

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORAR EL ORDEN EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Pedro Arostegui Per
Profesión Médico SUAP
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro de salud de Ejea de los Caballeros (Servicio de urgencias de Atención Primaria)
Correo electrónico: parostegui@hotmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976661764

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gema Garisa Rocha	Médico SUAP	Ejea de los Caballeros
Ana Muñiz	DUE SUAP	Ejea de los Caballeros
Fatima Remiro	Médico	Ejea de los Caballeros
Angeles Lafuente	Médico SUAP	Ejea de los Caballeros

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... Reunidos el grupo de trabajo formado por los integrantes de la Comisión de Calidad, se trabaja mediante la técnica de grupo nominal en la identificación del problema u oportunidad de mejora, realizándose la priorización mediante “ matriz decisional de criterios multiples o parrilla de analisis”. Los criterios de valoración establecidos a tal efecto son los siguientes: 1-¿El problema es abordable metodológicamente? 2-¿Existe dependencia interna de la solución? 3-¿Es un problema concreto y tangible? 4-¿Facilita el compromiso de los profesionales?. Se obtuvo un listado definitivo de 8 problemas; una vez priorizados en función de los criterios anteriores, el problema que más puntuación obtuvo fue, “mejora en el orden en la sala de urgencias”, siendo por tanto, este el problema seleccionado para la elaboración del programa de mejora de la Calidad. PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS POR EL GRUPO DE TRABAJO DE “MEJORA DE LA CALIDAD” MEDIANTE TECNICA DE GRUPO NOMINAL: A-Atención al inmigrante en urgencias de Atención Primaria.
--

- B-Vacunación del personal sanitario
- C-Mejorar el orden de la sala de urgencias
- D-Recoger datos sobre pacientes desplazados y Mutuas, valorando el gasto sanitario.
- E-Formación en urgencias y emergencias extrahospitalarias.
- F-Registro de Atención al paciente terminal.
- G-Mejorar el registro informático de Atención Continuada
- H-Realizar guías o protocolos de actuación urgente.

En urgencias del Centro de Salud de Ejea de los Caballeros, trabajamos diferentes profesionales, con diferentes criterios. No hay ninguna persona responsable de los fármacos ni de la revisión del material de urgencias.

Nos falta material sanitario y tenerlo todo preparado para solucionar todos los problemas que nos demandan los pacientes, fundamentalmente en las situaciones más urgentes y en los avisos a domicilio.

Los maletines que llevamos para las consultas domiciliarias, tienen escaso material, defectuoso y desordenado, siendo poco útil en caso necesario.

No tenemos ningún sistema para archivar los documentos, partes, protocolos, recetas necesarios en las consultas.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Causas que dependen de los profesionales:

- No hay una persona responsable de la revisión del material de urgencias.
- Falta de tiempo para organizar mejor las consultas, tenemos mucha presión asistencial.
- Falta de coordinación entre el personal que trabajamos en urgencias, es difícil coincidir por los horarios.
- Falta de coordinación con el personal de Atención Primaria y en ocasiones 061 y el personal del CASAR.

Causas que dependen de los usuarios:

- En ocasiones el uso indiscriminado que hacen de las urgencias, con gran presión asistencial.

Causas que dependen de la estructura:

- Falta de archivadores.
- Material defectuoso.
- Falta en ocasiones material de curas, fármacos, papeles...
- En la sala de urgencias, los medicamentos no los tenemos ordenados y clasificados, así es difícil actuar en situación real de emergencia.
- Falta una pequeña biblioteca que podamos consultar.
- No tenemos unos protocolos, para utilizar los mismos criterios los profesionales.
- No hemos preparado material para atender un parto de urgencias.
- Archivadores en las consultas para los diferentes papeles que sea fácil encontrar.
- Hojas de consejos.
- Información sobre los fármacos que tenemos en urgencias de atención primaria, como y en que se pueden usar.
- No tenemos papeles donde coger los datos de los pacientes que acuden a urgencias de compañías privadas, o por accidentes..
- No tenemos preparados maletines para los avisos a domicilio: maletín respiratorio, maletín con fármacos, sueros..., maletín de curas y suturas.

- No tenemos carro de PCR preparado

Causas debidas a la organización:

- No hay ningún responsable del material de urgencias: medicación, desfibrilador, maletines...
- No tenemos protocolos o algoritmos de actuación en urgencias extrahospitalarias.

CAUSAS MAS IMPORTANTES SOBRE LAS QUE SE PUEDE ACTUAR

- Profesionales responsables.
- Coordinación entre los diferentes profesionales.
- Clasificación de los fármacos.
- Preparación de las consultas de urgencias para ser mas resolutivos.
- Solicitar el material necesario.
- Información y educación a los usuarios.
- Conseguir protocolos, o guías de actuación.
- Preparación carro de PCR.
- Organizar los maletines de avisos a domicilio.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Organización de los fármacos en el almacén y en las diferentes consultas: clasificarlos por orden alfabético, retirar el material caducado, colocar pegatinas de caducidad....
2. Organización de los protocolos.
3. Archivo y clasificación de documentos.
4. Responsable de reponer y de la revisión del material.
5. Preparación de carro de PCR y su revisión.
6. Organización de maletines para avisos domiciliarios.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables. Indicar el procedimiento que se va a utilizar para conseguir los objetivos deseados, los responsables de las distintas tareas...

Estructura:

Solicitar los recursos materiales necesarios:

- Ambu, el reservorio no cabe, en caso de urgencia su utilidad disminuye. Solicitar de diferentes tamaños.
- Solicitar guedel de diferentes medidas y mascarillas laringeas.
- El desfibrilador tiene problemas con la batería.
- El desfibrilador automático valorar si cumple los nuevos criterios de RCP.
- Clasificadores para los fármacos.
- Archivadores para los papeles.
- Solicitar maletines adecuados.
- Solicitar material de atención al parto.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Profesionales:

- Mayor formación sobre los protocolos y uso de fármacos.
- Mayor coordinación con los profesionales de Atención Primaria, 061 y CASAR.
- Nombrar un equipo para revisar y actualizar protocolos y organizar una pequeña biblioteca.
- Responsable de la revisión del desfibrilador y del carro de PCR. volver a reponer.
- Respecto a la farmacia: Nombrar responsables que clasifiquen y ordenen los fármacos, retiren el material caducado, coloquen pegatinas con fecha de caducidad, soliciten lo necesario todos los meses.
- Responsables de archivar los papeles de consulta (recetas, RX, P10, SOAP...), carpetas para la documentación relativa a las guardias de celadores, médicos, DUE...).
- Conseguir los planos de las diferentes poblaciones y realizar fotocopias para los avisos a domicilio.
- Hablar con el personal de la UME de Ejea de los Caballeros para valorar algoritmos y protocolos a seguir.
- Coordinarnos con el personal del CASAR sobre los protocolos a seguir.

Usuarios:

- Colocar algunos carteles informativos.
- Educación sanitaria sobre el uso de las urgencias.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar cómo se van a obtener y monitorizar los indicadores seleccionados ...

A. - Por medio de fotografías donde se comprobará el antes y el después de la propuesta de mejora.

B.- Se realizará una encuesta a los profesionales sanitarios que trabajan en atención continuada.

Puntuando del 1 al 5 (1 es el peor y 5 es el mejor):

1. Orden de los fármacos en las salas de urgencia.
2. Carro de paradas.
3. Maletín de urgencias.
4. Archivos de documentación.
5. Material de partos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Calendario: Indicar las fechas previstas de inicio y finalización, el cronograma de las actividades previstas...	
Fecha de inicio: Febrero 2008 Fecha de finalización: Diciembre 2008	

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Calendario:

Febrero: Encuestas a los profesionales sanitarios y realización de las fotografías como indicadores de calidad.

Marzo: Valorar el material necesario y solicitarlo. Nombrar responsables del orden de la farmacia .

Abril y mayo 2008-.Ordenar, desechar fármacos caducados en el almacén de farmacia y las vitrinas.

Junio 2008- Organizar el carro de PCR.

Julio 2008- Archivar los documentos.

Agosto y septiembre 2008- Nombrar el equipo encargado de conseguir los protocolos y de organizar una pequeña biblioteca.

Octubre y noviembre 2008- Organizar los maletines de avisos domiciliarios.

Diciembre: realizar la reevaluación.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Maletín para mantener vía respiratoria : con ambú con reservorio de diferentes medidas, mascarillas, guedel, botella de O2, mascarillas laríngeas...	
Maletín de soporte circulatorio: sueros, abbocat, fármacos...	
Maletín de curas y suturas	
Archivadores , carpetas para documentación	
Clasificadores de fármacos y material sanitario	
Solicitar algún libro de urgencias y emergencias extrahospitalarias.	
TOTAL	

Lugar y fecha:

Ejea de los Caballeros 12-2-2008

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<u>1.- TÍTULO</u> PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y CENTROS SIMILARES.
--

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos <p style="text-align: center;">José Luís Grima Moliner</p>
Profesión <p style="text-align: center;">Médico</p>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C .S. Miralbueno - Garrapinillos
Correo electrónico: jlgrima@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 300994 (Ex.t 126)

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Ángel González Echaniz	Médico	CS Miralbueno – Garrapinillos
M ^a José Lombar	Médico	CS. Miralbueno - Garrapinillos
M ^a Carmen Esquivias	DUE	Enfermera de Enlace
Mercedes García	DUE	CS. Miralbueno – Garrapinillos
Alicia Sánchez	DUE.	CS. Miralbueno - Garrapinillos
Lucía Isasa	Médico	CS. Miralbueno - Garrapinillos

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 atención a residencias se considera, mediante método DAFO, una amenaza en nuestra zona de salud, debido a tener una población institucionalizada en residencias de ancianos superior a 1000 personas.

Por lo general estas residencias no cuentan con personal sanitario, y el personal cuidador en la mayoría de las ocasiones tiene escasa calificación. A esto hay que añadir que las personas institucionalizadas presentan un alto nivel de dependencia.

Esto repercute en el EAP con una sobrecarga asistencial fundamentalmente basada en una gran intensidad de uso.

Por esto consideramos necesario desarrollar una estrategia de asistencia a las personas institucionalizadas en residencias de ancianos o centros similares, que garantice una asistencia de calidad a las personas institucionalizadas, sin que suponga un detrimento en la asistencia al resto de la población adscrita

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar los sistemas de registro,
2. y garantizar la información necesaria para la correcta asistencia del paciente
3. Establecer criterios de organización de consultas, que permitan adecuar la agenda del profesional con las necesidades de asistencia
4. comunicar a la residencia y familiares de los residentes, la sistemática de la asistencia sanitaria a las residencias y centros similares.
4. Detectar y valorar las necesidades formativas de los profesionales del centro de salud, así como de los cuidadores formales e informales en cuanto a la atención del paciente institucionalizado

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

OBJETIVO	RESPONSABLE	MEDIDAS PREVISTAS
Formación del personal sanitario	Carmen Seco M ^a José Lombar Rocío Barreda	Desarrollar programa de formación, según las necesidades formativas indicadas por parte de los profesionales
Formación e información a los cuidadores formales e informales	Carmen Esquivias Alicia Sánchez Lucia Isasa	Aplicación del programa de calidad sobre formación y apoyo a los cuidadores. Diseñado por Carmen Esquivias
mejorar sistemas de registros	Lucia Isasa Miguel A. González José Luís Grima.	Diseñar un sistema de registro específico en historia clínica y en el domicilio del paciente
organización de consultas	Carmen Esquivias Matilde Borao José Luís Grima Maribel Gascón	Establecer un proceso de atención personas residentes, adaptando las agendas de enfermería y medicina.
Información residencias de ancianos	Merche Garcia Araceli Bello	Trasladar a los responsables de las residencias, familiares y residentes la sistemática de asistencia sanitaria y responsable de la misma.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

OBJETIVO	INDICADOR
Formación del personal sanitario	Establecer un calendario de actividades formativas , con fechas y responsables
Formación e información a los cuidadores formales e informales	Formar al menos un grupo de 10 cuidadores
Mejorar sistemas de registros	Informe clínico de salud en residencias de ancianos, en al menos el 75% de los residentes. Cumplimentación del plan personal de centro de residencias de ancianos en al menos el 75% de los residentes
organización de consultas	Establecer agendas médicas y de enfermería que incluyan asistencia a residencias en al menos el 50% de los profesionales sanitarios, el primer año
Información del proceso asistencias A residencias de ancianos	Documento informativo en el 80 % de las residencias.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

OBJETIVO	FECHA INICIO	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN
Establecer un calendario de actividades formativas	14 Abril 2008	Desarrollo de las sesiones durante 2008 y 2009
Formación e información de cuidadores	Junio 2008	Establecer al menos un grupo de cuidadores en 2008
mejorar sistemas de registros	1 Febrero 2008	Diseño de un documento de informe de salud Abril 2008. Implementar el plan personal de centro 2008 y 2009
organización de consultas	Febrero 2008	Implementar las agendas antes de septiembre de 2008
Información A residencias de ancianos	Marzo 2008	Poner en poder de las residencias el documento en junio 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO.

Mejorar la atención pediátrica urgente realizada por los médicos de familia y enfermería durante la atención continuada. Elaboración de protocolos comunes para la atención de la patología urgente pediátrica.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
M Pilar Lalana Josa

Profesión
Pediatra

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Centro de Salud de Borja

Correo electrónico:
mplalana@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976- 867259

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Daniel Pablo Ocon	Medico	C.S. Borja
Luis Antón Duce	Medico	C.S. Borja
Emilio Jiménez	Medico	C.S. Borja
Laura Romero Fernández	Medico	C.S. Borja
José Luis Bazan Monterde	Medico	C.S. Borja
Mª Angeles Adell Ruiz	Medico	C.S. Borja
Begoña Villalba	Médico	C.S. Borja
Jose Fco Garafulla	Médico	C.S. Borja
Mª Jesús Alvarez	ATS	C.S. Borja
César Vallejo	ATS	C.S. Borja
Cristina García	ATS	C.S. Borja
Raimunda Gayarre	ATS	C.S. Borja
Sara Peña	ATS Refuerzo	C.S. Borja

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 atención continuada pediátrica en el medio rural está desempeñada por médicos de familia y enfermeros. Con el fin de mejorar sus habilidades y la seguridad clínica del niño se pretende elaborar protocolos de actuación consensuados por todo el equipo, en la patología pediátrica urgente que puede entrañar riesgo vital o bien que por su importancia o prevalencia sea beneficioso la elaboración de un protocolo conjunto.

El riesgo vital en pediatría es poco frecuente pero igualmente será atendido en primera instancia por el médico de familia que esté desempeñando la atención continuada por lo que es importante conocer y actualizar la resucitación cardiopulmonar pediátrica.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Este programa es continuación del iniciado el año pasado con el título "Mejorar el manejo de los medicamentos utilizados en niños en un servicio de atención continuada rural." Dentro de este proyecto se elaboró una guía de prescripción en pediatría para atención continuada a la que tienen acceso todos los Médicos de familia del centro y de la que se está editando una formato bolsillo. Mientras se llevaba a cabo la elaboración de dicha guía, fue palpable la necesidad de establecer unos protocolos a seguir, tanto por enfermería como por médicos de familia, en la atención pediátrica urgente, así como comprobar la utilidad de la guía.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Evaluar la utilidad de la guía terapéutica elaborada.
- Que el 90 % de los médicos del centro de salud reciban formación en patología Pediátrica urgente, aumentando objetivamente sus conocimientos en la atención al niño durante la atención continuada.
- Que el 90 % de enfermería del centro de salud reciban formación en patología Pediátrica urgente, aumentando objetivamente sus conocimientos en la atención al niño durante la atención continuada.
- Elaborar protocolo de actuación conjunta en los siguientes temas:
 - RCP
 - Patología respiratoria urgente
 - Convulsiones
 - Niño accidentado

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

★ PRESENTACION Y EVALUACION DE LA GUIA TERAPEUTICA....

Reunión de presentación guía elaborada en el proyecto anterior y su manejo.
Recepción de sugerencias de la guía con posible modificación de contenidos si se considera una mejora.

★ FASE FORMATIVA.....

1º) Una primera medida será que todo el equipo conozca el material disponible para la atención de la urgencia pediátrica (carro de parada pediátrico). Conocer las medicaciones de uso habitual en la urgencia pediátrica y su dosificación. Responsable Pilar Lalana.

2º) Taller de resucitación cardiopulmonar: Responsables JL Bazan, Daniel Pablo, César Vallejo y tutorizados por Pilar Lalana.

3º) Taller de patología respiratoria: Responsables Emilio Jiménez, Laura Romero y Begoña Villalba y tutorizados por Pilar Lalana.

4º) Taller de convulsión febril y crisis epilépticas: Luis Antón, M^a Angeles Adell y José Fco Garafulla y tutorizados por Pilar Lalana

5º) Taller de niño politraumatizado: Pilar Lalana y M^a Jesús Alvarez.

Elaboración y explotación de test de evaluación de conocimientos adquiridos en los talleres....

★ DISEÑO DE PROTOCOLOS

Reuniones de cada grupo de trabajo para la elaboración de su protocolo. Recursos en la red y consulta de guías de práctica clínica apartados por Pilar Lalana.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Numero de sugerencias recibidas que se han transformado en modificaciones de la guía.

Número de talleres realizados/numero de talleres previsto.

Numero de profesionales que han asistido a cada taller/numero de profesionales total.

Numero de profesionales satisfechos con los conocimientos adquiridos en el taller/ total de profesionales asistentes.

% de respuestas correctas del cuestionario de conocimientos a los profesionales antes y después de cada taller.

Evaluar hojas de atención continuada de patologías a tratar, antes y después de la elaboración del protocolo y valorar la mejora en el registro, exploración, técnica y prescripción utilizada.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Mayo 2009

Calendario:

Marzo 08: Poner el programa en conocimiento del equipo. Ideas y sugerencias. Encuesta de motivación del equipo. Evaluación previa de conocimientos. Entrega de la guía de prescripción.

Abril 08: Carro de parada pediátrico

Mayo y junio 08: Taller de resucitación cardiopulmonar

Octubre y Noviembre 08: Taller de patología respiratoria (crisis asmática, bronquiolitis, laringitis aguda...)

Enero y Febrero 09: Convulsión febril. Crisis epilépticas

Marzo y abril 09: Niño politraumatizado.

Mayo 09: Evaluación final

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Diseño, maquetación e impresión de la guía de prescripción en pediatría para disponer de ella en sala de atención continuada.	<u>300 euros</u>
Elaboración de carteles para colocar en sala de urgencias a la vista de todos los profesionales	<u>500 euros</u>
Material informático (pen drive de 4 G para cada participante)	<u>400 euros</u>
TOTAL	1600 euros

Lugar y fecha:

Borja 20 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

LA CONTINUIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PROYECTO MEJORAR LA INFORMACIÓN DESARROLLO DE HABILIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR III ZARAGOZA.

Este es una continuidad del proyecto presentado en el 2007 con título: Mejorar la información de los cuidadores de los pacientes crónicos y dependientes del sector III Zaragoza

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Mº DEL CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO

Profesión

DUE (ENFERMERA DE ENLACE (sector III Zaragoza)

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)

C.S. MIRALBUENO

Correo electrónico:

mesquivias@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

660606563 y 976300994

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MILAGROS GONZALEZ GARCIA	DUE	
JOSEFA LOMBARDO MURILLO	T. SOCIAL	
ROSA ISABEL VILLARES ANDRES	DUE	
JOSEFA PUEYO USON	T.SOCIAL	
TEODOSIA MARTINEZ GALLEGO	DUE	
JOSE LUIS GRIMA MOLINER	MEDICO	
LUCIA ISASA CUARTERO	MEDICO	
ALICIA SANCHEZ GARCIA	DUE	

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 mayoría de las personas dependientes son atendidas en sus hogares por sus familias, estos cuidadores necesitan consejos útiles para hacer frente a los múltiples problemas que pueden presentarse.

Por estas razones con esta ampliación de proyecto en A. Primaria pretendemos mejorar la información y atención de los cuidadores con la finalidad de que estén preparados para afrontar los retos que se les presentan en domicilio, prestándoles el máximo apoyo posible.

Durante el año 2007 se realizó un proyecto de Calidad de ayuda al cuidador con el desarrollo de actividades encaminadas a mejorar la atención al cuidador en consultas de enfermería y trabajo social y la realización de talleres de 8 días de duración con la participación de distintos profesionales.

Se han realizado también algunos folletos informativos para los cuidadores y la realización de material Power Point para la implantación de las sesiones.

También durante los meses de noviembre y diciembre se impartieron 2 talleres de 9 h de duración cada uno a grupos de cuidadores en los centros de Universitas y Valdefierro como

experiencia piloto al proyecto en cuestión..

La metodología utilizada fue de acción participación valorando mucho la realidad de los cuidadores que en total fueron 16

Exposición general con soportes audiovisuales .Reflexión y discusión en gran grupo, observación rigurosa del lenguaje verbal y no verbal.

Encuesta de inicio y evaluación final.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior.

-Folletos informativos para el cuidador

Resultados de la experiencia de los 2 talleres impartidos en el 2007.

16 cuidadores de edades comprendidas entre 44 a 78 años con predominio de amas de casa y jubilados y con unas expectativas de aprendizaje, evasión de problemas, comprensión ,evasión de la soledad y la necesidad de ser informados sobre ayudas.

Manifiestan la falta de tiempo para actividades personales y utilizan recursos propios de escape tales como rezar, hacer ejercicio etc.

Les preocupa sobre todo la falta de ayuda para la realización de las (actividades básicas de la vida diaria) y la poca información que reciben.

Las edades de los pacientes cuidados oscila entre (70 a 87) años lo cual en opinión de los cuidadores constituye otro problema añadido..

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

-La Implantación de las consultas de enfermería y trabajo social como objetivo para este año :

- Elaboración de folletos y carteles informativos y de cuidados.

-La integración de recogida de datos específicos y la utilización de folletos informativos en al menos 2 consulta de enfermería en 1 centro de salud -

- La integración de la recogida de datos específicos y la utilización de folletos informativos en al menos 1 consulta de Ts al cuidador en 1 centro de salud

-La continuidad de los talleres para cuidadores al menos en 1 centro de salud

-.Mejorar la calidad de los cuidados ofertados a los cuidadores del sector III Zaragoza.

-Mejorar los circuitos de información, formación e implementación de los planes de cuidados.

-Desarrollo de procesos formativos en conocimientos y habilidades del cuidador del paciente crónico dependiente del sector III Zaragoza. Para lo que se desarrollará en la zona básica de (Miralbueno – Garrapinillos)el proyecto de: Atención a Residentes en residencias de ancianos.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	35%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	15%
TOTAL	100%	100%

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador portátil	1060.50
Proyector multimedia portátil (Cañón)	1015
Edición de carteles y folletos	300
TOTAL	2315

Fecha y firma: 08/02/08 Mº DEL CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Monitorización del registro de la valoración y evolución de las úlceras por presión (U.P.P.) y heridas crónicas (H. C.) en C.S. Sádaba</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos PILAR MARÍN MURILLO</p>
<p>Profesión ENFERMERA</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD SÁDABA</p>
<p>Correo electrónico: pmarinm@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976667388 976670053</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
AMPARO VERA GARCÉS	Enfermera	C. S. SADABA
ROSARIO LABORDA EZQUERRA	Enfermera	C. S. SADABA
DANIEL TORNOS PEREZ	Enfermero	C. S. SADABA
MARÍA PEREZ MOLINER	Enfermera	C. S. SADABA
RAQUEL CALONGE CORDEVILA	Enfermera	C. S. SADABA

<p>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...</p> <p><u>Situación de partida</u></p> <p>1º Carencia de registros en Hª Clínica (tanto en formato papel como informático) 2º Los registros existentes en ocasiones son deficientes en calidad y/o cantidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se realizan registros con la debida frecuencia que permitan una evaluación clara del proceso de la cura. - En ocasiones los registros no recogen los datos suficientes. <p><u>Posibles causas</u></p> <p>- 1º Falta de consenso entre el equipo de enfermería de los datos que deben de contener una valoración inicial de una UPP ó HC, así como el registro de la evolución. 2º Falta de consenso entre el equipo de enfermería de los intervalos de tiempo con que se debe realizar el registro de las revalorizaciones de las UPP y HC</p> <p><u>Importancia y utilidad del proyecto</u></p> <p>El registro de la valoración y evolución de una lesión permite un enfoque terapéutico integral de una manera coherente y un elemento de medida de la evolución</p>

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1ª Incrementar el nº de registros de la valoración y evolución de las UPP y HC
- 2º Realizar registros de calidad con componentes descriptivos y evaluadores.
- 3º Consensuar los registros entre todos los miembros del equipo de enfermería.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Revisar documentación de manera individual: protocolos de curas, guías prácticas, artículos, documentos de posicionamiento GNEAUPP...
- 2º Creación de una plantilla de registro (operativa para uso en formato papel ó formato informático) que será consensuada entre todos los miembros del proyecto. Dicha plantilla contendrá datos descriptivos y una escala evaluadora a determinar por los miembros del equipo.
- 3º Determinar por parte del equipo los intervalos de tiempo con que se deben realizar los registros

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Resultado: Realizar registro de calidad con componentes descriptivos y evaluadores.

Criterio: Que todos los registros tengan cumplimentado al menos el 50% de los componentes descriptivos y evaluadores de la planilla elaborada.

Indicador: **nº registros que cumplen criterio/ nº total de registros.**

Resultado: Incrementar el número de registros de la valoración y evolución de las UPP y HC.

Criterio: Realizar registro de la evolución de las UPP y HC como mínimo cada quince días.

Indicador: **nº de registros que cumplen criterio/ nº total de registros**

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: febrero 2008

Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

Febrero 2008: elaboración y presentación del proyecto de mejora de calidad

Marzo 2008: revisión de la documentación. Elaboración de planilla de registro.

Abril 2008: iniciación de registros

Diciembre 2008: evaluación de indicadores

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Vitrina de pared PUNTO CLÍNICO sin puertas (120x 60 x 35) o similar	300 €
Dispensador HEILAND 5 cajetines (60x13,3x16,4) 3 unidades	75€
Dispensador HEILAND 3 cajetines (60x19,7x24) 3 unidades	117€
Sistema lámpara WOOD	50€
Cámara digital CANON IXUS 80 IS o similar 2 unidades	600€
Impresora SELPHY CP 750 o similar	150€
Papel tarjeta postal + cartucho tinta 100 hojas KP-108 IP	30€
Memoria USB PHILIPS 2GB 4 unidades	52€
Ratón óptico inalámbrico ADVENT WNL 2 DKS 2 unidades	40€
TOTAL	1414€

Lugar y fecha:

SADABA 19/02/2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Mejora de la Seguridad Clínica en el Centro de Salud de Cariñena: Potenciales interacciones y contraindicaciones de los beta-bloqueantes de uso oftálmico.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos M ^a Victoria Fustero Fernández
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C. S. Cariñena
Correo electrónico: fusterofer@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-622646

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mario Bárcena Caamaño	Médico	C.S. Cariñena
Dolores San Miguel Arbués	Enfermero	C.S. Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	C.S. Cariñena
Antonio Castillo Navarro	Enfermero	C.S. Cariñena
M ^a Victoria Borraz López	Enfermero	C.S. Cariñena

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA <p>La mejora de la atención sanitaria no está exenta de riesgos derivados de la práctica. Para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad es necesario identificarlos, analizarlos, entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño. 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.</p> <p>El glaucoma es la principal causa de ceguera permanente en el mundo. Se estima que pueden estar afectadas 66,8 millones de personas, de las cuales 6,7 millones presentarían ceguera en ambos ojos, como consecuencia de la enfermedad. Los beta-bloqueantes, surgidos en los finales de los años 70, se convierten en la medicación de elección, pero hay que tener en cuenta, que estos fármacos están contraindicados en la mayoría de alteraciones cardiovasculares graves, así como en el asma crónico y la EPOC. Además, existe un gran número de medicamentos que a su vez están contraindicados en caso de glaucoma; en líneas generales los vasoconstrictores, que limitan el drenaje de humor acuoso y los fármacos con propiedades anticolinérgicas incrementan la presión intraocular, debido a que producen la contracción de los músculos del ojo. Por este motivo se debe evitar en la medida de lo posible o usarse con precaución.</p> <p>Dentro de la línea de mejora de Seguridad Clínica, incluida en el Plan Integral de Calidad del Centro de Salud de Cariñena este año se van a seguir desarrollando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de formación en seguridad clínica del personal del EAP
--

2. Registro de las incidencias y problemas encontrados en el seguimiento de los pacientes con tratamientos anticoagulantes orales (TAO)
3. Evaluación de las interacciones farmacológicas de dos grupos de antibióticos (mácrólidos y quinolonas) prescritos a la población adscrita al centro de salud e implantación de medidas correctoras (bianual)
4. **Valoración de las potenciales interacciones y contraindicaciones de los beta-bloqueantes de uso oftálmico.**

Para llevar a cabo este objetivo planteamos:

La revisión de una muestra significativa de Cartillas de Largo Tratamiento (CLT) que contengan un beta-bloqueante de uso oftálmico, para conocer precozmente la frecuencia de potenciales interacciones con otros fármacos y la revisión de los diagnósticos que constan en la historia clínica de esos pacientes para valorar posibles contraindicaciones.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- nº de profesionales que han recibido formación específica en 2007.....14
- nº de sesiones clínicas de seguridad clínica realizadas en el EAP.....2
- nº total de potenciales interacciones de quinolonas y macrólidos/ketólidos...157
 - Quinolonas 140
 - Macrólidos..... 9
 - Ketólidos (telitromicina).....8
- nº de potenciales interacciones de quinolonas con
 - Amiodarona0
 - AINES.....75,71%
 - Hierro.....12,14%
 - Antidiabéticos orales.....7,14%
 - Antipsicóticos.....2,85%
 - Teofilina.....2,14%
- nº de incidencias / problemas registrados en relación con el seguimiento del TAO
 - Hemorragias menores.....5
 - Problemas con la dosificación en ingreso hospitalario.....2

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejora de conocimientos en seguridad clínica del personal del EAP.
- Aumentar la seguridad de los tratamientos anticoagulantes orales.
- Disminuir los riesgos derivados de la atención médica a nuestros pacientes:

Conocer precozmente las potenciales interacciones de los beta-bloqueantes de uso oftálmico, que pueden darse en los pacientes usuarios de la Cartilla de Largo Tratamiento y las posibles contraindicaciones de estos fármacos para reducir los efectos adversos y evitar o dificultar su repetición.
- Optimizar la prescripción farmacológica.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Responsable: M^a Victoria Fustero Fernández

- Formación de los profesionales del EAP en seguridad clínica.
- Realización de sesiones de seguridad clínica, interacciones farmacológicas y efectos adversos de los fármacos.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

- Presentación de los resultados de las interacciones potenciales de los beta-bloqueantes de uso oftálmico, en la Cartilla de Largo Tratamiento y las posibles contraindicaciones al EAP.
- Reevaluación bianual.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- nº de profesionales que han recibido formación específica en seguridad clínica.
- nº de sesiones de seguridad clínica realizadas en el EAP.
- nº de incidencias / problemas registrados en relación con el seguimiento del TAO.
- % de potenciales interacciones de beta-bloqueantes de uso oftálmico prescritos en CLT con otros fármacos.
- nº de beta-bloqueantes oftálmicos contraindicados por estar prescritos a pacientes con diagnóstico previo de EPOC, asma, insuficiencia cardiaca o bradicardia.
- Reevaluación bianual.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 15 de febrero de 2008 Fecha de finalización: 30 de noviembre de 2008

Calendario:

ACTIVIDADES PREVISTAS	II	III	IV	V	VI	VI	VIII	IX	X	XI	XII
Seguridad clínica											
Formación externa	■	■			■				■		
Sesiones clínicas EAP			■	■					■	■	
Evaluación interacciones CLT				■	■						
Presentación Resultados interacc CLT											■
Valoración de inciden. y errores TAO											■
Presentación resultados al EAP											■

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Zaragoza 2008) para presentar una comunicación con los resultados de este Proyecto</i>	500
<i>Interacciones farmacológicas. Ivan Stockley. 2007</i>	180
<i>10 unidades Stockley Interacciones Farmacológicas guía de bolsillo. Pharma editores 2008 (32,95)</i>	329,50
TOTAL	1009,50€

Lugar y fecha:

Cariñena 20-02-2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejorar, desde el servicio de admisión, la gestión de las llamadas telefónicas que desde el exterior van destinadas a personal sanitario del Centro de Salud.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Blanca Sola Martínez

Profesión

Aux. Administrativo

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Centro de Salud de Borja

Correo electrónico:

mbsola@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 86 72 59

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJOR

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Purificación Téllez Hernández	Aux. Advo	C.S. Borja
Daniel Pablo Ocon	Médico	C. S. Borja
Emilio Jiménez Marín	Médico	C. S. Borja
Luis Antón Duce	Médico	C. S. Borja
Enrique Casabiel Mugerza	Médico	C.S. Borja
Pilar Lalana Josa	Pediatra	C:S. Borja
César Vallejo Garrido	A.T.S.	C.S. Borja
Jesús Manuel Soria Abad	A.T.S.	C.S. Borja
M ^a Jesús Alvarez Otazu	A.T.S.	C.S. Borja
M ^a José Soria Abad	Matrona	C.S. Borja
Gema Galindo Morales	Fisioterapeuta	C.S. Borja

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...

Desde hace 5 meses el personal sanitario dispone de teléfono en cada una de las consultas por lo que existe la posibilidad de establecer comunicación telefónica entre el paciente y los distintos profesionales sanitarios. Al conocer el usuario dicha forma de comunicarse se ha observado un aumento en la utilización de la misma. También se han puesto de manifiesto la preferencias de los profesionales a la hora de atender las llamadas.

Se pretende establecer un horario y una selección en cuanto a la recepción de llamadas mediante la elaboración de carteles informativos en los que se reflejen dichas preferencias para conocimiento y mejor funcionamiento de todo el personal así como para todas aquellas personas que vengán a realizar sustituciones en periodos vacacionales.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la satisfacción del personal sanitario en la recepción de llamadas.
- Facilitar la labor del personal de admisión.
- Facilitar la labor de personal de admisión que venga a sustituciones
- Posibilidad de atender a la población en consulta telefónica para resultados o pequeñas dudas que no requieran citación en consulta de demanda y con ello aumentar la satisfacción del paciente.
- Que la atención telefónica no vaya en detrimento de la atención a los usuarios que acuden a la consulta.
- Mejorar la calidad en la atención al usuario con una mayor comunicación entre paciente y profesional sanitario.
- Mejor organización del trabajo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º) Dar a conocer el proyecto a todos los profesionales que pasan consulta en el Centro de Salud. Responsables: Blanca Sola y Purificación Téllez.

2º) Solicitar a cada profesional implicado las preferencias, tanto en horario como en la forma de gestionar las llamadas telefónicas. Responsables: Blanca Sola y Purificación Téllez.

3º) Concretar y elaborar los diferentes horarios. Responsable. Blanca Sola y Purificación Téllez.

4º) Realización del cartel informativo de los horarios. Responsables: Blanca Sola y Purificación Téllez.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Número de horarios recibidos / número de profesionales implicados.
- Número de administrativos implicados que conocen los horarios / número de administrativos totales.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Calendario:

Marzo 2008: Reunión explicativa al personal implicado.

Mayo 2008: Recepción de los horarios que a cada uno de ellos les parece el más indicado.

Junio de 2008: Elaboración de cartel con los horarios establecidos para estar a disposición del personal que realice sustituciones en el servicio de admisión durante los periodos vacacionales.

Noviembre y Diciembre 2008: Encuesta de satisfacción y valoración final del sistema de gestión de llamadas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p style="text-align: center;">Plan para la mejora asistencial en un E.A.P. de salud frente al E.C.I. (estreñimiento crónico idiopático), y la disminución de su prevalencia a través del fomento de hábitos saludables.</p>

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre y apellidos	Alfredo Villafranca Escosa
Profesión	D.U.E.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)	Centro de Salud Valdefierro
Correo electrónico:	avillafranca@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976340447 ext. 105

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Milagros González García	D.U.E.	C.S. Valdefierro
Carmen Martínez Raposo-Piedrafita	Médico	“
Joaquín Aguilar Lou	“	“
M ^a Jesús Blasco Perez-Aramendia	“	”
Esther Atance Melendo	D.U.E.	“
M ^a del Mar Rodrigo Álvarez	“	“
Teodosia Martínez Gallego	“	“
Pilar Albarca Bada	Matrona	“
Josefa Lombardo Murillo	T. Social	“
Loreto Pedruzo García	Admisión	“

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>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...</p> <p>El E.A.P. de Valdefierro y como una actividad más dentro de su labor asistencial, docente e investigadora, realizó una sesión clínica para motivar a los integrantes del Equipo de Salud y que estos presentaran algún objetivo y/o actividad para desarrollar un proyecto de mejora de la calidad asistencial de salud.</p> <p>El método empleado fue el de tormenta de ideas.</p> <p>Se realizaron dos reuniones en las cuales se analizaron varias iniciativas propuestas, una de las cuales se adoptó tanto por su prevalencia en los episodios generados, como por su morbilidad. El estreñimiento crónico idiopático ECI, es el quinto episodio más generado en las consultas de medicina de familia según estudios realizados por el BIFAF.</p> <p>Se realizó una revisión bibliográfica de trabajos de MBE. Medicina Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Evidencia, así como su lectura crítica de los mismos y obtuvieron los siguientes resultados:</p> <p>La prevalencia anual de consulta por ECI. es de alrededor del 1,2% de todas las consultas médicas y el 5º episodio más generado en dichas consultas según el BIFAF. Por razones no bien establecidas, el estreñimiento es más frecuente en mujeres (3:1).</p>
--

Morbilidad, el estreñimiento es muy frecuente en los sujetos de la población en general; en nuestro medio se ha estimado que la frecuencia de auto percepción se aproxima al 25% de la población en el ámbito urbano llegando al 60% en personas de más de sesenta y cinco años.

Además de este proceso se realiza un estudio poblacional a través de OMI. De la Zona Básica de Salud (pirámide poblacional). *En nuestra zona de salud la pirámide poblacional, nos muestra una forma muy definida en forma de hucha mostrándonos una población joven, dada la evolución urbanística de la zona.* de la cual se establecen algunos factores determinantes de salud cómo:

- Estilo de vida.
- Estructura de familia.
- Redes sociales (asociaciones, residencias etc...).
- Importante número de nacimientos.
- Ambos cónyuges trabajan.
- Hábitos de alimentación fuera de domicilio.

Para mejorar el grado de conocimiento sobre la población de nuestra Zona Básica de Salud y su comportamiento frente al ECI. Se pretenden realizar encuestas de hábitos y costumbres de las mismas a través de preguntas cerradas con cinco salidas de forma gradual. También se estudia la posibilidad de realizar una guía-protocolo de preguntas clave en las consultas de atención primaria.

La encuestas se realizaran en las consultas de:

- Medicina de Familia.
- Enfermería de Familia.
- Medicina y Enfermería Pediátrica en el E.A.P. de salud
- Matrona en E.A.P. de salud.
- Trabajadora social de E.A.P. de salud.

Con la implicación del equipo multidisciplinar de trabajo del Consejo de Salud de Valdeferro se prevé la elaboración de un folleto a modo de dístico informativo para dar consejos prácticos frente al ECI, consejo dietético hábitos saludables etc.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir en la medida de lo posible, la prevalencia de los episodios de estreñimiento y otros procesos asociados, a través de la promoción de hábitos saludables.

Establecer hábitos saludables y comportamientos que favorezcan y/o mejoren el estado de salud, en las personas que acuden a las consultas de medicina y enfermería de familia.

Motivar a las mismas, para que utilicen las redes sociales de su entorno, (asociaciones, culturales, deportivas, grupos de apoyo, familia etc...). Para establecer nuevos modelos que aumenten su calidad de vida.

Fomentar sus habilidades personales, para aumentar su autoestima y así ser capaces de favorecer su estado de salud.

Disminución de los fármacos dispensados (Nº DDD) en las consultas de atención primaria de salud.

Disminución del uso productos alternativos usados por los ptes. en este tipo de trastorno digestivo E.C.I.

Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios que sean atendidos en las consultas de atención primaria de salud.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales que prestan sus servicios en los E.A.P. de salud.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Implementación de la actividad para la mejora de la calidad asistencial frente al ECI.

1- Realización de encuestas, en las consultas de:

- Medicina de Familia.
- Medicina Pediátrica.
- Enfermería adultos.
- Enfermería pediátrica.
- Matrona.
- Trabajadora Social.
- Equipo de Admisión.
- Otras fuentes (Consejo de Salud de Valdefierro) etc.

2- Se prevé la mejora en el grado de registro del episodio de ECI.

3- Estudio analítico de los resultados obtenidos en las encuestas, y el grado de aceptación de las mismas.

4- Estudio del gasto de farmacia nº de DDD del C.S. Valdefierro y el gasto que los ptes. realizan de forma privada en las farmacias de la Zona Básica de Salud.

5- Análisis global de la situación, y mediante este, el establecimiento de recursos a emplear y medidas que puede adoptar el E.A.P. de Salud.

6- Elaboración de una guía-protocolo de intervención de los profesionales en las distintas consultas de atención primaria de salud, frente al ECI.

7- Hacer partícipes a los integrantes del Consejo de Salud de las distintas acciones realizadas, así como la participación de su equipo de trabajo en la elaboración del folleto (dúctico) de consejos para la población hacia este tipo de trastorno digestivo. Dúctico que se elabora todos los años y que en esta ocasión se decidió realizarlo sobre el ECI.

8-Evaluación del proceso, resultados obtenidos y grado de registro del episodio.

Para el desarrollo de todo el proceso se establecerá un responsable, que coordinará las diferentes tareas del estudio. Se cuenta con la colaboración de:

- Coordinadora del E.A.P.
- Responsable de enfermería.
- Médicos de familia del E.A.P..
- Enfermer@s de pediatría y adultos del E.A.P.
- Matrona del E.A.P.
- Trabajadora Social del E.A.P.
- Equipo de Admisión del C.S.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización→ **Disminución de la Prevalencia** de este tipo de episodio ECI.→ **Evaluación a través de resultados intermedios.**

Aumento del uso de las redes sociales (asociaciones, recursos de la zona de salud etc....)

Para ello contaremos con la acción imprescindible del Equipo de trabajo del Consejo de Salud de Valdefierro.

→ **Nº de encuestas realizadas en el ámbito del E.A.P.** (Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería de adultos, Enfermería pediátrica, Matrona, Trabajadora Social, Admisión y Consejo de Salud.→ **Incremento del registro del episodio a través de OMI.** (oficina médica informatizada).→ **Satisfacción de los usuarios y profesionales en la implementación de la guía** y los consejos establecidos en la misma en las consultas de A.P.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Plan para la mejora asistencial en un E.A.P. de salud frente al E.C.I. (estreñimiento crónico idiopático), y la disminución de su prevalencia a través del fomento de hábitos saludables.

-ANEXOS

Preguntas clave en la consulta de Medicina de familia / Enfermería

- ¿Cuanto tiempo hace que usted padece trastornos en su ritmo normal de evacuaciones?
- ¿Cuántos días pasan entre dos deposiciones espontáneas?
- ¿Cómo son sus heces?
Color, forma.
- ¿Ha presentado algún tipo de sangrado en su evacuación?
- ¿Ha tenido alguna vez dolor?
- Toma café, té, alcohol, fuma?
- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?
- ¿Toma medicación?
- ¿Ha tomado algún otro tipo de producto para mejorar sus deposiciones?

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Plan para la mejora asistencial en un E.A.P. de salud frente al E.C.I. (estreñimiento crónico idiopático), y la disminución de su prevalencia a través del fomento de hábitos saludables.
-ANEXOS

Encuesta del análisis de la realidad de la zona básica de salud.

El Equipo de Atención Primaria de su Centro de Salud le agradece su interés y su tiempo por rellenar este cuestionario.

1 ¿Tiene usted dificultad para hacer normalmente su deposición?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

2 ¿Tiene usted problemas frecuentes en su ritmo habitual de deposiciones?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

3 ¿Hace usted menos de dos deposiciones semanales?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

4 ¿Ha tenido alguna vez sangrado en sus deposiciones?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

5 ¿Tiene dolor en sus deposiciones?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<p>Plan para la mejora asistencial en un E.A.P. de salud frente al E.C.I. (estreñimiento crónico idiopático), y la disminución de su prevalencia a través del fomento de hábitos saludables.</p>
<p>-ANEXOS</p>

***Si ha contestado afirmativamente alguna de estas preguntas,
¿Que hace normalmente?***

1 ¿Acude a su centro de salud en busca de consejo?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

2 ¿Acude a su farmacéutico?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

3 ¿Acude a remedios caseros?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

4 ¿Busca remedio a través de literatura como revistas etc. Internet, ?

Habitualmente Alguna vez Casi siempre Siempre Nunca

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Folletos de educación para la salud en E.C.I.	300-
Ordenador portátil	1000-
Cañón de ordenador	1000-
Diverso material informático	300-
TOTAL	2600-

Lugar y fecha:

C.S. Valdefierro 21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Manuel Granado González

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C.S: Cariñena

Correo electrónico:

manugran@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976621026

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Manuel Granado Gonzalez	Médico	C. S. Cariñena
Domingo Casbas Vela	Médico	C. S. Cariñena
Antonio Oto Negro	Médico	C. S. Cariñena
Delfín Sarasa Piedrafita	Médico	C. S. Cariñena
Antonio García Tejedor	Médico	C. S. Cariñena
Dolores San Miguel Arbues	ATS	C:S Cariñena

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 ESTE MOMENTO

Evaluaciones previas, en 2002, 2004, y 2006 con resultados mejorables

- % de diabéticos con microalbuminuria solicitada en el último año del total de diabéticos evaluados: 65% (en 2004 35%)
- % de diabéticos con HbA1 controlada del total de diabéticos evaluados : 39,18 % (en 2004 27,55%)
- % de diabéticos con LDL aceptable del total de diabéticos evaluados: 30% (en 2004 17%)
- % de diabéticos que toman antiagregantes/ nº 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.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Conseguir que toda la población diabética tenga al menos dos hemoglobinas glicadas realizadas y registradas en la historia clínica.
2. Conseguir que la población diabética esté 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 último año del total de diabéticos evaluados
- % de diabéticos con HbA1 controlada del total de diabéticos evaluados
- % de diabéticos con LDL aceptable del total de diabéticos evaluados
- % de diabéticos que toman antiagregantes/ nº total de diabéticos 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 diabéticos tratados con antidiabéticos orales
- El 35,8% de ellos están tratados con metformina
- % de diabéticos tratados con asociación de fármacos
- % de diabéticos tratados sólo con dieta

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Febrero 2008 Fecha de finalización: Diciembre de 2008

ACTIVIDADES PREVISTAS	MESES											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1.Diabetes												
Recogida de datos			■	■								
Sesiones clínicas				■					■			
Reevaluación					■							
Presentación resultados en S. Clínic						■						
Nuevas medidas a adoptar							■					
Publicación de los resultados										■		

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Zaragoza 2008) para presentar una comunicación con los resultados de este Proyecto</i>	<u>500</u>
TOTAL	500 €

Lugar y fecha:

Cariñena 21 de Febrero del 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO “SEAMOS RESPETUOSOS CON EL MEDIO AMBIENTE”
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos D. Antonio L. OTO NEGRE Profesión: MEDICO Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C.S. CARIÑENA Correo electrónico: aloto@able.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976621026

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Domingo CASBAS VELA	Medico	C. S. Cariñena
M ^a Victoria FUSTERO FERNANDEZ	Médico	C.S. Cariñena
Delfín SARASA PIEDRAFITA	Medico	C. S. Cariñena
Manuel GRANADO GONZALEZ	Medico	C. S. Cariñena
Dolores SAN MIGUEL ARBUES	ATS	C. S. Cariñena
Antonio CASTILLO NAVARRO	ATS	C. S: Cariñena

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA <p>El agotamiento de los recursos naturales como fuente de energía, la generación de residuos contaminantes o no y la protección del medio ambiente, son preocupaciones que afectan a toda la humanidad.</p> <p>Los componentes del EAP Cariñena desde hace años de forma individual al principio y de forma más organizada en los últimos años, se han preocupado por la gestión de estos recursos y de los residuos generados.</p> <p>En consonancia con esa línea de trabajo nos hemos propuesto en lo posible mejorar la utilización de recursos optimizando su gasto y colaborar a disminuir la contaminación ambiental con un adecuado procesamiento de los residuos que generamos.</p> <p>Se pretenden varios objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clasificación de residuos y su eliminación de la forma más respetuosa con el medio ambiente, evitando riesgos de contaminación de las personas y del medio ambiente. 2. Realización de estudios para disminuir el gasto de recursos naturales (agua, luz, gasoil) y su elevación a la dirección del sector para estudio de su viabilidad. 3. Estudio de circuitos de los documentos para detectar puntos vulnerables y su mejora en defensa del derecho a la protección de datos

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Kg Hasta el momento se ha controlado le eliminación de productos biocontaminantes:

- Nº de KG recogidos hasta el septiembre de 2006 ha sido de 319,1 Kg
- Nº de viajes realizados por la empresa de transporte para recoger residuos ha sido de 19, se han retirado del centro de salud 41 envases de 30KG, 24 de 10KG, 4 de 5Kg y 18 de 1 KG.
- Hasta septiembre de 2007 se han recogido 250KGde residuos clase III y 242,3 KG de residuos citostáticos en Cariñena
- En 2007 en los consultorios periféricos se ha producido:
 - Aguaron Clase II: 1Kg
 - Alfamén Clase III: 25 Kg
 - Cosuenda Clase III 7 Kg
 - Encinacorba Clase III 1Kg
 - Paniza Clase III 11 Kg
 - Tosos Clase III 2 Kg
 - Villanueva Clase III 3 Kg
 - Longares Clase III 10 Kg

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Aumentar el número de compañeros comprometidos con el medio ambiente y que colaboren en el reciclaje de papel, pilas y material biocontaminante.
2. Detectar posibles medidas para disminuir el gasto de recursos naturales (agua, energía eléctrica y gasoil de calefacción).
3. Fomentar hábitos para la protección de la intimidad de los pacientes entre el personal del Equipo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Colocación de contenedores para pilas, papel y material contaminado y su tratamiento.
2. Estudio de gasto de energía eléctrica y posibles actuaciones para disminuirlo, así como del coste de su implantación.
3. Estudio del gasto de gasoil de calefacción y posibilidades de disminuir el mismo, así como del coste de la adecuación de las instalaciones
4. Eliminación de documentación sensible por métodos que respeten la intimidad.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Se pesara el papel reciclado y se comparara con años sucesivos.
2. Se pesaran las pilas recicladas para ver la evolución de la actividad.
3. Se mantendrá el control del peso de material biocontaminante como ya se hace en la actualidad.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio:1 de marzo de 2008	Fecha de finalización:31 de diciembre 2008
<p>Calendario:</p> <p>La eliminación de los materiales es continua y los estudios indicados se realizaran a lo largo del 2º y 4º trimestre.</p>	

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u> <u>Destrucción de papel</u>	<u>Euros</u> 800
<u>Contenedores de papel y pilas</u>	200
Inscripción Jornadas de Calidad	500
TOTAL	1500

Lugar y fecha: Cariñena, 19 de febrero de 2008

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<u>1.- TÍTULO</u> <p style="text-align: center;">"SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA"</p>
--

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos M^a del Carmen Sánchez-Paniagua Aguado
Profesión Higienista
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C.S. Universitas
Correo electrónico: mcsanchezpaniagua@salud.aragon.es carsanpa@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 324 195

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Rosa Soler Taberner	Odontóloga	C.S. Delicias Sur
Jesús Obón Nogués	Odontólogo	C.S. Universitas
M^a Pilar Cerón Machado	Higienista	C.S. Universitas

<u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u> 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... <p>La atención a la salud bucodental, constituye una actividad básica integrada en el primer nivel asistencial, que se viene prestando en los centros de salud, desde los equipos de atención primaria, por personal sanitario cualificado (Odontólogos e Higienistas) y va dirigida a la población incluida en su ámbito de actuación.</p> <p>Las mujeres embarazadas son susceptibles de padecer más enfermedades relacionadas con la salud bucodental debido en parte a los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo. Por lo tanto, el mantenimiento de la salud Bucodental en la embarazada, que a su vez repercutirá en la salud de su futuro hijo es uno de los argumentos que justifican la <u>implantación de esta iniciativa.</u></p> <p>La captación será por derivación de los Servicios de seguimiento del embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matronas
--

- **Obstetras**
- **Médico familia**
- **Etc.**

Irà dirigida a las Gestantes de la CCAA de Aragón que tengan derecho a asistencia sanitaria con cargo al Servicio Aragonés de Salud.

Los objetivos iniciales deben ser:

- **Detectar la patología bucodental que presenten las mujeres embarazadas.**
- **Aplicar medidas preventivas adecuadas a su situación gestacional y salud bucodental.**
- **Fomentar el nivel educativo respecto a su salud bucodental y la de su futuro hijo.**

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. **Detectar la patología bucodental que presenten las mujeres embarazadas en nuestra CCAA:**
 - **Nº de pacientes susceptibles de patología bucodental**
 - **Grado de afectación**
 - **Necesidades asistenciales como consecuencia de su patología bucodental**
2. **Aplicar las medidas preventivas adecuadas a su situación gestacional y salud bucodental para la:**
 - **Mejora de la salud bucodental de la embarazada.**
 - **Mejora de la salud general de la embarazada.**
 - **Mejora de la salud de su futuro hijo.**
3. **Fomentar el nivel educativo respecto a su salud bucodental y la de su futuro hijo.**

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Método:

- Exploración bucodental y transcripción a la historia clínica, haciendo hincapié en la exploración gingival.
- Seguimiento trimestral del paciente.
- Control de la placa bacteriana.
- Control de la dieta.
- Pulido de superficies dentales.
- Limpieza con ultrasonidos a criterio del profesional.
- Aplicaciones de flúor tópico a criterio del profesional.
- Información: - verbal
 - no verbal (dípticos)

Protocolo:

* Se programarán una serie de citas que podrán ser individualizadas según necesidad de cada embarazada. Pero habrá un protocolo general de actuación en la unidad de salud bucodental.

En el modelo general constará de dos citas antes del parto y otra, dos meses después del parto.

1. Primera visita: (Se realizará en el primer trimestre de embarazo)

- Toma contacto con la paciente y ver su estado y necesidades.
- Realizar una historia clínica de la embarazada.
- Examen bucal de los tejidos duros y blandos.
- Control de placa y revisión de la higiene oral.
- Limpieza y pulido de la superficie dental si fuese necesario.
- Aplicación de gel de flúor, si fuese necesario.
- Educación para la salud:
 - Combatir dudas y falsos temores
 - Técnicas de higiene oral.
 - Aconsejar sobre las dietas que pueden ser perjudiciales.
 - Informar sobre las manifestaciones orales propias del embarazo.

2. Segunda visita: (Se realizará en el último trimestre de embarazo).

- Revisión del estado de salud bucodental.
- Control de placa y revisión de la higiene.
- Pulido y administración de gel de flúor, si fuese necesario.
- Educación a la embarazada sobre como evitar aquellos errores que pueden inducir a patología en el niño tanto de caries como de maloclusiones y las medidas preventivas con las que contamos en la actualidad.

3. Tercera visita: (Pos-parto)

- Revisión del estado de salud bucodental.
- Control de placa y revisión higiene bucodental.
- Pulido y aplicación de flúor si fuese necesario.
- Explicar que el uso de anticonceptivos orales facilita la gingivitis y que es necesaria una higiene meticulosa.
- Informar de cómo limpiar los dientes de su hijo y cuando deben acudir al dentista.

* Esta visita se realizará a los dos meses del parto ya que se considera que (más o menos) las alteraciones hormonales deben estar estables.

Responsables:**Equipo de la Unidad de Salud Bucodental**

- Odontólogo
- Higienista

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Evaluación anual de:

- Implementación.
- Objetivos.
- Actividades.
- De los recursos.
- De los resultados.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: **abril 2008**

Fecha de finalización: **diciembre 2008**

Calendario:

- Febrero/ Marzo: Reunión para elaborar hojas de registros y planificación del servicio.
- Abril: Inicio de las nuevas prestaciones.
- Septiembre: Reunión para valorar el servicio prestado y las posibles mejoras.

* Diciembre: Obtención 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 (2008)

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
- <i>Ultrasonidos</i>	1.749 €
- <i>Selladora</i>	703 €
- Sondas de Exploración periodontal (6) x 26 €	156 €
TOTAL	2608 €

Lugar y fecha:

Zaragoza Sector III

21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA EN LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN PACIENTES DE RIESGO DEL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Fernando Colás Beltrán

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C. S. Cariñena

Correo electrónico:

Zar976758577@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 621026

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Castillo Navarro	Enfermero	C. S. Cariñena
Lola Sanmiguel Arbués	Enfