preparación, administración/dispensación y registro de la medicación" prescrita a los pacientes de la Unidad de Enfermería de Cirugía Vascular del HCU Lozano Blesa (Zaragoza), para poder alcanzar el Estándar de Calidad que establece la HCFA (Health Care Financing Administration), como límite admisible para hospitales de larga estancia. Este límite se cifra en un máximo de 5% de errores

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Creación del grupo de trabajo.

2.Difusión e información a todo el personal implicado en las acciones que deben realizarse para conseguir nuestro objetivo.

3.Revisar en cada turno el último tratamiento médico y contrastarlo con lo escrito en la hoja de "Administración de tratamiento de Enfermería".

4.En cada turno, se registrará el tratamiento en la "agenda del paciente" indicando: nombre completo y presentación del fármaco, dosis, hora y vía de admón.

5.Elaborar etiquetas de admón. de tratamiento con los siguientes datos: nombre y apellidos del paciente, nº de habitación y cama, historia clínica, pauta en horas [y/o en desayuno (De), comida (Co), merienda (Me) y cena (Ce)].

6.Colocar etiquetas en dispensadores de medicación.

7.Preparar medicación e introducirla en los dispensadores.

8.Marcas en "agenda de cuidados del paciente" como cargada

9.Administrar medicación y marcar simultáneamente la admón. en la agenda.

10.Firmar la medicación en la hoja de "Administración de tratamiento de Enfermería".

11.Medición de indicadores (Cortes de control y seguimiento por parte del grupo de mejora).

12.Evaluaciones cada 3 meses y en diciembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 098

1. TÍTULO

PREVENIR ERRORES DE MEDICACION, ESTABLECIENDO MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE C. VASCULAR DEL H.C.U.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

De Resultados:

$$\frac{\text{Nº de errores medicamentosos manifiestos en la unidad de c. vascular}}{\text{Nº total de pacientes}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes a los que se les ha administrado una medicación errónea}}{\text{Nº total de pacientes}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes a los que se les ha dispensado una medicación errónea}}{\text{Nº total de pacientes}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de preparaciones farmacológicas erróneas}}{\text{Nº total de pacientes}} \times 100$$

De Procesos:

$$\frac{\text{Nº de hojas de admón. de tratamiento con medicación firmada por turno}}{\text{Nº total de pacientes}} \times 100$$

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración del proyecto queda establecida desde el 22 de Marzo de 2010 a 21 de Diciembre de 2010.

ACTIVIDAD 1: Creación del grupo de trabajo de trabajo de la unidad (personal de enfermería) para colaborar en el proyecto de mejora.

ACTIVIDAD 2: Difusión e información a todo el personal implicado de la Unidad, sobre la puesta en marcha de la medida de mejora y recogida de recomendaciones.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 098

PREVENIR ERRORES DE MEDICACION, ESTABLECIENDO MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DE C. VASCULAR DEL H.C.U.

ACTIVIDAD 3: Aprobación del proyecto.

ACTIVIDAD 4: Solicitud de materiales necesarios (contenedores especiales y etiquetas identificativos de la medicación del paciente).

ACTIVIDAD 5: Puesta en marcha de las medidas de mejora.

ACTIVIDAD 6: Realizar los "cortes de control" en turno de mañana y tarde.

ACTIVIDAD 7: Evaluación: día 10 Junio. Evaluación y medidas correctoras si procede y aprobación e inclusión del proyecto de mejora en la Unidad

ACTIVIDAD 8: Evaluación de los resultados obtenidos en los Cortes de control y seguimiento.

ACTIVIDAD 9: Evaluación anual y reunión del Grupo de calidad el día 18 de Diciembre 2010. Revaloración del proyecto.

ACTIVIDAD 10: Presentación de los resultados de mejora obtenidos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 36 contenedores de medicación (*)	250 €
· Etiquetas autoadhesivas para 1 año	100 €
· Impresora color	150 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. (*) 36 contenedores de medicación con capacidad para la medicación por turno de cada paciente.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 229

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA EN UNA CONSULTA UROLOGICA ESPECIFICA DE CONTROL DE CISTECTOMIAS

2. RESPONSABLE CARLOS MURILLO PEREZ
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENJAMÍN BLASCO BELTRÁN-URÓLOGO-HCU "LOZANO BLESA"
JORGE VALLE GERHOLD-URÓLOGO-HCU "LOZANO BLESA"
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ ZALABARDO-URÓLOGO-HCU "LOZANO BLESA"
JOSÉ ANTONIO PÉREZ ARBEJ-URÓLOGO-HCU "LOZANO BLESA"

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La consulta de Cistectomías es una consulta característica y muy específica de una patología urológica de gran relevancia y que precisa de unos estrechos y rígidos controles, tanto en lo referente a la selección de pacientes susceptibles de beneficiarse de dicha intervención como a los pacientes ya intervenidos de cuyo resultado y efectiva evolución depende de unos exhaustivos controles post-quirúrgicos. Por otra parte, en los pacientes cistectomizados existe una gran variabilidad en lo referente a derivación urinaria (ureterostomía cutánea, Bricker, vejiga ortotópica, etc), que precisan cada uno de ellos de unas atenciones post-quirúrgicas distintas. Todo ello obliga a mantener un control preciso de situaciones, en realidad muy distintas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante la implantación de una Historia Clínica informatizada se espera simplificar la labor asistencial por la rápida estandarización de los grupos de pacientes, el inmediato conocimiento de la técnica empleada con las peculiaridades propias de cada caso y la aplicación de los protocolos propios para cada grupo de pacientes de una manera automática , rápida y segura.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño de una Historia Clínica Informatizada mediante el uso de FileMaker Pro V7. Todos los pacientes serán registrados ya desde el momento del diagnóstico con la introducción de los datos diferenciales, asignándose técnica propuesta e intervalo de tiempo recomendado para la práctica de dicha intervención.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para evaluar el buen desarrollo del proyecto se utilizará:
- 100% de pacientes cistectomizados tengan registro abierto en dicha consulta, previo a cirugía.
- Asignación de un código a cada paciente, representativo de su grupo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio 1/3/2010.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

287

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION OBSTETRICA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA HOSPITAL LOZANO BLESA ZARAGOZA

2. RESPONSABLE DANIEL OROS ESPINOSA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MANUEL ROMERO CARDIEL-MED.ADJUNTO OBST-GIN HCU LOZANO BLESA
PEDRO GONZALEZ RAMOS-MED.ADJUNTO OBST-GIN HCU LOZANO BLESA
PURIFICACIÓN MATEO ALCALÁ-MED.ADJUNTO OBST-GIN HCU LOZANO BLESA
ANA CRISTINA LOU MERCADÉ-MED.ADJUNTO OBST-GIN HCU LOZANO BLESA
ANA EZQUERRA GIMÉNEZ-MED.ADJUNTO OBST-GIN HCU LOZANO BLESA
DANIEL ORÓS LÓPEZ-MED.ADJUNTO OBST-GIN HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El control más dinámico y resolutivo de la patología Obstétrica permitirá disminuir la estancia hospitalaria innecesaria, mejorar la calidad de vida de las pacientes y su familia, y controlar mejor la evolución y resolución de dicha patología, utilizando los mejores medios que se disponen a nivel ingreso hospitalario- sin tener que sobrecargar a otras unidades ni depender de la sobrecargada lista de citas ambulatorias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de asistencia sin requerir ingresos
Disminuir el nº de ingresos y de estancias de cada uno.
Descongestionar la Agenda General de citas consulta.
Homogeneizar el manejo y protocolos terapéuticos
Control de patologías que no requieren ingreso, actualmente de difícil resolución operativa
Utilizar los medios hospitalarios de forma más dinámica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ubicación en 4ª planta de Consulta Alta Resolución (accesible a hospitalización y los medios que se disponen: ecógrafo, cardiotocógrafos, acceso informatizado)
Facilidad de comunicación con sala hospitalización y paritorios y quirófanos- en algunos casos graves)
Citación ágil, personalizada de las pacientes, pero integrada en citación general hospital.
Utilización de la Historia Clínica Electrónica del Servicio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Control semestral de estancias por patologías
- Control anual- encuesta realizada a las usuarias sobre la atención y la comodidad en el seguimiento y resolución de su patología
- Resultado anual perinatólogico (Revisión Datos Obstétricos que se elaboran todos los años)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio, en cuanto se disponga del lugar para dicha consulta y el Organigrama del Servicio de Obstetricia asigne dichos miembros antes citados a participar activamente en dicho proyecto. Si es posible: meses de Abril-Mayo de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. De momento, y hasta su consolidación, la idea es de utilizar los medios humanos y materiales que dispone el hospital, adaptándonos a la crisis actual de recursos, sin renunciar para años próximos a solicitar los recursos que creamos necesarios para su continuidad y mejora

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO PRECOZ

2. RESPONSABLE DANIEL OROS LOPEZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JOSÉ VICENTE GONZÁLEZ NAVARRO-GINECÓLOGO-HCUZ
MANUEL ANGEL ROMERO CARDIEL-GINECÓLOGO-HCUZ
DANIELORÓS ESPINOSA-GINECÓLOGO-HCUZ
ANA CRISTINA LOU MERCADÉ-GINECÓLOGO-HCUZ
PURIFICACIÓN MATEO ALCALÁ-GINECÓLOGO-HCUZ
ANA EZQUERRA GIMENEZ-GINECÓLOGO-HCUZ
PILAR PÉREZ HIRALDO-GINECÓLOGO-HCUZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se considera como aborto la pérdida de la gestación por debajo de 500 gr ó 22 semanas de gestación. Por su frecuencia, etiología y manejo clínico se deben considerar 2 entidades clínicas diferentes:
- o Aborto precoz: por debajo de la 12 semana de gestación.
 - o Aborto tardío: entre la 13 y la 22 semanas de gestación.

El aumento de la demanda obstétrica que venimos observando en los últimos años, ha supuesto no sólo el incremento del número de partos, sino lógicamente, también el diagnóstico de un mayor número de abortos. Durante 2009 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología se ingresaron 374 pacientes con el diagnóstico de aborto, lo que supone una media de 1,024 abortos por día. Los ingresos por aborto suponen el 48,5% de los ingresos obstétricos por patología durante la gestación, (excluyendo los ingresos de partos.

Aunque de forma tradicional el abordaje quirúrgico del aborto precoz ha sido el tratamiento generalizado, en los últimos años se han desarrollado nuevos protocolos que incorporan la posibilidad de ofertar a las pacientes el manejo médico cuando se cumplen unas condiciones adecuadas

Los objetivos planteados son:

- 1) Resolución del problema de la manera más temprana posible
- 2) Disminuir la estancia media hospitalaria
- 3) Incrementar la capacidad de decisión de las pacientes ampliando la oferta de terapias posibles
- 4) Mejorar la satisfacción de las pacientes en relación con la asistencia al aborto espontáneo precoz

Acciones a desarrollar, que no requerirían ningún tipo de incremento de medios materiales y humanos adicionales.

- 1) Realización de los legrados por la mañana y planteamiento de alta hospitalaria el mismo día por la tarde
- 2) Desarrollo de la oferta a las pacientes del manejo médico del aborto precoz espontáneo.

En relación al tratamiento médico del aborto precoz, hasta Noviembre de 2009 no hemos podido disponer en el HCUZ de la Mifepristona. Las expectativas de aceptación por parte de las pacientes según un sondeo interno realizado, y la disponibilidad actual de todos los recursos necesarios nos motivan a insistir en la implantación del protocolo durante 2010

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Porcentaje de pacientes con ingreso hospitalario y alta el mismo día por aborto espontáneo precoz: 2008: 14,7% vs 2009: 26,1% (p=0,002). Diferencia de los porcentajes: 11,4% (95%CI 5,4%-17,4%)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO PRECOZ

El objetivo planteado era alcanzar que un 40% de pacientes que se ingresan para realizar un legrado por aborto precoz fueran dadas de alta el mismo día del ingreso. A pesar de que hemos conseguido incrementar hasta el 26%, debemos seguir insistiendo en la ejecución del protocolo durante 2010

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Alcanzar el 40% de pacientes que se ingresan para realizar un legrado por aborto precoz sean dadas de alta el mismo día del ingreso

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Tratamiento quirúrgico

1.1. Indicaciones

Indicaciones absolutas para el tratamiento quirúrgico:

1. Hemorragia excesiva
2. Inestabilidad hemodinámica
3. Evidencia o sospecha de restos intrauterinos infectados
4. Sospecha de enfermedad trofoblástica

1.2. Procedimiento

Protocolo de actuación para la realización del legrado:

1. Tras el diagnóstico de aborto si las circunstancias clínicas y/o sociales lo permiten, citar a la paciente a las 8:30 de la mañana en las 24-48 horas siguientes, en la 4ª planta del Hospital Clínico.
2. Ingresar a la paciente, comprobar los análisis preoperatorios y consentimiento informado. Administración de 2 comprimidos de Cytotec® a la paciente vía vaginal.
3. Realizar el legrado a la largo de la mañana.
4. Si no existe contraindicación proceder al alta de la paciente durante esa misma tarde.

2) Tratamiento médico

2.1. Indicaciones

- 1) Saco gestacional de menos de 24mm de diámetro.
- 2) Ausencia de indicación absoluta de legrado y aceptación por parte de la paciente.

Posología
Posología recomendada según los datos publicados para obtener una eficacia del 80-90% con la menor tasa posible de efectos secundarios:
Aborto diferido: Mifepristona 200mg (oral) + Administración 48 horas después Misoprostol 200mg/8h x 3 dosis (vaginal / oral)

Aborto incompleto: Misoprostol 200mg/8h x 3 dosis (vaginal / oral)

Control

Si se opta por el tratamiento médico se debe:

1. Informar a la paciente que debe acudir a urgencias en caso de signos de alarma
2. Citar para en consulta en 15 días para control clínico y ecográfico de la expulsión total de los restos abortivos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Estancia media de ingreso hospitalario por aborto espontáneo precoz
2- Tasa de tratamientos médicos realizados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO PRECOZ

3- Encuesta de satisfacción de las pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mazo -Septiembre 2010: Inicio de la aplicación del protocolo
Octubre 2009: Análisis interino de los resultados.
Diagnóstico y solución de problemas del procedimiento
Octubre - Diciembre 2009: 2º fase de desarrollo del protocolo
Enero 2011: Análisis definitivo de los resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Encuesta de satisfacción de las pacientes	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

230

PROGRAMA DE REDUCCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD DEL FAMILIAR DEL PACIENTE PROGRAMADO PARA INTERVENIR QUIRURGICAMENTE POR CANCER, RELACIONADO CON LA INFORMACION APORTADA POR ENFERMERIA AL INGRESO

2. RESPONSABLE BEATRIZ PASAMAR MILLAN

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANA BELÉN SANZ ABOS- D.U.E.- HCU. LOZANO BLESIA- CIRUGÍA B
ANA VICTORIA SANZ PLUMED-D.U.E.- HCU LOZANO BLESIA- CIRUGÍA B
BEATRIZ SANZ ABOS- PSICÓLOGA. D.U.E .HOSPITAL GENERAL DEFENSA ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Como enfermeras de cirugía observamos a diario como tanto pacientes como familiares sienten cierto miedo, angustia e impotencia ante lo desconocido, o cierta ansiedad ante una amenaza inminente como es la intervención quirúrgica. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo de cirugía. Proporcionar información adecuada y comprensible al paciente y a sus familiares por nuestra parte es fundamental para reducir el nivel de ansiedad de los mismos antes, durante y tras la intervención quirúrgica. Esto tendrá una repercusión importante tanto a nivel de su salud emocional, como en el desempeño de nuestras labores de enfermería, ya que se encontrarán más tranquilos si conocen cómo se van a desencadenar la secuencia de actividades previas a la cirugía, del propio acto quirúrgico y de su situación tras la intervención, y ello a su vez hará que no interfieran sobre nuestro trabajo diario mientras nos dedicamos al cuidado de otros pacientes. Actualmente carecemos de una valoración de datos objetivos sobre la satisfacción del paciente y familiares de la calidad de la información recibida por los mismos. Los familiares necesitan ser instruidos para afrontar los posibles problemas que puedan surgir y avisar al personal de Enfermería. Por ello, sería muy recomendable elaborar por parte del personal de Enfermería unos planes estandarizados para estas situaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estudio pendiente de aprobación y puesta en marcha.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la satisfacción de los familiares del paciente quirúrgico en relación con la calidad y cantidad de la información proporcionada por Enfermería. Disminuir el estado de Ansiedad de los familiares ante el proceso quirúrgico gracias a la información de los cuidados de enfermería.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Valoración previa del nivel de ansiedad y seguridad en los familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer mediante Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Realizar encuesta adaptada a nuestro proyecto, para informar a los familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer para mejorar su educación sobre el proceso quirúrgico. Repartir la encuesta a los familiares del paciente programado, en el momento de la intervención quirúrgica del paciente. Valoración posterior del nivel de ansiedad y seguridad en los familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer mediante Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Elaborar un plan de cuidados estandarizados según un Diagnóstico de enfermería de Ansiedad relacionado con intervención quirúrgica de cáncer de un familiar manifestado por síntomas somáticos y psicológicos. (Dxe NANDA) Control de constantes vitales antes y después de la intervención (TA, Fc, Sat O2) a los familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer. El equipo que realiza este trabajo se reunirá periódicamente para el seguimiento y control de los objetivos planteados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 230

PROGRAMA DE REDUCCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD DEL FAMILIAR DEL PACIENTE PROGRAMADO PARA INTERVENIR QUIRURGICAMENTE POR CANCER, RELACIONADO CON LA INFORMACION APORTADA POR ENFERMERIA AL INGRESO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Recoger las encuestas.
Analizar resultados con estadística descriptiva.
Elaborar planes de cuidados de enfermería estandarizados para mejorar la educación para la salud de los familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer y mejora de la calidad de la asistencia de cuidados de enfermería.
Muestra de estudio: familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer en 2ª planta cirugía B del HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de entrega de encuestas: marzo 2010.
Fin de plazo recogida de datos: octubre 2010
Análisis de resultados y su presentación: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Encuestas	200 €
· Pendrive 16 GB (4 unidades)	100 €
· Pulsioxímetros de dedo (3 unidades)	550 €
· Tensiómetros de brazo (3 unidades)	250 €
· Ordenador portatil	600 €
Total	1.700 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

136

CONSULTA UROLOGICA NO-PRESENCIAL (ALTA RESOLUCION E INTERACTIVA)

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO PEREZ ARBEJ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BENJAMÍN BLASCO BELTRÁN.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - ÁNGEL ELIZALDE BENITO.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - MANUEL MARTÍN MONTAÑÉS.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - CARLOS MURILLO PÉREZ.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - MANUEL RAMÍREZ FABIÁN.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - JOAQUÍN TABERNER LLOP.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - ALEJANDRO TIMÓN GARCÍA.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - MANUEL SÁNCHEZ ZALABARDO.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA
 - JORGE VALLE GERHOLD.- URÓLOGO.- H.C.U. LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Urología ha desarrollado en los 3 últimos años un Proyecto de Calidad consistente en Sesiones Docentes en Centros de Salud para los Médicos de Atención Primaria. Estas sesiones han sido muy satisfactorias pero ha sido muy costosa la coordinación para llevarlas a cabo. Una vez realizadas ha sido casi una constante la solicitud por parte de los M.A.P. de un sistema de consulta o de rápida puesta en contacto con algún urólogo para comentar un problema o caso concreto. Al mismo tiempo son frecuentes las consultas de pacientes de "mínima relevancia", como son primera revisión tras determinadas cirugías, resultados de algunas exploraciones (cultivos post-tratamiento, anatomía patológica en cirugía de la H.B.P., etc.), que quizás pudieran resolverse a través del M.A.P. de manera on-line. Por otro lado desde hace 3 años disponemos de una Consulta de Alta Resolución (con ecógrafo y cistoscopia) en el Ambulatorio Inocencio Jiménez con un excelente funcionamiento y resultados, que nos permite resolver mas del 60% de los casos en la primera visita. Esta consulta es atendida desde sus comienzos por 10 urólogos del Servicio, manejando todos ellos las diversas posibilidades de la consulta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo de crear una Consulta NO presencial no es otro que disminuir el número de consultas presenciales, tanto de primer día como revisiones y resultados, y reducir la demora global, evitando desplazamientos a los pacientes, ganando, además, en inmediatez. Hemos pensado que si pudiésemos establecer un contacto permanente con los M.A.P. por medio de e-mail podríamos responder a algunas de las consultas que surgen en los Centros de Salud. De esta forma es posible, de forma rápida y segura, solucionar las dudas de los M.A.P. del Sector III, incluso adelantando diagnósticos y tratamientos a los pacientes, ya que el urólogo accedería por Intranet a la historia del paciente y valorar pruebas diagnósticas, remitir al M.A.P. algunos resultados de biopsias, etc. y recomendar posibles tratamientos, evitando, en muchos casos, citaciones en consultas y desplazamientos de los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para implantar esta actividad serían necesarios los siguientes pasos:

- Disponer de una dirección de correo electrónico de gran capacidad para este proyecto, ya que tanto los mensajes recibidos como los emitidos no serían borrados, quedando a modo de registro de la labor realizada.
- Distribuir esta dirección de correo a TODOS los M.A.P. del Sector III.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

136

CONSULTA UROLOGICA NO-PRESENCIAL (ALTA RESOLUCION E INTERACTIVA)

-Dar difusión entre los M.A.P. de la naturaleza de la consulta, con un documento que se elaborará y se distribuirá a los C.S.
-Disminuir en un paciente la Consulta de Alta Resolución del Ambulatorio Inocencio Jiménez, suprimiendo el primer paciente citado (uno cada día, todos los días de la semana). Caso de que el Proyecto tuviera mas éxito del esperado y el numero de e-mails a contestar fuese demasiado para resolverlo en el tiempo adjudicado, podría preverse reducir más el número de pacientes presenciales.
-El urólogo encargado ese día de la C.A. Resolución presencial se encargará también de la no-presencial (que le ocupará al menos los primeros 30-40 minutos de consulta).

Esta actividad consistirá en:

- Revisar los e-mails remitidos por los M.A.P.
- Buscar los datos necesarios en la Intranet (análisis, informes, Rx, A.Pat.) para poder responder al M.A.P.
- Enviar un e-mail con la respuesta, que puede ser incluso el inicio de un tratamiento que el M.A.P. prescribirá, comunicar al paciente un resultado y darle de alta de urología, etc. Este e-mail deberá conservarse permanentemente.
- Si el sistema informático lo permitiera sería ideal que el urólogo que está en esa consulta de A.R. recibiera una "aviso" en la pantalla del ordenador de un nuevo e-mail, lo que podría llegar a permitir casi un chat en tiempo real con los M.A.P.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para evaluar y realizar el seguimiento de este proyecto sería necesario:

-Contabilizar los e-mails recibidos.
-Contabilizar los e-mails contestados, que se equipararían a una consulta presencial de un paciente.
-El indicador será la demora media de consultas, tanto en primeras visitas como en resultados y revisiones. Al no existir ninguna experiencia previa no es posible, el primer año, plantear un estándar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Si el Proyecto fuese admitido los primeros pasos deberían ser:

-Conseguir la dirección de e-mail, para lo cual será necesaria la colaboración del Servicio de Informática.
-Establecer el sistema de contaje de los e-mails (mensual, trimestral, etc.).
-Con Citaciones para modificar la agenda de la UROJAR.
-Con los M.A.P., a través de Dirección de Atención Primaria para difundir el proyecto.

No podemos determinar, pues, en el momento actual, cual será el calendario exacto, ya que al ser un Proyecto Experimental no conocemos como evolucionará y los necesarios ajustes para su desarrollo.

Sin embargo, dada la simplicidad del planteamiento, creemos que podríamos empezar de forma inmediata.

La fecha de finalización como Proyecto de Mejora será la que marque el SALUD pero si el sistema funciona sería para mantenerlo de forma permanente

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Aunque las bases de la convocatoria limitan a 7 el número de colaboradores, en este proyecto es imprescindible que los 10 urólogos que pasan la consulta de Alta Resolución Presencial sean por lógica los encargados de la NO presencial.

Por esta razón hemos incluido en el proyecto, en orden alfabético del primer apellido, a todos y cada uno de estos 10 urólogos (9 colaboradores y el coordinador) y solicitamos que se tenga en cuenta esta necesidad a la hora de valorar el proyecto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

024

PROYECTO DE MEJORA EN INSUFICIENCIA CARDIACA. MEJORAR LA CARACTERIZACION DEL SINDROME PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO PEREZ CALVO

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BEATRIZ AMORES ARRIAGA-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA
FERNANDO J RUIZ LAIGLESIA-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia cardiaca (IC) es la primera causa de ingreso y alta en los servicios de MI en España. Su morbilidad (reingresos y estancias en UCI), mortalidad (próxima al 20% anual) y consumo de recursos financieros (se estima en el 3% del sector) justifican cualquier acción que pueda encaminarse a reducir estas cifras.

La mitad de los pacientes ingresados padecen una disfunción sistólica para los cuales las guías de práctica clínica (GPC), ofrecen unas pautas de tratamiento claras y estructuradas. Sin embargo el grado de adaptación del tratamiento real, al propuesto en las guías es muy pequeño. Tan solo dos grupos farmacológicos han demostrado reducción en la mortalidad (IECAs y ARA 2 y Beta-bloqueantes) y sin embargo, el porcentaje de pacientes betabloqueados en nuestro medio oscila entre el 5% en pacientes ambulatorios y el 40% en unidades sensibilizadas, como la nuestra.

Para la otra mitad de los pacientes, aquellos que muestran una fracción de eyección (FE) preservada, la situación es todavía peor. No existen GPC con instrucciones claras al respecto, por lo que el tratamiento debe adaptarse a cada caso particular, con recomendaciones precisas para evitar las causas de descompensación más frecuentes en cada paciente.

Uno de los factores limitantes para una correcta caracterización del síndrome que conduzca a un tratamiento más ajustado es la dificultad para acceder a un estudio ecocardiográfico elemental en un plazo razonable. En dependencia del medio asistencial (Atención primaria, Medicina Interna, Cardiología) los porcentajes de utilización de este recurso oscilan desde el 5%, al 50-60% o 90% respectivamente.

Probablemente, además, son los pacientes más ancianos, comorbidos y frágiles los que se excluyen, "a priori" y sin una clara justificación, de la realización de pruebas, por considerarse de peor pronóstico. Esta actitud nihilista conlleva en este grupo de pacientes, mayores tasas de morbimortalidad.

Creemos que la disponibilidad del recurso y la agilización de su realización tendría un impacto positivo en la morbimortalidad de estos pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Caracterización más precisa de la IC en cuanto al grado de preservación de la FE
2) Mejoría en la personalización del tratamiento a los pacientes, especialmente ancianos y comorbidos.
3) Reducción de los reingresos y la mortalidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización del estudio ecocardiográfico en la cabecera del paciente.

- Ámbito de aplicación: pacientes ingresados en la sección de MIRH (planta 11a) por descompensación de su IC.

- El responsable de su realización sería el Dr JI Pérez Calvo quien ha recibido un entrenamiento previo en ecocardiografía en la sección correspondiente del hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Porcentaje de pacientes ingresados por un episodio de descompensación de su IC, con caracterización de la fracción de eyección, mediante ecocardiografía portátil, al alta.

2) Numero de reingresos en un año de la cohorte de pacientes caracterizada, comparada con otra de similares características en los que no se ha realizado dicho procedimiento

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 024

PROYECTO DE MEJORA EN INSUFICIENCIA CARDIACA. MEJORAR LA CARACTERIZACION DEL SINDROME PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración prevista: 18 meses

Cronograma:

- 1) Abril de 2010 a abril de 2011: caracterización de la FE en los pacientes ingresados en MIRH
- 2) Abril 2011 a septiembre de 2011: análisis de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ecocardiografo portátil	8.000 €
Total	8.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

443

PROYECTO DE MEJORA EN LA REALIZACION DE TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA, PARA DISMINUIR LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA MISMA, EN PACIENTES CON MINIMO O ESCASO DERRAME PLEURAL NO FILIADO

2. RESPONSABLE ALFONSO PEREZ TRULLEN

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. TECNICAS DIAGNOSTICAS NEUMOLOGICAS
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSE ANGEL FIGUEROLA MENDAL-MÉDICO
MIGUEL ANGEL SANTOLARIA-MÉDICO
JAVIER LÁZARO SIERRA-MIR NEUMOLOGÍA
LAURA ANORO-MIR NEUMOLOGÍA
FELIPE CAMPOS-MIR NEUMOLOGÍA
MELANIA JANSÁ ESCARTÍN-ENFERMERA
EVA SANCHEZ PÉREZ-ENFERMERA
M^a PILAR CASCÁN HERREROS-ENFERMERA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ecografía torácica ha demostrado su utilidad en el diagnóstico del derrame pleural mínimo y en los casos de difícil accesibilidad. A pesar de su amplia utilidad y de no utilizar radiaciones ionizantes, no hay disponibilidad en la unidad de dicho equipo para acelerar y adecuar los centros asistenciales. La exploración puede realizarse con el paciente en cualquier posición y ello nos será imprescindible en determinados pacientes con difícil movilización, asimismo el diagnóstico in situ tanto del líquido pleural como de la posibilidad de muestra de biopsia pleural percutánea acelerará la actitud diagnóstica - terapéutica.

Fomentando la calidad asistencial en tiempo, agresividad y adecuando los recursos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Evitar la realización de pruebas diagnósticas más cruentas
2. Minimizar el riesgo diagnóstico - terapéutico en el paciente
3. Aumentar la eficiencia diagnóstica
4. Facilitar la toma de la actitud terapéutica más adecuada para el paciente.
5. Disminuir la estancia hospitalaria promoviendo una disminución tanto en coste económico como de sufrimiento humano

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de estudio ecográfico torácico previo a la toracocentesis y/o biopsia pleural percutánea. Marcando el punto de punción para ejecutar la técnica o desaconsejarla, y así no realizar el procedimiento a ciegas. Será el responsable el médico designado para realizar el procedimiento; quién junto con la enfermera asignada se encargarán de la preparación del paciente así como del equipo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Porcentaje de pacientes ingresados por derrame pleural de escasa cuantía.
2.- Porcentaje de pacientes subsidiarios de biopsia pleural percutánea.
3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados y tratados tras la ejecución de la técnica, sin morbilidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Mínimo 18 meses y máximo de 24 meses tras aprobarse el proyecto y disponer de los recursos. Se realizarán las pruebas a la mayor brevedad posible tras la solicitud de la misma por los profesionales de los diferentes servicios.
2.- Febrero - Marzo del 2012 análisis de resultados

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 443

PROYECTO DE MEJORA EN LA REALIZACION DE TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA, PARA DISMINUIR LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA MISMA, EN PACIENTES CON MINIMO O ESCASO DERRAME PLEURAL NO FILIADO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ecógrafo portátil	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

425

LA IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA (VC) PARA EL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO (CCP) MINIMIZA EL RIESGO DEL PACIENTE QUE SE SOMETE A ESTE PROCEDIMIENTO INVASIVO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PORTERO PEREZ

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ISAAC LACAMBRA-MEDICO-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-CARDIOLOGIA
PILAR LATORRE-DUE-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-CARDIOLOGIA
ENRIQUE CHILLARON-DUE-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-CARDIOLOGIA
JAIME GIMENO-MIR-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-CARDIOLOGIA
ELENA CASTILLA-MIR-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-CARDIOLOGIA
ALEXANDRA STARCHURSKA-MIR-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-CARDIOLOGIA
FRANCISCO A. RONCALES-MEDICO-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa-CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1.Nuestro servicio implantó la VIA CLINICA para el CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO en el año 2006, hemos evaluado indicadores respecto a la cumplimentación de la misma, estancia hospitalara y complicaciones. Los resultados han sido muy satisfactorios pero podríamos añadir algunos indicadores más para poder controlar y minimizar el riesgo de los pacientes que ingresan para CCP y ampliar nuestra línea de mejora.

2.El sangrado en los pacientes sometidos a cateterismo cardíaco puede llegar a ser un problema grave, estando en peligro la vida del paciente en algunas ocasiones. Es por ello, que el saber los niveles de hemoglobina, hematocrito y del estudio de coagulación (en los casos de pacientes anticoagulados) previos a la realización de este procedimiento va a sernos de gran utilidad a la hora de evitar complicaciones mayores.

3.Las repercusiones o consecuencias que el problema propuesto tiene son:

a.Repercusiones para los pacientes: Aumenta el riesgo de complicaciones, si existe anemia y ésta se desconoce. Además, puede haber una inadecuada preparación para la realización del procedimiento y del cálculo del gasto cardíaco si éste es necesario, con lo que la prueba no va a ser concluyente.

b.Repercusiones económicas: Repetición de una prueba invasiva por no ser concluyente el estudio con un aumento innecesario del gasto (además del riesgo). Aumento de la hospitalización si existe anemia y no es conocida, por la mayor frecuencia de complicaciones no previstas.

4.Lo que se pretende conseguir al incluir estos indicadores nuevos es "Mejorar el rendimiento de la prueba y evitar complicaciones innecesarias en una prueba de alto riesgo". Evitaremos complicaciones no esperadas y el repetir una prueba invasiva no concluyenye con el riesgo que conlleva. Además, todo esto va a conllevar el acortamiento de la estancia hospitalaria.

5. El equipo de mejora se ha ampliado desde su inicio en el año 2006 y me gustaria mencionar por su participación, ya que hay límite de componentes en el espacio anterior, a los doctores José Ramón Ruiz, Antonela Lukic y José Antonio Linares, médicos del Servicio de Cardiología

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Monitorizamos la Vía Clínica (VC) del cateterismo cardíaco programado (CCP) en tres puntos de cortes totalmente diferentes, al mes de recién implantada, un mes dentro del primer año tras su implantación y un mes a los 30 meses de su puesta en marcha. Este último coincidiendo con el traslado del personal y de la actividad a otro hospital, por remodelación de la sala de hemodinámica, teniendo en cuenta que los pacientes ingresaban en el hospital de origen y eran trasladados exclusivamente para la realización el cateterismo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

425

LA IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA (VC) PARA EL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO (CCP) MINIMIZA EL RIESGO DEL PACIENTE QUE SE SOMETE A ESTE PROCEDIMIENTO INVASIVO

2. Se analizó la VC de los pacientes que ingresaban de forma programada para la realización de cateterismo cardíaco, excluyendo urgentes y preferentes de pacientes ya ingresados. Evaluamos el grado de cumplimiento de la VC, la estancia hospitalaria y las complicaciones en el primer mes tras su implantación (mayo de 2006), un mes aislado a los 11 meses de implantación (abril de 2007) y un mes a los 30 meses de implantarse (noviembre de 2008).

3. En mayo de 2006, ingresaron 40 pacientes para CCP: el grado de cumplimiento de la VC fue tan sólo del 14,4%, el alta hospitalaria en 48 horas fue del 72,2%, hubo un 2% de complicaciones (1 hematoma femoral) y 0% de muertes. En abril de 2007, ingresaron para CCP 63 pacientes: el grado de cumplimiento de la VC fue del 80%, el alta hospitalaria en 48 horas fue del 87%, hubo un 3% de complicaciones (1 Ictus periprocedimiento y 1 Fístula arteriovenosa femoral) y 0% de muertes. En noviembre de 2008, ingresaron 54 pacientes para CCP: el grado de cumplimiento de la VC fue del 90%, el alta hospitalaria en 48 horas fue del 80%, hubo un 1% de complicaciones (1 hematoma femoral) y 0% de muertes.

4. CONCLUSIONES:

- La implantación de una VC presenta una serie de dificultades, fundamentalmente al inicio, subsanables con el tiempo con campañas de difusión y recuerdo por parte del personal implicado.
- Los resultados son óptimos y muy satisfactorios, máxime cuando la última monitorización se ha realizado en una situación extraordinaria, detectando en esta última una ligera variación y para nada significativa en el Indicador de estancia hospitalaria, posiblemente en relación con la ausencia del personal de hemodinámica a otro centro.
- Una vez superado el primer año de implantación, y habituado el hospital a la misma, la VC del CCP supera situaciones adversas, como puede ser la ausencia del personal encargado en supervisarla día a día

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detectar anomalías en los niveles de hemoglobina, hematocrito y estudio de coagulación previos a la realización de un cateterismo cardíaco programado, con la posibilidad de postponerla o suspenderla.

- Evitar complicaciones innecesarias por desconocimiento de estos valores
- Acortar la estancias hospitalaria derivada de estas complicaciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- 1.- DIFUSION DE LA INFORMACION DE LA LINEA DE MEJORA
 - 2.- MOTIVACION DEL PERSONAL ENCARGADO EN PONER EN PRACTICA LA LINEA DE MEJORA
 - 3.- SESIONES INFORMATIVAS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y MEDICOS ENCARGADOS DE ATENDER AL PACIENTE QUE INGRESA PARA CCP
 - 4.- ADJUNTAR LA VIA CLINICA CON LA ORDEN DE INGRESO A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN PARA CCP
 - 5.- MONITORIZACION DE INDICADORES Y ANALISIS DE RESULTADOS
 - 6.- REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los 2 indicadores añadidos a los ya existentes son los siguientes:

1. EVITAR COMPLICACIONES INNECESARIAS POR SANGRADO, EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN PARA CCP
(Nº pt que ingresan para CCP con Hb/Hto/Nº total de pt incluidos en la VC para CCP) x 100
2. EVITAR COMPLICACIONES INNECESARIAS POR NO PRESENTAR LOS VALORES OPTIMOS DE ANTICOAGULACION QUE REQUIEREN LOS PACIENTES QUE INGRESAN PARA CCP
(Nº pt con protocolo de coagulación correcto/Nº total pt incluidos en la VC para CCP) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Junio de 2010

Fecha de finalización: abierta, en dependencia de resultados

La evaluación y monitorización de los indicadores se realizará con una periodicidad semestral y la fuente de información será la Historia Clínica del paciente y la Vía Clínica del Cateterismo Cardíaco Programado

1. TÍTULO

GUIAS DE ACTUACION PARA ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE AL QUE SE HA REALIZADO UN CATETERISMO CARDIACO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PORTERO PEREZ
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELIA ALONSO CASAS-DUE-HCU-CARDIOLOGIA
LAURA SORINAS VILLANUEVA-DUE-CARDIOLOGIA
JOANA JIMÉNEZ AGESTA-DUE-CARDIOLOGIA
TRINIDAD HERRERO GARCIA-DUE-CARDIOLOGIA
ANDRÉS PALUD SALVADOR-TCE-CARDIOLOGIA
PILAR LATORRE-DUE-CARDIOLOGIA
MERCEDES PUEY CAMPOS-TCE-CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cateterismo cardíaco es un procedimiento de naturaleza diagnóstica y/o terapéutica para el paciente cardiópata con patología coronaria y/o valvular, fundamentalmente. Su riesgo deriva de su naturaleza invasiva, del uso del medio de contraste intravascular y de la exposición a Rayos X.

Una vez realizado el procedimiento, debemos prestar atención a las posibles complicaciones que pueden aparecer post-cateterismo, teniendo en cuenta una serie de factores de riesgo que pueden aumentarlas y que son los siguientes:

? Enfermedad coronaria avanzada
? Deterioro de la función ventricular
? Transtornos valvulares graves
? Gasto cardíaco bajo
? Hipertensión Pulmonar
? Obesidad
? Enfermedad vascular periférica
? Edad avanzada

Las complicaciones varían desde una respuesta vasovagal hasta arritmias malignas que desembocan en el paro cardíaco y la muerte, siendo las complicaciones vasculares las más frecuentes, aunque también puede haber complicaciones de tipo neurológico, renal...

Es vital el detectar estas complicaciones ya que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Aquí, el papel del personal de enfermería es muy importante a la hora de detectar estos problemas, ya que la clave es actuar rápidamente, para poder poner tratamiento cuanto antes.

Con la finalidad de detectar prontamente las complicaciones post-cateterismo cardíaco, se decidió el realizar unos protocolos de actuación ante las diferentes llamadas de alerta de un paciente que se encuentra en la planta o en la unidad coronaria después de un cateterismo y distribuirlos por dichas unidades, para poder mejorar la calidad asistencial a este tipo de pacientes y solventar lo más rápido posible las eventuales complicaciones.

Se han realizado diferentes algoritmos de actuación ante las más frecuentes llamadas de "Alerta", que pueden corresponder a complicaciones post-cateterismo cardíaco:

1. Sensación de mareo
2. Dolor en zona de punción con /sin sangrado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

534

GUIAS DE ACTUACION PARA ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE AL QUE SE HA REALIZADO UN CATETERISMO CARDIACO

2. Dolor torácico
3. Disnea
4. Otras: disminución del nivel de conciencia, ausencia de diuresis, broncoespasmo...

Como conclusiones destacar que:

1. Hay señales de alerta que enfermería debe tener en cuenta para poder detectar precozmente las complicaciones, ya que en la mayoría de las ocasiones, la rapidez va a ser vital para el paciente.
2. El trabajo medico-enfermero/a debe realizarse en conjunto ante este tipo de complicaciones para poder detectar y tratar prontamente.
3. Las complicaciones más frecuentes tras el cateterismo cardíaco son las vasculares, por lo que habrá que prestar especial atención a ellas.

Dentro del Equipo de mejora del Servicio de Cardiología, existen otros miembros, que no se han podido añadir anteriormente por limitación del espacio anterior, y que son los siguientes:

Isaac Lacambra (Médico)
Enique Chillaron (DUE)
Jaime Gimeno (MIR)
Elena Castilla (MIR)
Alexandra Stachurska (MIR)
Francisco A. Roncalés (Médico)
Estibaliz Hernandez (DUE)
José Ramón Ruiz (Médico)
Antonela Lukic (Médico)
José A. Linares (Médico)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que se pretenden conseguir son:

1. Comodidad del personal de enfermería con el enfermo al que se ha realizado un cateterismo cardíaco.
2. Destreza en el manejo de estos pacientes y rapidez ante los signos de alerta más frecuentes.
3. Disminución de la gravedad de las complicaciones vasculares, que son las más frecuentes, por rapidez y actuación en el manejo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Difusión de las guías de actuación entre las unidades del hospital donde ingresan los pacientes para cateterismo cardíaco.

2. Valoración de las encuestas periódicamente con el personal encargado de estos pacientes.
2. Monitorización de los indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del proyecto se realizará con una periodicidad semestral y la fuente de información será la Historia Clínica y la Encuesta de Satisfacción que se pasará al personal de enfermería.

Dentro de los indicadores que utilizaremos para su evaluación están los siguientes:

1. Grado de satisfacción de las enfermeras ante estas guías de actuación, realizando una encuesta: (Nº de encuestas con valoraciones > 8/ Nº de encuestas contestadas) x 100
2. Complicaciones vasculares: (Nº pacientes de la V.C. que requieren interconsulta con C.Vascular/Nº total de pacientes incluidos en la V.C) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO: MAYO 2010

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 534

GUIAS DE ACTUACION PARA ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE AL QUE SE HA REALIZADO UN CATETERISMO CARDIACO

FECHA DE FINALIZACION: abierta, en dependencia de resultados

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

1. REALIZACION Y APROBACION DE ALGORITMOS Y ENCUESTA DE SATISFACCION POR EL EQUIPO DE CALIDAD DEL SERVICIO Y PRESENTACION ANTE LA COMISION DE CALIDAD DEL HOSPITAL
2. DISTRIBUCION POR ALS DIFERENTES UNIDADES
3. COMIENZO EN MAYO DE 2010
4. MONITORIZACION SEMESTRAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DE PAPELERIA PARA ALGORITMOS Y ENCUESTAS	600 €
· GASTOS DE MONITORIZACION	600 €
· COMUNICACIONES A CONGRESOS	600 €
Total	1.800 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 412

INFORMATIZACION DE LA SOLICITUD DE ANALITICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSTARIO

2. RESPONSABLE JUAN JOSE PUENTE LANZAROTE
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
· Servicio/Unidad .. LABORATORIO BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARÍA ÁNGEL JULIÁN-MEDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
ALBERTO GARCÍA NOAÍN-MÉDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
FRANCISCO LÓPEZ ALCUTÉN-MÉDICO-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cumplimentación y envío de la solicitud constituyen el primer paso de la fase preanalítica en el proceso de realización de una analítica. Actualmente se están realizando de forma manual mediante el relleno de la solicitud en papel y su transporte al laboratorio, donde dicha solicitud es introducida al sistema informático del laboratorio (SIL) y procesada. Si la solicitud se realiza inicialmente por vía informática, se ahorra tiempo y se evitan posibles errores de transcripción, además de evitar el uso de papel

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se está implantando en el Servicio de Urgencias el programa informático para la gestión de pacientes y se está impartiendo la formación necesaria para su manejo. Dicho programa permitirá la conexión con el SIL

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ahorro de tiempo al eliminar el paso de solicitud en papel. Evitar errores en transcripción de solicitud del papel al SIL. Ahorro de papel

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Evaluación inicial de indicadores. Puesta en común entre Servicios de Urgencias y Bioquímica para consensuar la nueva solicitud. Pruebas de funcionamiento. Implementación. Evaluación de indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de solicitudes realizadas informáticamente respecto al total de solicitudes (referido sólo al Servicio de Urgencias)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre 2010 evaluación inicial de indicadores
Segundo trimestre 2010 revisión de software y hardware, diseño de plantillas de solicitud
Tercer trimestre 2010 pruebas y puesta en funcionamiento
Cuarto trimestre 2010 evaluación de indicadores tras implantación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Impresoras de etiquetas de código de barras 600 €
· Lector de código de barras 600 €
Total 1.200 €

11. OBSERVACIONES.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 420

ENVIO ELECTRONICO DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE JUAN JOSE PUENTE LANZAROTE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA ANGEL JULIAN - MÉDICO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
PILAR CERVERA APARICIO - SUPERVISORA - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
M^a TERESA LETAMENDI VIÑAU - SUPERVISORA - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
ANA CARMEN PEÑA NEBRA - AUXILIAR ADMINISTRATIVO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mayor parte de los resultados del laboratorio de pacientes no ingresados se están enviando impresos en papel. El envío por vía electrónica permitiría, además de un claro ahorro en papel, que el peticionario pudiera disponer de los resultados nada más ser enviados por el laboratorio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el tiempo entre envío y recepción de resultados.
Ahorro de papel

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Averiguar el número de resultados enviados por destinos.
Conocer la disponibilidad de los destinos para la recepción de resultados electrónicos.
Informar a los destinos de la nueva modalidad de envío, dándoles la formación necesaria.
Implementación del envío electrónico.
Evaluación de indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de resultados enviados en papel.
Número de resultados enviados por vía electrónica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Segundo trimestre 2010 averiguar número de envíos y disponibilidad de destinatarios.
Segundo semestre 2010 informar y formar a destinatarios, probar funcionamiento del sistema, implementación y evaluación de indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos de desplazamiento	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

437

OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO DE PETICIONES ANALITICAS POR PARTE DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD CENTRAL DE LABORATORIO ("UCL") DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE JUAN JOSE PUENTE LANZAROTE

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
- Servicio/Unidad .. LABORATORIO BIOQUIMICA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M^a ANGEL JULIÁN ANSÓN - FEA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la implantación del nuevo programa informático de gestión de laboratorio ("Modulab Gold") venimos constatando las dificultades del personal administrativo en la realización del registro de las peticiones analíticas, derivadas de la mala cumplimentación de las mismas (uso de volantes incorrectos, escritura a mano y poco clara, distintos nombres para una misma prueba, ambigüedad en lo que se pide...) y que generan muchos problemas que aumentan la carga de trabajo en muchos niveles. Facilitar esta tarea sería beneficioso para una mayor agilidad del proceso.

Oportunidades de mejora:

- Dotar al personal de una guía actualizada y lo más clara posible de todas las pruebas que se pueden solicitar, divididas por laboratorios y Secciones y ordenadas alfabéticamente por su nombre correcto, indicando las que se pueden pedir individualmente, así como, las que sólo se incluyen en agrupaciones o perfiles.
- Complementar esta información con charlas informativas dónde aclarar dudas y practicar con la nueva guía

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Solución de problemas según van surgiendo, no de forma estructurada ni organizada, lo que implica invertir mucho tiempo y con resultados poco visibles

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Agilizar el sistema de registro, tanto cuando se gestionan las extracciones de primera hora de la mañana, así como después cuando llegan las de Atención Primaria, Hospitalización, etc.

- Disminuir la carga de trabajo extra que se genera al tener que consultar tanto a enfermería, facultativos, responsables de informática, etc.
- Evitar errores de registro, que dificultan el trabajo en el laboratorio: pruebas para las cuales no ha llegado muestra, pruebas que se realizan por error y otras que no se hacen, pérdidas de tiempo por el personal de enfermería y médico, al tener que realizar cambios en la petición.
- Mejorar el servicio al paciente: acortar el tiempo de espera en el momento de la extracción, evitar nuevas extracciones y acortando el tiempo de la entrega de resultados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar una guía con todas las pruebas que se pueden solicitar al laboratorio, ordenada y con la información suficiente, para que sirva de ayuda en los casos de duda del personal administrativo.

- Organizar varias sesiones de formación en el manejo de las mismas e impartir conocimientos de manejo de programa que puedan ser útiles en el registro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluar la mejora en el tiempo de registro: tiempo de espera en la zona de extracciones.

- Estadísticas sobre número de pruebas erróneamente solicitadas por fallo en el registro administrativo.
- Evaluar en los casos de error, cómo se gestiona el error en la petición: información y seguimiento de los problemas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer y Segundo Trimestres 2010: elaboración de la guía. Puesta en marcha de la parte correspondiente a las pruebas que pertenecen al laboratorio de Bioquímica Clínica y formación en la misma.

- Tercer Trimestre 2010: Puesta en marcha de la parte que corresponde a los laboratorios de Hematología, Farmacología, Inmunología y Microbiología. Y formación en la misma.
- Cuarto Trimestre 2010: Valoración de objetivos conseguidos y evaluación de problemas sin resolver, para planificar nuevas acciones

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 437

OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO DE PETICIONES ANALITICAS POR PARTE DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD CENTRAL DE LABORATORIO ("UCL") DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Ordenador portátil		600 €
	Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION A LA HIPERGLUCEMIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE MIGUEL RIVAS JIMENEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JULIÁN MOZOTA DUARTE-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-MÉDICO ADJUNTO Y RESPONSABLE DE CALIDAD
DANIEL SÁENZ ABAD-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-MÉDICO ADJUNTO
BEATRIZ SIERRA BERGUA-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-MÉDICO ADJUNTO
MARÍA TERESA ESCOLAR MARTÍNEZ-BERGANZA-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-MÉDICO ADJUNTO
JOSÉ ANTONIO GIMENO ORTA-SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-MÉDICO ADJUNTO
MARÍA DEL CARMEN CABREJAS GÓMEZ-SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"-MIR DE TERCER AÑO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los individuos con diabetes constituyen un porcentaje desproporcionado y creciente de los pacientes que requieren ingreso en un hospital. Suponen hasta un 30 % de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios y un 25 % de los que requieren ingreso, médico o quirúrgico. Ello es consecuencia del aumento en la prevalencia de la diabetes mellitus, así como de la comorbilidad asociada y procedimientos diagnósticos y terapéuticos indicados que requieren hospitalización. Los pacientes que, en urgencias, presentan hiperglucemia necesitan una media de 3 días más de ingreso que los no hiperglucémicos, precisando, además, una mayor utilización de la unidad de cuidados intensivos. Se disponen de diversos estudios que demuestran que la hiperglucemia, además de ser un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, tasas de infección, incremento de la mortalidad y alargamiento de las estancias hospitalarias. Las causas de un control deficiente son múltiples: inercia clínica, mal control previo del paciente, falta de conocimientos por el personal sanitario del tratamiento con insulina y la existencia de riesgos adicionales en el cuadro que requiere ingreso en el paciente diabético.

Tras un análisis de la situación actual en nuestro servicio de urgencias por adjuntos de urgencias y por el servicio de endocrinología del hospital y del estudio en los registros de las historias clínicas del control de pacientes recientemente hospitalizados con hiperglucemia se llegó a la conclusión de la necesidad de una mejora en la atención, en nuestro servicio de urgencias, de los pacientes que eran ingresados en situación de hiperglucemia. A ello se suma las recomendaciones de las guías de práctica clínica (Standars of Medical Care in Diabetes de la American Diabetes Association) que aseveran que un mejor control supondría una mejora en la morbimortalidad de estos pacientes, estén o no en una situación crítica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el control de la glucemia en pacientes, con antecedentes de diabetes y/o con hiperglucemia, ingresados desde el S de Urgencias del HCU.

2. Mejorar la asistencia y el control de pacientes que ingresan con cetoacidosis diabética o síndrome hiperosmolar no cetósico en pacientes vistos en el S. de Urgencias del HCU.

3. Mejorar la formación en insulino terapia en los facultativos residentes y en los médicos adjuntos que trabajan en el Servicio de Urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación y puesta en marcha de un protocolo de atención al paciente con hiperglucemia en el S. de Urgencias. Responsable: Dr. Miguel Rivas y resto del equipo de calidad.

2. Creación y puesta en marcha de un protocolo de cetoacidosis diabética y de síndrome hiperosmolar no cetósico. Dr. Gimeno y Dra. Cabrejas. ç

3. Difusión de dichos protocolos entre el equipo de médicos del S. de Urgencias y el equipo de MIR que atienden pacientes con hiperglucemia: Dres: Mozota, Cabrejas, Rivas, Sáenz y Gimeno.

4. Realización de varias sesiones informativas y divulgativas en el servicio de urgencias y en el curso de urgencias para MIR: Dres: Escolar, Sierra, Sáenz, Gimeno y Cabrejas.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 416

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE LA DETERMINACION DE TROPONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE MIGUEL RIVAS JIMENEZ
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN JOSÉ PUENTE LANZAROTE - MÉDICO- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
FRANCISCO LÓPEZ ALCUTÉN - MÉDICO - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La troponina es un marcador de reconocida validez para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio. El criterio para establecer la necesidad de solicitar su determinación no está claramente establecido en nuestro Servicio, como consecuencia de lo cual se están solicitando determinaciones innecesarias, ya sea por no estar indicadas ó por no hacerse en los intervalos de tiempo correctos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evitar determinaciones innecesarias
Realizar las determinaciones en los tiempos correctos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Evaluación inicial de indicadores
Revisión bibliográfica
Puesta en común entre los Servicios de Urgencia sy Bioquímica para consensuar el protocolo de Solicitud.
Implementación.
Evaluación de indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de solicitudes realizadas.
Porcentaje de solicitudes realizadas de acuerdo con las recomendaciones del protocolo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre 2010 evaluación inicial de indicadores
Segundo trimestre 2010 revisión bibliográfica y puesta en común
Tercer trimestre 2010 implementación
Cuarto trimestre 2010 evaluación de indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Imprenta y bibliografía 400 €
Total 400 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 321

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE MANUEL ANGEL ROMERO CARDIEL
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DANIEL ORÓS ESPINOSA-	JEFE SECCIÓN OBS-	HCU LOZANO BLESA
DANIEL ORÓS LOPEZ-	FEA OBS-	HCU LOZANO BLESA
PEDRO GONZÁLEZ RAMOS-	FEA OBS - -	HCU LOZANO BLESA
PURIFICACIÓN MATEO ALCALÁ-	FEA OBS - -	HCU LOZANO BLESA
ANA CRISTINA LOU MERCADÉ -	FEA OBS - -	HCU LOZANO BLESA
ANA EZQUERRA GIMÉNEZ	- FEA OBS - -	HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA Historia Clínica del HCU Lozano Blesa admite en estos momentos soporte en papel y en medios electrónicos. La gestión de ambos soportes es radicalmente distinta. Mientras que la HC en papel requiere una infraestructura compleja de espacio físico y recursos humanos, nunca bien resuelta y con problemas puntuales de acceso a la información, el formato electrónico resulta mas eficiente, fiable y seguro a la hora de disponer de datos de los pacientes. El problema de la HC electrónica estriba en que la plataforma técnica sobre la que se asienta es novedosa, compleja de asumir para muchos y que requiere un gran esfuerzo en su puesta en marcha inicial. Por otra parte en nuestro Servicio nos consta que existen iniciativas de otros servicios, incluso de la gerencia del centro para desarrollar una historia clínica hospitalaria completa. En el Servicio de Obstetricia y Ginecología se lleva trabajando en HC electrónica desde hace años. En 2007 se informatizó el procedimiento de alta hospitalaria a través de HP Doctor, sustituyendo una base local de datos en formato Acces. El presente proyecto aborda la mejora de gestión en la utilización de Historia Clínica Electrónica en las Consultas del Servicio de Obstetricia del HCU Lozano Blesa de Zaragoza

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Consolidación de la Historia clínica electrónica como alternativa a la Historia en papel
2-Acceso en tiempo real a los datos de la Historia Clínica de las embarazadas de nuestro Área.
3-Disponibilidad de la HC de las gestantes del Área 3 en todos los centros de asistencia con acceso a la plataforma HP-Doctor

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Creación de la plantilla de datos de la primera visita de embarazo en plataforma HP-Doctor
2-Creación del informe de consulta vinculado a la plantilla anterior
3-Adaptación de la guía de consulta prenatal al formato HP-Doctor
4-Integración de la información HP-Doctor en la intranet del Área 3
5-Formación de los profesionales implicados en el seguimiento y manejo de las embarazadas del Área 3

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Número de pacientes con primera visita electrónica en HP-Doctor
2-Tasa de pacientes con historia electrónica completa al finalizar el proceso
3-Tasa de consultas equipadas con terminal informático en el Servicio de Obstetricia y Ginecología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El programa se plantea por un período de un año, tras el cual se debe de estar en disposición de realizar el seguimiento total de la gestante, con acceso desde cualquier recurso asistencial

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 321

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador HP 2530p (Random Informática)	1.147 €
Total	1.147 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

152

REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS REALIZADOS EN EL PEROPERATORIO DEL PROCESO QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ELENA ROSES MONFORT

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M^a LUISA CATALÁ MARTINEZ-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
CONCEPCIÓN DIEZ ESCUSA-ENFERMERA-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
M^a DEL CARMEN FRANCO FERNANDO-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
NATIVIDAD SANTOLAYA SANCHEZ- ENFERMERA- HOSPITAL ROYO VILLANOVA-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
ALICIA SANZ ASÍN-ENFERMERA-HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
AMPARO VALLEJO LÓPEZ-ENFERMERA-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA-ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud de un grupo de trabajo de enfermeras quirúrgicas que colaborasen en la creación del mapa de competencias de la enfermería quirúrgica de la Comunidad de Aragón, ha facilitado la constitución de un equipo de mejora interhospitalario que quiere revisar y unificar los diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras que se realizan en el transcurso de la intervención quirúrgica en los hospitales de la Comunidad, así como la revisión de cuales de ellas se registran con la finalidad de mejorar y unificar la calidad de cuidados ofertada a los pacientes quirúrgicos. Nos parece el momento idóneo para realizar este proyecto de unificación de registros y conseguir su inclusión en la historia clínica informatizada de la Comunidad de Aragón

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con los cuidados recibidos.

Aumentar la seguridad de los cuidados enfermeros.

Asegurar la continuidad de cuidados en el proceso quirúrgico.

Favorecer la actualización e intercambio de conocimientos basados en la evidencia de los profesionales de enfermería quirúrgica de todos los hospitales de la Comunidad.

Unificación de registros.

Implementar el registro unificado en todos los hospitales, inicialmente en formato papel y posteriormente informático

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constituir grupos de trabajo.

2. Contactar con todos los hospitales de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar su colaboración y registros.

3. Contactar con hospitales de fuera de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar sus registros.

4. Recibir formación en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC).

5. Solicitar colaboración de enfermeras expertas en metodología enfermera.

6. Revisión y consenso de las intervenciones y actividades que se realizarán y se registrarán.

7. Diseño de la hoja de registro.

8. Presentación y difusión de la hoja de registro a todos los hospitales con actividad quirúrgica de la Comunidad.

9. Medición de la implementación.

10. Informatización del registro

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 152

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS REALIZADOS EN EL PEROPERATORIO DEL PROCESO QUIRURGICO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de un registro enfermero peroperatorio.
Realización de al menos 4 reuniones con acta de presentación del registro a enfermeros/as colaboradores de áreas quirúrgicas de otros centros de la Comunidad.
% de registros cumplimentados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Marzo 2010. Constituir grupos de trabajo.
2. Abril 2010. Contactar con todos los hospitales de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar su colaboración y registros.
3. Mayo 2010. Contactar con hospitales de fuera de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar sus registros.
4. Junio 2010. Recibir formación en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC). Solicitar colaboración de enfermeras expertas en metodología enfermera.
5. Julio - Noviembre 2010. Revisión y consenso de las intervenciones y actividades que se realizarán y se registrarán.
6. Diciembre 2010. Diseño de la hoja de registro.
7. Enero 2011. Presentación y difusión de la hoja de registro a todos los hospitales con actividad quirúrgica de la Comunidad.
8. Marzo 2011. Medición de la implementación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· 2 HP COMPAQ DC7700 SFF ... (*) 1.100 €
· Gastos de desplazamiento 100 €
Total 1.200 €

11. OBSERVACIONES. (*) 2 HP COMPAQ DC7700 SFF Formato reducible convertible: Sobremesa - Minitorre. HEWLETT PACKARD

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLO DE RECEPCION Y DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE JOSE RAMON RUIZ ARROYO
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
 - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ANTONELA LUKIC- FEA CARDIOLOGIA- HCU CARDIOLOGIA
ERNESTO ISCAR GONZALEZ- SUPERVISOR HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA
LAURA SORINAS VILLANUEVA- DUE HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA
ELIA ALONSO CASAS - DUE HEMODINAMICA - HCU CARDIOLOGIA
YOANA JIMENEZ AGESTA- DUE HEMODINAMICA - HCU CARDIOLOGIA
ESTIBALIZ HERNANDEZ SANCHEZ - DUE HEMODINAMICA- HCU CARDIOLOGIA
CRUZ PAESA GARZA- DUE HEMODINAMICA - HCU CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. METODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN:

La Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario Lozano Blesa ha creado recientemente un grupo de mejora formado con la idea de mejorar la atención del paciente sometido al cateterismo cardiaco. Los integrantes del grupo son profesionales que llevan a cabo sus funciones en la Sección, implicados en la atención del paciente remitido a la Unidad de Hemodinámica, tanto personal sanitario como no sanitario. La primera actuación del grupo ha sido realizar una valoración del servicio prestado al paciente de cara a detectar las posibles actuaciones de mejora en la atención de los mismos. De esta forma hemos valorado la continuidad de los cuidados del paciente desde que sale de la zona de hospitalización hasta la salida de la sala de Hemodinámica y su retorno a la zona de hospitalización como un punto clave del proceso de la atención global del mismo.

La adecuada valoración del paciente a su llegada es imprescindible (correcta identificación, comprobación de su situación clínica, revisión de los elementos imprescindibles para la realización de la prueba invasiva (analíticas, radiografía de tórax, tratamiento que sigue, etc.)) dado que ayuda a conseguir mayor agilidad del funcionamiento de la sala y disminuye los riesgos añadidos al procedimiento.

Así mismo, la emisión de una nota de enfermería con el registro de las actividades realizadas por el equipo durante y después del procedimiento invasivo (medicación administrada, vías de acceso, complicaciones, etc) se considera de máxima prioridad para asegurar una correcta continuidad de cuidados de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco.

Por todo ello, la elaboración de un Protocolo de acogida de los pacientes a la sala de Hemodinámica y la elaboración de un Registro de actividades de Enfermería dentro de la sala se ha considerado una actividad prioritaria del grupo de mejora, dado que actualmente no existen.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

La importancia de este proyecto radica en la necesidad de establecer criterios homogéneos de recepción y salida de los pacientes remitidos para el cateterismo cardiaco para dar una respuesta adecuada en términos de eficiencia, efectividad y calidad frente a la demanda sanitaria de los usuarios de nuestra Unidad. El proyecto contribuirá a garantizar una atención individualizada de cada paciente, así como a mejorar la comunicación intra e interequipos estableciendo procedimientos de coordinación efectiva y mejorando de esta forma la seguridad del paciente.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

La especificidad que entraña Cardiología Intervencionista hace necesario que los Enfermer@s deban conocer, de manera pormenorizada, las actuaciones y cuidados que deben dispensarse en estas unidades. Los avances tecnológicos, técnicos y farmacológicos, unidos a las indicaciones de cateterismo a pacientes cada vez más complejos, hace imprescindible unificar las actuaciones de Enfermería en la Unidad de Hemodinámica.

La creación de unos protocolos unificados de enfermería en nuestra unidad viene dificultada por la diversidad de los pacientes que se remiten a nuestra sala, no solo porque presentan diferentes condiciones clínicas sino porque proceden de diferentes unidades asistenciales, incluso de diferentes áreas sanitarias, dado que nuestra Sección asume los pacientes de Sectores de Huesca y Teruel.

Por ello, hemos analizado los diferentes aspectos de forma desglosada, que exponemos a continuación:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

ELABORACION DE PROTOCOLO DE RECEPCION Y DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

1. Características de los pacientes:

1.1 Según su procedencia:

- Procedentes de las áreas de hospitalización del HCU Lozano Blesa:

Planta de Cardiología

Hospital de Semana

Unidades de Cuidados Intensivos

Otras áreas de la hospitalización.

- Procedentes de otros hospitales distintos a HCU Lozano Blesa: Proceden tanto de las unidades de cuidados intensivos, como de las plantas de hospitalización así como de la lista de espera. Aquí nos referimos al Hospital San Jorge de Huesca, Hospital Obispo Polanco de Teruel, Hospital de Alcañiz, Hospital de Barbastro y otros.

Estas diferencias de origen implican la necesidad de una excelente comunicación entre los diferentes servicios y una necesidad de atención continuada a los pacientes, que debería ser ininterrumpida y coordinada.

1.2 Según su situación clínica: Aquí encontramos una variedad de situaciones clínicas que oscilan entre pacientes estables (por ejemplo, pacientes con angina estable que ingresan procedentes de su domicilio) hasta los pacientes inestables (ej. programa de TRIAMAR de actuación urgente en el Infarto Agudo de Miocardio), con un amplio abanico de situaciones clínicas entremedio. Esto implica una gran diferencia de necesidades en cuanto a la actuación del personal sanitario implicado.

2. Recepción del paciente:

Revisando los posibles puntos de mejora de atención al paciente a su llegada a Hemodinámica, observamos que:

Existe un protocolo de actuación de enfermería de las plantas de hospitalización del HCU de cara a preparación y cuidados post cateterismo de los pacientes, establecido previamente a través de Grupo de Calidad de Cardiología y evaluado positivamente en previas evaluaciones (Vía Clínica de Cateterismo Cardíaco).

Sin embargo, actualmente el paciente se recibe en la sala de Hemodinámica de forma no estandarizada sin existir un protocolo de actuaciones de recepción de los pacientes. Además, los pacientes que provienen de otros hospitales siguen unos protocolos de preparación previa a cateterismo diferentes entre ellos, por lo que unificar la evaluación previa al procedimiento mediante un protocolo de acogida y recepción en la misma antesala de hemodinámica de nuestro centro se hace de suma importancia para conseguir una adecuada seguridad y protección de la salud de los pacientes.

A la llegada del paciente a la sala disponemos de registros de enfermería de hospitalización de los que podemos averiguar las constantes previas al procedimiento, el tratamiento que sigue el paciente, etc.

Sin embargo, no disponemos de un Registro de Enfermería de Hemodinámica donde quede constancia de las valoraciones e intervenciones realizadas por el personal de Enfermería previas, durante y después del cateterismo, hecho que dificulta la anteriormente mencionada comunicación entre los servicios implicados en el cuidado del paciente.

Además, detectamos que existe escasa precisión de datos clínicos del paciente, por ejemplo de cara a la decisión terapéutica en cuanto a uso de stent recubierto tras la coronariografía diagnóstica (sobretudo los derivados de las contraindicaciones para la doble antiagregación prolongada, derivadas de antecedentes previos, alergias o situación socio-económica de los pacientes).

El saber si un paciente es o no candidato a uso de stent recubierto previo al procedimiento intervencionista facilita la labor de los médicos, ayuda en las tomas de decisiones terapéuticas y, sobretudo, aumenta la seguridad y la agilidad del procedimiento. La elaboración y cumplimentación de una encuesta-check list previa a paso del paciente a sala-quirófano se identificó por nuestro grupo de mejora como un punto importante de mejora.

A todo esto hay que sumar que los pacientes llegan a la sala de Hemodinámica con un grado de ansiedad e incertidumbre ante una prueba invasiva y el entorno nuevo, precisando de información y de aclaraciones adicionales antes de la entrada a la sala.

Actualmente, dada la escasa protocolización existente en nuestra Unidad y con el agravante del creciente número de procedimientos, este punto está limitado detectándose como un punto clave de la necesidad de mejora.

POSIBLES CAUSAS:

La Unidad de Hemodinámica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa es una sección en continuo desarrollo y crecimiento, realizando en el último año 1223 procedimientos diagnósticos y 608 procedimientos terapéuticos, realizándose la mayoría de procedimientos terapéuticos a continuación del diagnóstico, en un mismo acto. El hecho de realizar los procedimientos terapéuticos a continuación del diagnóstico mejora el pronóstico de los pacientes ya que evita la demora

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

ELABORACION DE PROTOCOLO DE RECEPCION Y DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
LOZANO BLESÁ

hasta tratamiento y la necesidad de una segunda intervención, pero, por el otro lado, requiere de una alta preparación e información del paciente antes de proceder a la prueba. El paciente preparado e informado es más autónomo de cara a participar activamente en la toma de decisiones. Sin embargo, hemos objetivado que la creciente carga asistencial, tanto en las unidades de hospitalización como en nuestra propia unidad, dificulta la optimización de la preparación del paciente para esta prueba invasiva y no exenta de riesgos.

Por el otro lado, la utilización de prótesis intracoronarias (stent) es cada vez más universal y eso hace imprescindible mantener una adecuada antiagregación de los pacientes. El uso de medicación específica en la sala de Hemodinámica, la administración de heparinas y otros fármacos debe estar registrado de forma adecuada de cara a la salida del paciente hacia las zonas de hospitalización, especialmente para evitar la duplicidad de tratamiento, asegurar el mantenimiento de los fármacos o en su caso su interrupción y/o reinicio en el momento indicado. La falta de existencia de una nota de registro de enfermería de hemodinámica dificulta la continuidad de cuidados de los pacientes, haciéndose necesaria para asegurar una correcta seguridad posprocedimiento.

Dado que hablamos de una procedimiento invasivo con posibilidad de aparición de complicaciones potencialmente amenazantes para la salud / vida del paciente, es imprescindible una revisión previa de la situación clínica y pruebas complementarias, así como comprensión y firma del consentimiento informado.

Por todo ello, consideramos imprescindible protocolizar la acogida y recepción de los pacientes por parte de enfermería y médicos de la Unidad de cara a detectar y salvar las posibles lagunas en este proceso.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Manual de Cardiología Intervencionista y Hemodinámica. Protocolos unificados. [homepage on the Internet]. Available from: www.enfermeriaencardiologia.com. c2007
2. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Actuación de Enfermería al paciente ante la realización de un cateterismo cardiaco. [homepage on the Internet]. Available from: www.chospab.es/enfermeria/Protocolos/hemodinamica/actuacioncateterismocardiaco
3. Protocolo de actuación de Enfermería en la ablación mediante radiofrecuencia del síndrome Wolf Parkinson White. Enfermería en Cardiología 2002;25:26-31.
4. Protocol Cardiac Cath Lab Unit Practice Manual. John Dempsey Hospital-Department of Nursing. The University of Connecticut Health center. [homepage on the Internet]. Available from: http://nursing.uchc.edu/unit_manuals/pdfs_CardiacCath/Scheduling%20Procedures%20Cath%20Lab.pdf
5. American College of Cardiology / Society for Cardiac Angiography and Interventions. Clinical expert consensus document on cardiac catheterization laboratory standards. JACC 2001;37 (8): 2171-2214.
6. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Protocolo de actuación y atención del equipo de enfermería al paciente en el proceso quirúrgico intraoperatorio. Available from: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/protocolo_%20a_e_%20proceso_quirurgico_intraoperatorio.pdf
7. Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba. Cuidados de enfermería en las exploraciones de diagnóstico por la imagen. Radiología intervencionista. Available from:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

ELABORACION DE PROTOCOLO DE RECEPCION Y DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

analíticas previas, tratamiento, etc).

Dichas actuaciones proporcionan beneficios al equipo de Hemodinámica dado que se optimiza la información clínica sobre el paciente, se agiliza el acceso a dicha información y se asegura la continuación de coordinación entre los profesionales. Además, disponer del Protocolo de Acogida y de Registro de Enfermería ayudará en la orientación del personal de nueva incorporación.

De esta forma se pretende conseguir una mejora de la comunicación entre equipos mediante la elaboración de una Hoja de Registros de Enfermería de cara a la salida del paciente a la planta, asegurando así la continuidad de los cuidados y una mejor atención con mejores resultados.

Este proyecto de mejora de calidad asistencial nos permitirá identificar indicadores de mejora de la calidad de las actuaciones de cara a hacer ciclos de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE:

El protocolo de acogida del paciente a la sala de Hemodinámica deberá reflejar de forma exhaustiva y completa los puntos necesarios que deben ser revisados en todo paciente que va a ser sometido a un cateterismo cardiaco desde que llega hasta que sale del área de Hemodinámica. En dicho protocolo constarán las funciones que corresponden a los miembros del equipo de Hemodinámica y se describirá la forma idónea de llevarlas a la práctica, procurando no dejar lagunas sobre las pautas de actuación. El protocolo requiere de participación de todo el equipo, desde celadores, auxiliares, enfermería hasta médicos y será integrado dentro de los Protocolos generales de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Dadas las diversas características de nuestros pacientes se valorará la necesidad de elaboración de protocolos específicos (pacientes de las UCI's, pacientes TRIAMAR, pacientes de otros hospitales, etc).

2. ELABORACIÓN DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA:

Desde abril del 2009 nuestra unidad dispone de una base de datos de recogida de los datos de los procedimientos llamada Medivector. Dicha base de datos ofrece la posibilidad de desarrollar un registro específico de enfermería para la recogida de datos de los pacientes en el momento de llegar a la sala que se compondrá de varios apartados necesarios para correcta identificación y preparación del paciente para la prueba. Nos proponemos elaborar ese registro integrado en la base de datos Medivector en colaboración con el equipo técnico de la misma.

Nuestra labor asistencial se desarrolla con tres enfermeras en turno de mañanas y dos enfermeras en turno de tardes. La enfermera que recibe al paciente, que será la enfermera circulante durante la realización del cateterismo a dicho paciente, será la responsable de la acogida y cumplimentación del registro en la base de datos y de su posterior impresión para la salida del paciente.

Los datos recogidos en dicho registro se dividirán en una serie de comprobaciones y acciones que deberán quedar registradas:

COMPROBACIONES: DUES

Demográficos e identificativos. Comprobar que el paciente coincide con la petición médica y con la exploración que se le va a realizar.

Procedimiento a realizar (coronariografía, cateterismo derecho, intervencionismo, etc).

Revisión de la existencia de consentimiento informado debidamente firmado y entendido.

Comprobación de ayuno en las 6 horas previas.

Detección de alergias conocidas y comprobación de la premedicación correspondiente en caso de haberlas.

Recogida de tratamiento previo: antiagregación (AAS, Clopidogrel) y anticoagulación (Sintrom, heparinas). Comprobar la discontinuidad de los antidiabéticos orales como Diamben®. Verificar que se haya realizado tratamiento de protección renal si lo precisa y premedicación en caso de alergia a yodo.

Comprobación de existencia de anemia, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación en las analíticas previas. Obtener nuevas analíticas si preciso.

AUXILIARES:

Comprobación de correcto rasurado de ingles y antebrazos.

Comprobación de ausencia de prótesis dentales, joyas y esmalte de uñas en manos y pies.

ACCIONES: DUES

Toma de constantes vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura. Peso y talla. Preguntar sobre la posibilidad de estar embarazada.

Comprobación de la permeabilidad de la vía venosa o su canalización en caso de que no la hubiera.

Comprobación de pulso pedio y su señalización con un rotulador permanente para controles posteriores en caso del uso de vía de acceso femoral.

Test de Allen: determinará la posibilidad del acceso radial para el cateterismo.

Valoración de la situación neurológica basal, nivel de la ansiedad y su habilidad para cooperar. Tranquilo, colaborador, orientado, desconfiado.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 341

ELABORACION DE PROTOCOLO DE RECEPCION Y DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODINAMICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Comprobación de la comprensión del consentimiento informado y aclaración de dudas respecto a la intervención: objetivo de la prueba, en qué consiste, vías de acceso, tipo de anestesia, sensaciones que experimentará, presencia de un enfermero/a que le atenderá durante el procedimiento. El paciente debe verbalizar el entendimiento sobre la prueba a realizar.

Realización de encuesta-lista de comprobación (Check-List): Lista que recoge datos clínicos del paciente de cara a poder utilizar un stent recubierto (alergias, sangrados, posibles intervenciones quirúrgicas próximas programadas, diabetes, tratamiento que sigue, etc) recomendada por la Sociedad Española de Cardiología, Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.

Registro de los datos en la base de datos Medivector.

Registro de hemoglobina, hematocrito y creatinina en Medivector.

Registro de la medicación administrada en la sala o antesala de Hemodinámica (quedará registrada la dosis, vía y la hora de administración).

Registro de la dosis de radiación recibida y de tiempo de escopia.

Registro de tipo y la cantidad de contraste administrada.

RESPONSABLES: Todo el equipo de enfermería se encargará de la recogida de datos y su ingreso en la base de datos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración del Protocolo de Acogida.

Elaboración del Registro de Enfermería dentro de la base Medivector.

Grado de cumplimentación del Registro de Enfermería: Porcentaje de pacientes debidamente cumplimentado. (número de registros debidamente cumplimentados / número de pacientes totales realizados*100).

Se considerará que un registro está debidamente cumplimentado cuando estén registrados en ella los apartados que consideramos básicos: alergias, comprobación consentimiento, revisión de analíticas (registro de hemoglobina, Hto y creatinina), comprobación de vía venosa periférica y registro de cantidad de contraste utilizado. Se considerará adecuado un grado de cumplimentación superior al 80%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2010- Mayo 2010:

Elaboración del protocolo de actuación.

Elaboración de Registro de Enfermería.

Mayo 2010- Enero 2011:

Puesta en marcha del protocolo y recogida de datos.

Proceso continuo de valoración de mejora del protocolo y del Registro de Enfermería de recogida de datos.

Enero 2011- Marzo 2011:

Evaluación de los resultados, valoración de los indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Integración y compatibilidad de ítems ... (*)	600 €
· Material de oficina (papel y tinta impresora)	300 €
· Difusión de los resultados y comunicaciones a congresos	600 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. (*) Integración y compatibilidad de ítems a estudio con base de datos Medivector de Hemodinámica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 116

1. TÍTULO

INCORPORACION DE AYUDAS TECNICAS A LOS TALLERES DE CUIDADORES DEL HCU LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ANA VICTORIA SANZ PLUMED
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA B
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARÍA ÁNGELES MARTÍN BURRIEL-ENFERMERA-HCU LOZANO Blesa
ALBERTO MARGALEF MANCEBÓN-ENFERMERO-HCU LOZANO Blesa
MIGUEL ÁNGEL PEREZ GARCÍA-FISIOTERAPEUTA-HCU LOZANO Blesa
EVARISTO GARCÍA ALLOZA-FISIOTERAPEUTA-HCU LOZANO Blesa
TERESA CUELLO ARAZO-ENFERMERA-HCU LOZANO Blesa
ANA ISABEL HERRERA SERRANO-ENFERMERA-HCU LOZANO Blesa
ALICIA TORRES SAIZ-ENFERMERA-HEMODIALISIS-HCU LOZANO Blesa

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según datos obtenidos en la Encuesta de Condiciones de Vida 2006 (IMSERO-CIS), puede cifrarse en alrededor de un millón setecientos mil personas mayores de 65 años las que tienen problemas de dependencia. De ellas, sólo alrededor de doscientas mil viven en residencias, por lo tanto, la inmensa mayoría viven en sus casas y son atendidas por sus familiares. Las personas dependientes a menudo requieren ayuda para caminar, bañarse o realizar otras actividades de la vida diaria. El levantar manualmente y colocar al familiar es la razón de la mayor parte de las enfermedades que presentan los cuidadores/as, siendo los problemas físicos más frecuentes dolor de espalda, dolor de articulaciones y dolor de cabeza. Con la finalidad de facilitar las tareas de cuidado y enseñar a los cuidadores/as el correcto manejo del enfermo y el autocuidado de ellos mismos, en el año 2008 y como continuación al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora "MEJORAR LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III" presentado en 2007 se procedió al desarrollo de dicho proyecto en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza. Se diseñaron e implantaron talleres para cuidadores no profesionales que dieron comienzo en Febrero de 2009. Desde entonces se han realizado 34 talleres a los que han asistido 133 cuidadores. Uno de los aspectos que le interesan y sobre los que demandan información los cuidadores son las ayudas técnicas existentes en el mercado. De acuerdo con la definición de la Organización Internacional de Normalización, se llama Ayudas Técnicas a todos aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente, o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía. Estas son las razones por lo que se considera necesario que los cuidadores dispongan de información sobre ayudas técnicas y estén disponibles en los talleres para asesorarles sobre su utilización

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Se formó un equipo multidisciplinar de mejora formado por enfermeras y fisioterapeutas del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.
- Se realizó una búsqueda bibliográfica.
 - Se planificaron talleres educativos a partir de las necesidades sentidas y expresadas por los cuidadores de pacientes del HCU Lozano Blesa.
 - Se rodaron vídeos de movilización de pacientes.
 - Se confeccionó un folleto informativo sobre cuidados generales a pacientes dependiente. Una vez este folleto fue aprobado por la Comisión de Dirección se imprimió para darlo a los participantes al taller.
 - Se han implantado talleres semanales de una hora/hora y media de duración en el servicio de Traumatología del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.
 - Se han impartido hasta la fecha 37 talleres en los que han participado 142 cuidadores

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la información proporcionada antes del alta a los cuidadores de pacientes crónicos y dependientes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

536

CONSULTA DE HISTEROSCOPIA AMBULATORIA DE ALTA RESOLUCION

2. RESPONSABLE MERCEDES SOBREVIELA LASERRADA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLORES JIMENEZ MARTINEZ-MEDICO-HCU LOZANO BLESA-UNIDAD HISTEROSCOPIA
MANUEL ROMERO CARDIEL-MEDICO-HCU LOZANO BLESA-UNIDAD HISTEROSCOPIA
PEDRO GONZALEZ RAMOS-MEDICO-HCU LOZANO BLESA-UNIDAD HISTEROSCOPIA
M*JOSE BOILLOS-MEDICO-HCU LOZANO BLESA-MIR
ANA BELTRAN-ATS-HCU-CIRUGIA AMBULATORIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patologia uterina confirmada mediante histeroscopia diagnostica, precisa en un elevado numero de casos un tratamiento quirurgico histeroscopico que generalmente se realiza en el momento actual en cirugia programada y bajo anestesia locorregional. En los dos ultimos años han aparecido nuevos instrumentos quirurgicos histeroscopicos de menor calibre que permiten realizar una intervencion quirurgica sin anestesia y durante el mismo acto diagnostico, lo que conlleva una resolcuion completa del proceso inicial, con el consiguiente beneficio para la paciente .
Esto nos permitiria la liberacion de tiempo de ocupacion de quirofono para otros procesos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha comenzado a trabajar en las sesiones de histeroscopia diagnostica con un terminal bipolar comprobando la aplicabilidad del proyecto

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Poder resolver ad integrum el 20-25% de los casos en el quirofono ambulatorio mediante histeroscopia diagnostica, con lo que disminuiremos en ese mismo porcentaje la lista de espera quirurgica, la ocupacion de quirofono y ocupacion de camas de hospitalizacion asi como evitaremos la morbimortalidad derivada de las tecnicas anestias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Utilizar el terminal bipolar histeroscopico adaptablde al canal de trabajo del histeroscopia diagnostico para la reseccion de lesiones polipoides de pequeño-medio tamaño que precisarian de ingreso y cirugia histeroscopica convencional

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Analisis prospectivo de los casos en los que se realiza histeroscopia diagnostica y permiten la resolucion el problema en el mismo acto ambulatorio durante los proximos 12 meses y compararlos con los casos que han sido realizados en los 12 meses previos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-10 a Febrero-11
Realizacion de 7 histeroscopias ambulatorias semanales
Evaluacion de los parametros con las realizadas en los 12 meses previos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· equipo de grabacion de imagenes de alta resolucion 1.500 €
Total 1.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

524

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO): INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

2. RESPONSABLE MAURICIO TAJADA DUASO

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DANIEL ORÓS LOPEZ-MÉDICO-HCU- FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
PURIFICACIÓN MATEO ALCALÁ-MÉDICO-HCU-FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
ANA CRISTINA LOU MERCADÉ-MÉDICO-HCU-FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
ANA EZQUERRA GIMÉNEZ-MÉDICO-HCU-FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
CARMEN PÉREZ-SERRANO ARTIGAS-MÉDICO-HCU-MIR OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
OLIVIA LAFALLA BERNAD-MÉDICO-HCU-MIR OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
PILAR PÉREZ HIRALDO-MÉDICO-HCU-JEFE DE SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuación con el programa de prevención de la mutilación genital femenina (MGF) que se viene desarrollando satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad desde el año 2002 en el HCU y desde el año 2008 también en el HUMS.

El Programa de prevención de la mutilación genital femenina incluye:

1. Informar a las mediadoras socioculturales sobre las mujeres procedentes de países reconocidos como de riesgo de MGF que acuden al HUMS.
2. Prevenir y evitar la práctica de la MGF en las hijas de las mujeres que provienen de países reconocidos como de riesgo.

Con este proyecto se persigue una doble finalidad:

1. Mejorar la asistencia obstétrica a las mujeres que presentan una MGF.
2. Informar y sensibilizar a las comunidades procedentes de países de riesgo y a los profesionales sanitarios

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. • Intervención preventiva en el hospital mediante la identificación, registro, entrevista y entrega de folleto informativo a través de las mediadoras socioculturales a todas aquellas mujeres procedentes de países considerados de riesgo de MGF que dieron a luz en el HCU. Este año hemos trabajado conjuntamente (Hospital Clínico, Hospital Miguel Servet, Hospital San Jorge de Huesca y voluntarios de Médicos del Mundo) con tres mediadoras culturales.

- Análisis estadístico del libro de paritorios del año 2009 por países de riesgo de MGF. hemos registrado en el libro de partos 75 mujeres procedentes de países considerados de riesgo de entre ellos se han detectado 20 casos con MGF, aunque sólo en 11 de ellas se ha podido realizar la entrevista preventiva por una de las mediadoras socioculturales.
- Colaboración en los cursos dirigido por Médicos del Mundo para mujeres procedentes de países considerados de riesgo, sobre salud materno-infantil y prevención de la MGF.
- Participación en la organización de Talleres de Médicos del Mundo sobre crianza y promoción de la igualdad de género en el colectivo de inmigrantes procedentes de países donde es habitual la práctica de la MGF.
- Colaboración en la formación y sensibilización de profesionales sanitarios de atención primaria y de atención especializada. Se han impartido 22 talleres con la asistencia de 374 profesionales.
- Incorporación de la MGF como tema de formación en la asignatura de obstetricia y ginecología en los estudios de medicina de la Universidad de Zaragoza

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Identificación de mujeres que dan a luz en el HCU a las que se les ha realizado algún tipo de mutilación genital en su infancia. Cambiamos el equipo de mejora trasladándolo a los facultativos que pasan la primera visita del embarazo para intentar ejercer las acciones preventivas con mayor tiempo del que brinda la estancia hospitalaria postparto.

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO): INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

- Se ha formado a un mediador cultural hombre, procedente de Senegal, etnia Fula, para trabajar la sensibilización de forma especial al colectivo masculino del núcleo familiar.
 - Continuar con los talleres y cursos para un acceso correcto al sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil, aprovechando para el abordaje de la MGF.
 - Sensibilización a las estudiantes de enfermería y a las residentes de enfermería obstétrico-ginecológica sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación (igual que ya se realizan en los estudiantes de medicina)
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Registro y análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades de riesgo de MGF.
Carmen Pérez Serrano, Olivia Lafalla, Daniel Orós, Mauricio Tajada
- Identificación de las mujeres con MGF en la primera consulta de gestación.
- Purificación Mateo, Ana C. Lou, Ana Ezquerro, Daniel Orós
- Aviso a Médicos del Mundo una vez detectadas las mujeres con MGF. Planificación de la oportunidad de actuación preventiva mixta (hombre / mujer) a lo largo de la gestación y/o parto.
- Carmen Pérez Serrano, Olivia Lafalla, Mauricio Tajada
- Intervención de los mediadores: Estas mujeres y sus familias son informadas de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Se les entrega un tríptico explicando los riesgos de este tipo de mutilación y al mismo tiempo se cumplimenta una encuesta.
- Mediadores: Mariamma Tunkara, Isatou Gerew, Coumba Sow, Bay Ceesay, Amadou Djiby.
- Colaboración en la preparación de talleres/cursos de salud materno-infantil dirigidos a este colectivo de mujeres y a sus familias.
- Mauricio Tajada, Carmen Pérez Serrano, mediadores y voluntarios de médicos del mundo
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Análisis estadístico del número y nacionalidad de las mujeres de países de riesgo que siguen sus visitas de control prenatal y la asistencia al parto en el HCU y de los casos con MGF registrados, utilizando para ello el libro de paritorios y la base de datos de la primera consulta de gestación.
- Número de entrevistas realizadas en los casos detectados y evaluación de la calidad de las mismas.
 - Número de seminarios de sensibilización en la Facultad de Medicina y en la Escuela de Enfermería.
 - Talleres de información realizados en asociaciones: gbianas, árabes, senegalesas y otras comunidades que lo soliciten
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.
- Los talleres dirigidos a las mujeres y a sus familias se realizan los últimos jueves de cada mes como toma de contacto. Posteriormente se les ofrece realizar un curso profundizando en los temas tratados, durante catorce lunes consecutivos.
 - El trabajo de recogida de datos y de intervención de las mediadoras se realiza de forma continua a lo largo de todo el año según la identificación de nuevos casos de MGF.
 - El análisis estadístico se hace trimestralmente pero se presenta anualmente en la memoria
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|---|-------|
| • Pago de los servicios de mediación a través de la ONG Médicos del Mundo Aragón .. | 300 € |
| • Papelería | 200 € |
| Total | 500 € |
11. OBSERVACIONES. Este proyecto está realizado en coordinación con el del Hospital Miguel Servet con el mismo título en íntima colaboración con el equipo de voluntarios y mediadores de Médicos del Mundo Aragón

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

487

MEJORA DE LA SEGURIDAD, ACCESIBILIDAD E INFORMACION RECIBIDA POR LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO, A TRAVES DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA (CONTINUACION 2009)

2. RESPONSABLE TERESA TEJERO LOPEZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
- Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUTH CADEVILLA NAVAZ-ENFERMERA HCU.LOZANO BLESIA-HOSPITAL DE DIA
ANA DOMENECH OMEDAS-ENFERMERA HCU.LOZANO BLESIA-HOSPITAL DE DIA
CONCHITA BELLO ARRIAGA-ENFERMERA-HCU.LOZANO BLESIA-HOSPITAL DE DIA
YAQUELIN CHAVEZ PILAY-ENFERMERA-HCU.LOZANO BLESIA-HOSPITAL DE DIA
ELENA GONZALEZ AZNAR-ENFERMERA-HCU.LOZANO BLESIA-HOSPITAL DE DIA
RAQUEL ANDRES CONEJERO-MÉDICO-HCU.LOZANO BLESIA-ONCOLOGIA MEDICA
JULIO LAMBEA SORROSAL-MÉDICO-HCU.LOZANO BLESIA-ONCOLOGIA MEDICA

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

Anteriormente (2008) no existían registros de enfermería en el Hospital de Día (HD), donde se atiende a personas enfermas de cáncer, a veces con múltiples problemas de salud y la única información que teníamos de las personas y de su proceso de salud/enfermedad es una copia con papel de calco de la hoja de "Petición Tratamiento Quimioterápico" a farmacia (en ocasiones poco legible e incompleta), sin más datos. Si los pacientes durante el tratamiento presentaban alguna reacción adversa, problemas de toxicidad, o algún incidente, se registraba en la hoja de "Petición Tratamiento Quimioterápico", difícil de recuperar para futuros episodios ya que no iba a la Ha clínica. Tampoco se registraba la información relacionada con los accesos venosos y con otros problemas de salud, de gran importancia en un Hospital de Día Oncohematológico. Cuando los enfermos acudían por primera vez al Hospital de Día con preocupación, y una gran carga emocional, había que informarles sobre el funcionamiento, fechas, extracciones de sangre y otros, además de responder a preguntas del enfermo y la familia en el lugar donde se dan las citas para los tratamientos. Para dar respuesta a la situación anterior en el 2009 se comenzó con los registros de enfermería y la consulta de enfermería. Los contenidos y desarrollo de la misma se consensuaron y definieron en reuniones del grupo de trabajo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 5. -Implantación de la consulta de enfermería:

INDICADORES

-Implantación de la consulta de enfermería: Si
-Nº de pacientes atendidos en consulta de primer día: 412
-Nº de pacientes atendidos en consultas de seguimiento:4711
-Existencia de registros de enfermería en Historia:Cumplido
-Existencia de información y recomendaciones específicas en HA:Existen
-En el mes de Mayo se paso una encuesta de opinión (adaptación de la del Salud) durante dos semanas a 70 personas atendidas en la consulta de enfermería. La entrevista la entrego una voluntaria de la AECC, ajena al equipo de enfermería .La edad media de los encuestados fue de 57,2 años, 29,40% de hombres y 70,60% de mujeres. A la pregunta ¿La información que le han dado las enfermeras en el hospital de día ha sido?, la respuesta fue: 1. Nada satisfactorio: 0%; 2. Poco satisfactorio: 0%; 3. Adecuado :7,2%; 4. Satisfactorio: 28,60%; 5. Muy satisfactorio:64,30%.Como podemos ver entre satisfactorio y muy satisfactorio el resultado es de un 92.9%
-Desde la implantación de la consulta ha aumentado la seguridad debido a la posibilidad de acceder a los datos registrados en anteriores sesiones que ayudan a evitar o minimizar algunas reacciones adversas y toxicidades; también ayuda a detectar posibles errores de medicación.
-Aunque la implantación de la consulta de enfermería es una herramienta útil para aumentar el confort, la seguridad, accesibilidad, información y la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 487

MEJORA DE LA SEGURIDAD, ACCESIBILIDAD E INFORMACION RECIBIDA POR LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO, A TRAVES DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA (CONTINUACION 2009)

satisfacción de los enfermos y enfermas atendidos en el hospital de día, quedan .

-Aspectos pendientes: volver a pasar una encuesta de opinión, chequear una muestra de las 412 historias abiertas. Modificar el momento de hacer el control de toxicidad para que sea más eficiente, registrar las consultas telefónicas ya que hasta el momento ha resultado muy difícil. Analizar el aumento de los tiempos de espera (en los últimos meses) debidos a diversas causas, celador, farmacia, consulta médica y otras

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar los tiempos de espera
-Mejorar la eficiencia de la consulta de enfermería.
-Mejorar la coordinacion y comunicacion con otros servicios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Continuar con la consulta de enfermería (todas las enfermeras)
-Volver a pasar encuesta de opinión. Responsables: Ana Domenech, Conchita Bello y Yaquelin Chavez.
-Analizar la encuesta de opinión y las sugerencias recibidas, Elena González y Teresa Tejero
-Informar a los pacientes de la importancia de comunicar los síntomas que pueden causar el retraso o anulación del tratamiento, entregando hoja explicativa, todas las enfermeras según corresponda
-Hacer el control de toxicidad a primera hora, todas las enfermeras según corresponda
-Coordinar con otros profesionales y servicios, Teresa Tejero y Raquel Andrés
-Elaborar recomendaciones específica sobre efectos adversos de distintos fármacos, Ruth Caudevilla y Julio Lambea

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de Pacientes atendidos en Consulta de Enfermería de primer día
-Nº de pacientes atendidos en Consulta de Enfermería seguimiento
-Nº de consultas telefónicas recibidas a Consulta de Enfermería
-Existencia de registros de enfermería en Historia Clínica (valoración de las necesidades del paciente, toxicidad y administración de tratamientos)
-Existencia de información y recomendaciones específicas (educación para la salud) en Historia Clínica.
-Grado de satisfacción de los pacientes
-Ampliar las recomendaciones específicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaborar recomendaciones específicas: Marzo-Abril
-Coordinacion con otros profesionales y servicios: Marzo a Junio.
-Hacer control de toxicidad: Febrero-Marzo
-Pasar encuesta de opinion: Mayo y Noviembre
-Analizar resultados: Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
..... 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. Pedimos 1000 euros para asistencia a congresos y formacion

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

SISTEMA ACELERADOR DEL ITINERARIO DESDE PRIMER SINTOMA A CISTECTOMIA EN EL CANCER INFILTRANTE VESICAL

2. RESPONSABLE JORGE VALLE GERHOLD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSE MANUEL SÁNCHEZ ZALABARDO-UROLOGO-HCU LOZANO BLESIA
CARLOS MURILLO PÉREZ-UROLOGO-HCU LOZANO BLESIA
BENJAMÍN BLASCO BELTRÁN-UROLOGO-HCU LOZANO BLESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA:

La frecuencia, gravedad y complejidad del cáncer vesical suponen un reto a la organización de un servicio de urología. La calidad de la atención prestada a nuestros pacientes depende en mayor medida que en otros procesos de la perfecta concatenación de pruebas diagnósticas y maniobras de tratamientos, necesitando una coordinación, no solamente dentro del mismo servicio de urología, sino también en relación con otros servicios médicos como los de radiología, oncología médica, anestesia, anatomía patológica o psiquiatría, entre otros, además del apoyo administrativo a nivel de citas y listas de espera quirúrgicas. Desde que aparecen los primeros síntomas, hasta que se realiza el tratamiento curativo mediante cistectomía, son necesarios una serie de pasos que suman sus demoras hasta niveles que pueden hacer peligrar las probabilidades de supervivencia de los pacientes. Es preciso por tanto establecer unos protocolos para detectar los pacientes lo antes posible, en cuanto consulten por los síntomas que pueden alertar de estar sufriendo esta enfermedad, y así poder agilizar al máximo los procedimientos para acortar dicho periodo (Sánchez Ortiz 2003).

UTILIDAD

El cáncer vesical infiltrante crece con rapidez en pocos meses, avanzando con invasión de tejidos vecinos y emitiendo metástasis a distancia. Es conocido que un intervalo de tres meses es suficiente para empeorar notablemente el pronóstico de estos pacientes.

En el Hospital Clínico Lozano Blesa, la demora de las pruebas necesarias para indicar la cistectomía superan, en el mejor de los casos los 200 días, siendo a menudo más de un año el tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la cistectomía. Acortar dicho periodo es de gran importancia para mejorar el pronóstico de los pacientes afectados.

1- Ricardo F. Sánchez Ortiz, William C. Huang, Rosemarie Mick, et al. An interval longer than 12 weeks between the diagnosis of muscle invasion and cystectomy is associated with worse outcome in bladder carcinoma. J Urol 2003 vol 169 110-115)

SITUACIÓN DE PARTIDA

Circuito actual teórico: médico de cabecera o urgencias dan volante para consultas de urología - primera consulta pidiendo urografía y cita a resultados preferente - inclusión en lista de espera - consulta de anestesia - RTU bióptica - cita en consultas al mes para A.P. - petición de TC - anotación en lista de espera para cistectomía - consulta de anestesia - ingreso.

Consultado en el Servicio de citas, este circuito genera una demora total, desde el primer síntoma hasta la cistectomía que puede variar entre 228 y 272 días.

Salto del circuito por gestiones personales: debido a las graves consecuencias que se observan dejando los pacientes en el itinerario habitual, puntualmente se realizan gestiones en distintos puntos para agilizarlo: cita y diagnóstico ecográfico en la CAR o derivación inmediata desde otra consulta del ambulatorio - anotación directa en cistoscopias - salto de la LEQ mediante ingreso desde urgencias - salto de la consulta de anestesia para hacer preoperatorio ingresado - petición del TC durante el ingreso - alta con fecha para cistectomía - alta con cita en consultas de cistectomías - valoración de anestesista ingresado dos días antes de la cistectomía.

Esto genera una demora total, desde el primer síntoma hasta la cistectomía, entre 48 y 202 días.

POSIBLES CAUSAS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

SISTEMA ACELERADOR DEL ITINERARIO DESDE PRIMER SINTOMA A CISTECTOMIA EN EL CANCER INFILTRANTE VESICAL

- 1- Escaso porcentaje de primeros días en Consulta de Alta Resolución (CAR): Solo existe una consulta de estas características en el ambulatorio Inocencio Jiménez. Ventajas respecto a las otras: dispone de más tiempo para atender a los pacientes, al menos 30 minutos y de ecógrafo en la misma consulta. De esta forma se puede historiar correctamente a los pacientes y con el ecógrafo es posible diagnosticar, o al menos orientar a una buena parte de ellos. Dispone de un cistoscopio flexible, de suma importancia para este tipo de patología. El problema es que tan solo unos pocos de los pacientes que acuden por primera vez a las consultas lo hacen a través de esta consulta, además las citas no son todavía todo lo afinadas que sería de desear, dado que se citan numerosas banalidades como solicitantes de vasectomía, o circuncisión, o tratamiento por impotencia los mismos días en que se están citando pacientes al resto de las consultas que sí podrían beneficiarse.
- 2- Demora excesiva de las ecografías: una buena parte de los pacientes se citan de primer día en las consultas normales (no CAR), para ellos la prueba más eficiente es sin duda la ecografía: es la más barata, la más inócua y ofrece el diagnóstico en la mayoría de los pacientes, sin embargo es impracticable su uso en estos pacientes, ya que la demora para la misma la ha convertido en algo temerario. Además, esta demora complica extraordinariamente el seguimiento en los pacientes a los que no se llega al diagnóstico en un primer momento y es necesario seguir investigando.
- 3- Demoras excesivas en la TC: una TC de entrada puede dar el diagnóstico de certeza en la mayor parte de los pacientes, evitando el trauma de la cistoscopia, con la ventaja de que también da la información del conjunto de órganos relacionados que pudieran estar afectados cuando se tratase de un tumor infiltrante (ureterohidronefrosis, adenopatías, metástasis a distancia, etc). Por su demora no suele usarse de entrada, tan solo, cuando se sospecha que existe tumor infiltrante, se va solicitando para tenerlo ya listo cuando haya que plantear la cistectomía. Para garantizar una realización urgente, es preciso ingresar al paciente un número indeterminado de días, con el gasto que eso conlleva al hospital, la mala imagen que se proyecta y el desgaste psicológico a un paciente sometido a una gran presión de pruebas.
- 4- Demora de la consulta de urología: salvo los pocos casos que son ingresados de urgencia, cuando la hematuria es tan grave que así se aconseja, la demora de la consulta se suma una y otra vez al proceso tras cada prueba realizada, por eso esta cifra es especialmente importante. En el ambulatorio se revisan las pruebas complementarias en cuanto se reciben, se llama a los pacientes en cuanto se detecta algo anormal y se les cita dentro de una agenda de órdenes médicas gestionada desde la misma consulta. Todo esto se ha gestionado por el personal de la misma consulta, sin registro estadístico y sin el beneplácito explícito de dirección, por lo que su permanencia en el tiempo es frágil.
- 5- Abuso de cistoscopia rígida: la inmensa mayoría de las cistoscopias se hacen con un endoscopio metálico, por tanto rígido y muy doloroso para el paciente. Se trata de una costumbre más que de una cuestión de calidad. Existe un cistoscopio flexible, el cual tiene más de 15 años y casi nadie utiliza. Se llega a los extremos de pedir una cistoscopia con anestesia cuando el dolor es insoportable, antes que realizar la cistoscopia flexible. El cistoscopio rígido no añade calidad significativa de las imágenes, dificulta la visión de los ángulos vesicales y atemoriza a los pacientes que deben someterse periódicamente.
- 6- Demora de la consulta de anestesia: con frecuencia supera la de la propia lista de espera quirúrgica, lo que obliga a retrasar las intervenciones en pacientes ya diagnosticados y de los que se conoce su premura. Cuando se trata de pacientes graves, en muchas ocasiones es preciso buscarles un hueco de quirófano con rapidez y esto es imposible si no se conoce la fecha en la que serán visitados por el anestesista; otros pacientes, tras un primer tiempo quirúrgico, necesitan otro tiempo en una o dos semanas para biopsiar la base del tumor que sangró excesivamente en el primer tiempo, obligando a dejar pasar mucho más tiempo para volver a informar de la misma anestesia que ya sufrió la primera vez. La solución más común es ingresar unos días antes a los pacientes y solicitar una colaboración a anestesia, lo que implica un gasto enorme al hospital, un desgaste añadido a pacientes que, por su propia patología, van a necesitar de un número importante de pruebas, consultas e ingresos y la inseguridad de que de hecho se realice dicha colaboración a tiempo antes de la intervención.
- 7- Lista de espera quirúrgica: el número de RTU de carcinoma vesical que se realizan al año en nuestro servicio es muy importante, muchos son por recidivas de tumores superficiales, con una urgencia relativa. Al estar casi siempre los tumores infiltrantes entremezclados en la lista con el resto de tumores superficiales, esta lista alarga, a veces durante meses, su espera a ser tratados. Hay que añadir que en numerosas ocasiones son necesarias varias RTU biópsicas para confirmar el alcance de la infiltración.
- 8- Informes de anatomía patológica: son la base para realizar la indicación de cistectomía en la mayoría de los casos. Su demora de una o dos semanas no es un grave problema, pero en la mayoría de ellos, sorprendentemente, no consta la descripción microscópica. Tras múltiples protestas, en algunos casos, alargan la frase del epígrafe diagnóstico haciendo constar que se ve infiltración muscular, pero sin describir una sola palabra en el epígrafe de la descripción microscópica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

SISTEMA ACELERADOR DEL ITINERARIO DESDE PRIMER SINTOMA A CISTECTOMIA EN EL CANCER INFILTRANTE VESICAL

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En primer lugar, mediante el diagnóstico de los puntos débiles del itinerario de estos pacientes y su corrección se espera mejorar la esperanza de vida de los pacientes afectados de cáncer infiltrante de vejiga. Además, la utilización más eficiente de los medios disponibles, adecuándolos a las necesidades propias de estos pacientes, en lugar de aplicarlos de la misma manera que a enfermedades menos agresivas (como es el caso de los tumores superficiales de vejiga), acortará el tiempo de sufrimiento de la enfermedad a los pacientes y reducirá gastos al hospital

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEDIDAS PREVISTAS

Dentro de un contexto más amplio que el presente proyecto de calidad, se va a intentar mejorar el conjunto de los puntos débiles anteriormente citados. Para el presente proyecto se presentan las siguientes propuestas:

SITUACIÓN INICIAL (antes de resección bióptica):

Implantación de una lista de signos de alarma de cáncer infiltrante con itinerario indicativo, difundiendo en folleto indicativo en todas las consultas y secretaría del Servicio de Urología. Puntos a considerar en dicho folleto:

- 1- Alta sospecha en la CONSULTA, una vez vistas las pruebas: SIGNOS DE ALARMA: gran masa, afectación ureteral, mal estado general, clínica irritativa, lesiones planas.
- 2- Alta sospecha en URGENCIAS : SIGNOS DE ALARMA: gran masa, afectación ureteral, mal estado general.
- 3- Posteriormente, en base a este reconocimiento para un paciente, gestionar un grado especial de preferencia para las pruebas pendientes de realizar (ecografías, consultas de resultados, cistoscopias, lista quirúrgica, etc)
- 4- Lista de Espera Quirúrgica: Etiquetado Específico en la ficha de lista de espera quirúrgica, o bien citación directa en el parte de quirófano, o bien a través de su presentación en la sesión de la subcomisión de tumores urológicos.

SITUACIÓN TRAS LA RTU BIÓPTICA SOSPECHOSA DE CÁNCER INFILTRANTE:

Se realizará protocolo de actuaciones en base a las siguientes consignas, con el fin de evitar variabilidad según existan o no gestiones personales:

- 1- Durante la RTU: fotos de las imágenes tumorales, resección por separado de las diferentes áreas tumorales, con lavado de la vejiga antes de proceder al siguiente tramo; resección aparte de la base tumoral, con toma de biopsia fría no artefactada por el bisturí; evitar empeñarse en la resección completa si es muy probable la cistectomía y infiltra muy en profundidad (para evitar expansión tumoral fuera de la vejiga y evitar adherencias que dificulten la cistectomía).
- 2- Solicitar con la mayor brevedad la realización de TC.
- 3- Presentar en subcomisión de tumores con la mayor celeridad y anotar en parte de quirófano por si se indica la cistectomía en cuanto se confirme la A.P.
- 4- Insistir al Servicio de Anatomía Patológica acerca de la importancia del informe microscópico.
- 4- El urólogo responsable del paciente (su cirujano) o en su defecto los miembros integrantes del presente proyecto, deberán estar atentos a la recepción de los resultados, informar de la cistectomía al paciente y su familia recabando el correspondiente consentimiento informado, informarles de la fecha, de sus complicaciones, de sus alternativas y de la derivación más adecuada (neovejiga o bolsa cutánea).
- 5- Cursar colaboración al banco de sangre para autotransfusión en cuanto se conozca la fecha de la cistectomía.
- 6- Citar a la consulta de UROCIS (consulta semanal ya existente, monográfica para cistectomizados), a quienes no puedan permanecer ingresados el tiempo suficiente, para acelerar en lo posible los pasos, procurando informar al paciente y a la subcomisión de tumores, fijando una fecha para la cistectomía e ingresar con tres días de tiempo para cursar colaboración al servicio de anestesia y realización de TC.
- 7- Considerar en la comisión, con el oncólogo, la indicación de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo desde primer síntoma hasta cistectomía en los pacientes que debutan con tumor vesical infiltrante (previstos 25 pacientes en un año): debe disminuir por debajo de 4 meses.

Situación tumoral: mejoría de la distribución de frecuencias de las distintas fases TNM al haberse intervenido antes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

SISTEMA ACELERADOR DEL ITINERARIO DESDE PRIMER SINTOMA A CISTECTOMIA EN EL CANCER INFILTRANTE VESICAL

Estancia hospitalaria menor durante las cistectomías: como consecuencia de la mejor situación oncológica de los pacientes debería disminuir la tasa de complicaciones y mejorar por tanto la estancia media

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo- junio 2010: Consensuar los puntos de alarma, imprimirlos para facilitar su difusión en las consultas y explicarlos en Sesión Clínica a todos los médicos del Servicio de Urología.
Septiembre 2010 disponer de código indicativo en las fichas de lista de espera quirúrgica para diferenciar el tumor infiltrante del tumor superficial de vejiga y explicar su significado a todas las partes implicadas.
Noviembre 2010: implantación definitiva del itinerario de los pacientes tras la resección sospechosa de tumor infiltrante para agilizar los trámites hasta la cistectomía.
Enero 2011: evaluación de resultados según los indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 439

IMPLANTACION DE UN PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGIA

2. RESPONSABLE MARIA PURIFICACION VENTURA FACI
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
 - Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- TERESA GIMÉNEZ JÚLVEZ-MEDICO MEDICINA PREVENTIVA-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
M^a CARMEN AGUIRREGOMOCORTA CAUSAPE-SUPERVISORA ENFERMERÍA NEONATOLOGÍA- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
SOFÍA VALLE GUILLEN-PEDIATRA NEONATOLOGÍA- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
M^a VICTORIA MALLEN ALASTRUEY- ENFERMERA NEONATOLOGÍA- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
OLGA BUENO LOZANO-PEDIATRA NEONATOLOGÍA- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
ENCARNACIÓN MARCO GIL- AUXILIAR DE ENFERMERÍA NEONATOLOGÍA- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
GERARDO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ-PEDIATRA NEONATOLOGÍA- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
M^a PILAR SAMPER VILLAGRASA-PROFESORA COLABORADORA DE PEDIATRÍA- DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA-FACULTA DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad clínica es un componente esencial en la calidad asistencial. Es el resultado de decisiones que se deben tomar a todos los niveles, desde la política sanitaria, continuando por la gestión de los centros y unidades asistenciales y por último en las decisiones junto con el paciente, en quirófano, en consulta o en su hospitalización(1).

Se han realizado, a lo largo de los últimos años, diversos estudios para conocer la epidemiología de los eventos adversos (EA) en la asistencia sanitaria, encontrándose que casi la mitad de los EA podrían ser evitables. Para ello, es fundamental, el conocimiento y la sensibilización entre los profesionales ya que esto facilitará prevenir lo fácilmente evitable, no hacer aquello que es inadecuado o innecesario y además comporta riesgo, y hacer más improbable lo difícilmente evitable(2).

Para sensibilizar a los profesionales es imprescindible fomentar una cultura de seguridad en las Unidades, que potencie el trabajo en equipo, mejore la comunicación y la seguridad del paciente, lo que se ha denominado en varios estudios, desarrollar Planes de Seguridad Integral en las Unidades.

Este concepto se encuentra descrito en las investigaciones realizadas por el equipo de Peter Pronovost en la Universidad de Johns Hopkins (Estados Unidos) que ha adoptado el Ministerio de Sanidad y Política Social para prevenir las bacteriemias asociadas a catéter, en un proyecto denominado "Bacteriemia Zero" y que se está desarrollando a nivel nacional en todas las UCIs de adultos españolas, incluidas las aragonesas(3).

La novedad y el éxito del programa proviene de la combinación de dos elementos clave inseparables entre sí, la actuación con medidas basadas en la evidencia científica, en este caso, para la prevención de bacteriemias relacionadas con el catéter, pero se ve como imprescindible el desarrollo de un programa para la mejora de la cultura de la seguridad basado en acciones y actividades para la mejora del trabajo en equipo y para aprender de los errores.

Extender el Plan de Seguridad Integral de dicho proyecto a Unidades de alto riesgo como pudiera ser la Unidad de Neonatología(4), parece fundamental ya que este proyecto va a aportar pautas y herramientas para la organización, formación, implementación, difusión, evaluación y seguimiento de esta línea de intervención.

Como parte de este plan se ve necesario establecer mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos del sistema mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos. que permitan eliminar los riesgos evitables, controlar los más difícilmente evitables y mitigar sus consecuencias.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

439

IMPLANTACION DE UN PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Los objetivos de este proyecto son: el desarrollo de un Plan de Seguridad Integral que actúe de marco estratégico para fomentar la cultura proactiva y anticipatoria de seguridad, basada en la formación sobre gestión del riesgo y en el establecimiento de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos que nos permitan identificarlos y así priorizar acciones de mejora específicas.

1. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, editores. Gestión sanitaria: calidad y seguridad en los pacientes. Madrid: Díaz de Santos; 2008.
2. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E et al. Incidence of adverse events (AEs) related to health care in Spain. Results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). JECH. En prensa 2008.
3. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel C, et al. Improving patient safety in intensive care units in michigan. J Crit Care. 2008; 23(2):207-221.
4. Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ. Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. Qual Saf Health Care 2007;16:116-126

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el desarrollo de un plan para la mejora de la cultura de la seguridad conseguiremos evaluar la cultura de seguridad en nuestra Unidad, fomentar un sistema de trabajo en equipo y mejorar la comunicación, adquirir habilidades para identificar errores, detectar los incidentes y EA más frecuentes en nuestra Unidad, analizarlos y priorizar las medias necesarias para evitar que vuelvan a ocurrir o disminuir su aparición en la medida de lo posible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para el desarrollo de este PSI se van a desarrollar 5 pasos:

- Paso 1. Evaluar la cultura de seguridad (basal) (Responsables: Dra. Ventura y Dra. Giménez)
 - Paso 2. Educar en cultura de seguridad. Consiste en impartir formación en gestión del riesgo y mejora de la comunicación y del trabajo en equipo. (Responsables: Todo el equipo)
 - Paso 3. El personal es capaz de identificar errores. Mediante el desarrollo de un Sistema de Monitorización, Medición y Notificación en la Unidad) (Responsables: Todo el equipo)
 - Paso 4. Establecimiento de alianzas (Responsable: Dra. Ventura)
 - Paso 5. Aprender de los errores. Una vez identificados los incidentes y EA, analizar los fallos o errores que han podido influir en su desarrollo. Posteriormente, estos se sintetizaran en un resumen y difundiran a todos los componentes de la Unidad. (Responsables: Todos)
- Además de una evaluación de la cultura de seguridad (periódica) (Responsables: Dra. Ventura y Dra. Giménez)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Evaluación cultura de seguridad (análisis de la encuesta) (si/no)

2. Acreditación del curso de formación en Seguridad del paciente y gestión del riesgo. (si/no)
3. Formación en Seguridad del paciente y gestión de riesgos (>80% del personal)
3. Diseño del formulario de notificación de EA (si/no)
4. Difusión del Sistema de Monitorización, Medición y Notificación en Seguridad del Paciente (SP) (100 %)
5. Análisis y difusión de los informes de los efectos adversos analizados (bimensual desde su implantación)
6. Priorización de las medidas a implantar tras el análisis de los efectos adversos analizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: Marzo 2010- Marzo 2011

- Calendario:
1. Valoración de la cultura de la seguridad en la Unidad previo al inicio del proyecto mediante la realización de la encuesta de seguridad de pacientes (Marzo y Abril 2010 y reevaluación marzo 2011)
 2. Creación del Grupo de Mejora de Seguridad en la Unidad (Marzo 2010)
 3. Formación en Seguridad del paciente y gestión de riesgos al Grupo de Mejora (Abril 2010)
 4. Formación al resto de la Unidad (Mayo, Junio, Julio 2010)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 439

IMPLANTACION DE UN PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGIA

- 5. Elaboración y difusión del Sistema de Notificación y Aprendizaje en SP (Abril, Mayo, Junio y Julio 2010)
- 6. Implantación del Sistema de Notificación (Julio 2010)
- 7. Análisis y difusión de los informes de efectos adversos (Julio 2010 -Marzo 2011)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Escaner color	360 €
· Puesto de trabajo	770 €
Total	1.130 €

11. OBSERVACIONES. El ordenador nos mejoraría el sistema de declaración y confidencialidad, ya que los que disponemos son comunes para varias personas, pero es más necesario el escaner

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

030

ELABORAR PLANTILLA DE TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO INSERTADA AL PROGRAMA UNIDOSIS INFORMATIZADA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR YAGÜE ALVAREZ
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA AY B
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDO RUIZ LAIGLESIA-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA
CARMEN BLANCA TORRUBIA PEREZ-MEDICO-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA
MERCEDES ARENERE MEDOZA-FARMACEUTICA-HCU LOZANO BLESA
ROSARIO SANCLEMENTE LABARTA-DUE-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA
ROSARIO GARIJO CAMARA -DUE-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA
ANA GARCIA BARRECHEGUREN-DUE-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA
MARIA JOSE PALACIAN SANTOLARIA-DUE-MEDICINA INTERNA-HCU LOZANO BLESA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la presión asistencial que vivimos en estos días, el pase de visita conlleva cambios en el tratamiento de pacientes, que se hacen a pie de cama en algunas ocasiones o, si es farmacológico, al final del pase en los ordenadores. Es frecuente, con la celeridad en el pase, síntomas que se comunican durante el paso de una habitación a otra... que indicaciones terapéuticas no farmacológicas, se olviden de transcribir posteriormente a las órdenes de tratamiento. Esta situación da lugar a:

- 1.- Dificultad para reflejar cambios de cuidados después del pase de visita, ya que la comunicación sólo ha sido verbal; de esta manera sería inmediato
- 2.- Preparaciones de pruebas que se comienzan con el tiempo justo, se actualizarían dichas preparaciones
- 3.- Los errores de tratamientos no farmacológicos o la no aplicación de ellos, detectados en el momento actual, disminuirían al estar toda la información actualizada "in situ"

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. - Elaboración de plantilla para el registro de las órdenes de tratamiento no farmacológicas, linkada al programa de unidosis farmacológica informatizada

2.- Evitar errores, en aplicación de tratamientos no farmacológicos, los cuales se pautan en el texto asociado del programa al estar actualizado en todo momento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. - Celebración de reuniones del equipo de mejora, para determinar consensuadamente (médicos, enfermeras y farmacéuticos) los parámetros más idóneos y cómo rellenar sus campos.

2. - Elaboración de la plantilla con los resultados del consenso de las reuniones.
3. - Implementación del pase de visita en la unidad con los tablets, incorporando los cambios "in situ"
4. - Medición de errores en administración de tratamiento no farmacológico.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 078

VALORACION DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP DEL PILAR

2. RESPONSABLE NOELIA HERAS ALONSO

- Profesión ATL
- Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOLORES LAFUENTE GUMIEL-AUXILIAR DE ENFERMERIA-CRP DEL PILAR-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA(UME)
LUCIA PEREZ MARTINEZ-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP DEL PILAR-TALLER DE MANIPULADOS
ARANCHA MUNARRIZ JIMENEZ-AUXILIAR DE ENFERMERIA-TALLER DE MANIPULADOS
ANABEL CAMPO-PSICOLOGA-CRP DEL PILAR-UME
ANDRES MARTIN-PSIQUIATRA-CRP DEL PILAR-UME
EUGENIA GONZALEZ-PSIQUIATRA-CRP DEL PILAR-UME
CARMEN ORTEGA-PSIQUIATRA-CRP DEL PILAR-UME

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. VALORACION HOMOGENEA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA. ES IMPORTANTE OBTENER LOS MISMOS DATOS DE TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS, DE LAS AREAS RELEVANTES QUE SE VAN A TRABAJAR DURANTE EL PROCESO REHABILITADOR. HOY DISPONEMOS DE HERRAMIENTAS ESTANDARIZADAS Y VALIDADAS INTERNACIONALMENTE QUE FACILITAN EL TRABAJO CON EL PACIENTE CON T.M.G.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. QUE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UME DEL CRP DEL PILAR TENGAN INCLUIDAS EN SU HISTORIA CLINICA LAS VALORACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE DETALLO EL SIGUIENTE APARTADO. QUE ESTA INFORMACION SE TRANSMITA AL EQUIPO Y SE TENGA EN CUENTA A LA HORA DE ELABORAR EL PIR (PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DURANTE LOS 20 DIAS QUE SIGUEN AL INGRESO DEL PACIENTE, PASARLE LAS SIGUIENTES VALORACIONES:

- CUESTIONARIO DE MOTIVACION PARA EL TRABAJO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRONICA. (COLIS,GALILEA,1996)
- AUTOEVALUACION OCUPACIONAL (KIELHOFNER,1995)
- LISTADO DE INTERESES EN ACTIVIDADES
- LISTADO DE ROLES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -QUE EL 100% DE LOS NUEVOS INGRESOS TENGAN EN SU HISTORIA EL CUESTIONARIO DE MOTIVACION LABORAL

- QUE EL 100% DE LOS NUEVOS INGRESOS TENGAN INCLUIDO LA AUTOEVALUACION OCUPACIONAL
- QUE EL 50% TENGAN INCLUIDO EL LISTADO DE ROLES E INTERESES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DEL 1 DE MARZO DE 2010 AL 1 DE MARZO DE 2011.

CRONOGRAMA: A CADA FECHA DE INGRESO SE PROCEDERA A LA ENTREVISTA Y VALORACION POR PARTE DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DIDACTICO	300 €
· MATERIAL EDUCATIVO	300 €
· BIBLIOGRAFIA	300 €
Total	900 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 078

VALORACION DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP DEL PILAR

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

415

ADECUACION DE LOS TALLERES PRELABORALES DEL CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

2. RESPONSABLE LUCIA PEREZ MARTINEZ
- Profesión MEDICO
 - Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
 - Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL / CENTRO OCUPACIONAL DELICIAS
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ARANZAZU MUNÁRRIZ JIMÉNEZ-AUXILIAR ENFERMERÍA-CRP NUESTRA SRA. DEL PILAR-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
NOELIA HERAS ALONSO-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP NUESTRA SRA. DEL PILAR-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
MARIA DOLORES LAFUENTE GUMIEL-AUXILIAR ENFERMERÍA-CRP NUESTRA SRA. DEL PILAR-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
JESÚS MIGUEL SANCHO LOPEZ-JEFE DE TALLER-CRP NUESTRA SRA. DEL PILAR-MANTENIMIENTO
DAVID MORENO CARBONEL-CALEFACTOR-CRP NUESTRA SRA. DEL PILAR-MANTENIMIENTO
EMILIO BARCELONA CIMORRA-OFICIAL FONTANERO-CRP NUESTRA SRA. DEL PILAR-MANTENIMIENTO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los talleres prelaborales se realizan en el pabellón de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar, su finalidad es iniciar una inserción sociolaboral de personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Los usuarios que acuden a estos talleres son personas con una gran afectación de su vida diaria debido a la enfermedad, han sido derivados por su psiquiatra considerando que necesitan una ocupación prelaboral. Para muchos de ellos acudir a estos talleres les hace sentirse parte de la sociedad "trabajadora/activa", además de estructurar su jornada y adquirir o mejorar habilidades, actitudes...

En estos talleres se realiza trabajo real lo que conlleva un grado de exigencia alto de esfuerzo físico, concentración, cumplimiento de plazos...

Resultaría obvio decir que hace frío en invierno y calor en verano, pero la realidad es que existen quejas verbales de muchos de los usuarios al respecto.

Tras varias reuniones, creemos prioritario evitar el excesivo calor en las diferentes estancias utilizadas para realizar los diferentes trabajos durante el período estival. Hay que tener en cuenta que nos referimos a una población que suele tener sobrepeso, tendencia a sentir malestar general (nauseas, mareos...), desmotivación para la higiene personal, vestuario reducido, sudoración profusa. Todo ello unido a una climatización insuficiente constituye una situación en la que es muy difícil establecer un ritmo de trabajo y un bienestar que favorezca el proceso de inserción que se pretende conseguir.

Ya se han realizado intentos de mejorar el clima utilizando los medios existentes: encender los elementos climatizadores disponibles desde primera hora de la mañana para que al momento de recibir a los usuarios el clima sea adecuado, mantener cerradas todas las puertas y ventanas mientras funcionan los elementos climatizadores... pero todas las medidas son insuficientes por lo que hemos visto la necesidad de iniciar este proyecto de mejora, adecuando en este período 2010 la estancia más utilizada y postergando para próximos períodos el resto de las estancias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de los grados de temperatura en las estancias utilizadas para realizar el trabajo en los meses de verano. Aumento del bienestar de los usuarios. Disminución de los mareos asociados al clima de las estancias, disminución de la sudoración. Aumento del ritmo y motivación para el trabajo en los períodos más calurosos. Minimización de los efectos de la escasez ocasional de higiene personal en el resto de los usuarios que comparten lugar de trabajo. Dignificación de los usuarios de los talleres prelaborales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se creará una encuesta de "clima laboral" y se facilitará a todos los miembros del equipo que tienen relación con los

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 277

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE OBSERVACION DE PSICOMOTRICIDAD PARA PACIENTE CON T.MARIAG.

2. RESPONSABLE PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
 - Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
 - Servicio/Unidad .. C.DIA ROMAREDA Y VI P. PSICOGERIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LIDIA ESTEBAN DOMINGUEZ- AUXILIAR DE T.O.- VI PABELLON-CRP NTRA SRA DEL PILAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la cartera de servicios del Salud se registra la actividad de la psicomotricidad en los dispositivos de Salud Mental, hemos observado que la práctica psicomotriz se realiza de forma variable entre los diferentes servicios, no existiendo un criterio único ni en la valoración, ni en la práctica. Esto hace que no se realice en todos los servicios, ni se haga de forma continua, ni siga un patrón en la práctica diaria. Este trabajo pretende crear una guía de observación en la psicomotricidad que sirva para unificar criterios de actuación en la práctica de la psicomotricidad en los diferentes servicios de SALUD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aproximar la guía de observación de la practica psicomotriz al trabajo de Terapia Ocupacional en la rehabilitación psiquiatrica. Integrar la guía en un plan de intervención de T.O. en el plan individualizado de rehabilitación y reinserción. PIRR y en los abordajes terapeuticos globales.
- Generalizar su aplicación a los diferentes servicios de rehabilitación con pacientes con T.M.G.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de las guías de observación de psicomotricidad en salud Mental y preselección de aquellas que podrian ser válidas.
- Revisión de la bibliografía de guías de observación de psicomotricidad.
- Elaboración de una guía de observación para la aplicación en la práctica psicomotriz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Creación e implementación del documento.
- N° de sesiones con estructura y objetivos en referencia a la guía.
 - N° de pacientes valorados a partir de la guía de observación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FEBRERO- MARZO 2010 diseño de la guía de observación
ABRIL 2010 Revisión de la guía y corrección de posibles errores.
MAYO JUNIO Estructuración de las sesiones en función de objetivos.
JULIO A DICIEMBRE de 2010 implementación del documento al grupo de pacientes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|-------------------------------------|-------|
| • MATERIAL DE PSICOMOTRICIDAD | 200 € |
| Total | 200 € |

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 320

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD

2. RESPONSABLE PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
• Profesión MEDICO
• Centro CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
• Servicio/Unidad .. C.D.ROMAREDA Y PSICOGERIATRIAVI PABELLON
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NOELIA HERAS ALONSO- TERAPEUTA OCUPACIONAL-U.M.E.CRP NTRA SRA DEL PILAR
LUCIA PEREZ MARTINEZ- TERAPEUTA OCUPACIONAL-C.O.DELICIAS- CRP NTRA SRA DEL PILAR
MONICA MAICAS CORTÉS- TERAPEUTA OCUPACIONAL DE PSICOGERIATRIA- V PABELLON- CRP NTRA SRA DEL PILAR
MARIA MARTINEZ LOSA HERNANDEZ-TERAPEUTA OCUPACIONAL-HCU LOZANO BLESAS- H.D. PSIQUIATRÍA
LUCIA MONTEAGUDO EGEA- TERAPEUTA OCUPACIONAL-U.L.E.-CRP NTRA SRA DEL PILAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El año pasado se creó un grupo de trabajo formado por terapeutas ocupacionales del SALUD, que ejercen su profesión en Salud Mental. Este trabajo pretende detectar oportunidades de mejora en la intervención/tratamiento con el paciente con TMG.Utilizando un sistema de trabajo del ciclo PDCA que proporciona una cultura de trabajo dinámica hacia la mejora continúa de atención al paciente con T.M.G. Este grupo creó un documento único de valoración de las tres áreas de trabajo de la Terapia Ocupacional, para aproximar la información referente al área de T.O. al resto del equipo de rehabilitación. Este documento se crea para satisfacer las siguientes necesidades:

- La historia ocupacional no se recoge de forma uniforme en las diferentes unidades de Terapia Ocupacional, existiendo una variedad de criterios e instrumentos todos ellos sin consensuar entre colegas profesionales.
- Necesidad de contar con un único instrumento de recogida de datos en los servicios de Terapia Ocupacional que sirva de guía y estructura a otros Terapeutas Ocupacionales
- Facilitar la comunicación entre diferentes servicios y profesionales a través de este documento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Aproximar la información referente a la intervención de terapia ocupacional al resto de profesionales del equipo de rehabilitación con pacientes con T.M.G.
- Integrar este documento a la documentación necesaria para derivar a los pacientes entre los diferentes servicios del centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para crear este documento las terapeutas ocupacionales del CRP Ntra. Sra. del Pilar nos reunimos una vez al mes y los Terapeutas Ocupacionales de Aragón tres veces al año, una vez en cada provincia de Aragón. En estas reuniones aportamos toda la documentación necesaria, valoraciones ya estandarizadas, información sobre el tema etc.. El grupo acuerda un modelo de valoración y después es revisado y corregido, añadiendo los datos que consideramos útiles basándonos en nuestra experiencia. Este año revisaremos las escalas utilizadas, para introducir nuevas escalas y desechar otras menos útiles en nuestra práctica clínica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Revisión de las escalas que se utilizan.
? Continuar valorando a los nuevos ingresos.
? Valorar algún paciente que ingresó en 2008
? Revisión de las dificultades de la incorporación del documento a la práctica clínica.
? Valorar las áreas de Terapia Ocupacional en la que hay mas déficit teniendo en cuenta las características de los pacientes y el centro donde está.
? Utilizar este documento para transmitir la información referente a T.O. en las derivaciones de pacientes entre los diferentes servicios del centro

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 320

MEJORA DE LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo de 2010. Continuar con el proceso de valoración con este documento.

Abril de 2010. Reunión en Zaragoza con las Terapeutas Ocupacionales de Aragón para revisar este documento y corregir posibles errores.

Mayo. Evaluación del uso de esta herramienta de trabajo con los diferentes servicios

Junio-Julio-Agosto Puesta en marcha de esta valoración incorporándola a pacientes ingresados en 2008.

Septiembre. Reunión en Teruel

Octubre. Los pacientes que sean derivados a otros centros tendrán la valoración unificada para transmitir la información entre los diferentes servicios.

Noviembre-Diciembre. Ubicación del documento en una zona común de reunión de profesionales.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· BIBLIOGRAFÍA	200 €
· MATERIAL DE COPISTERÍA	100 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES.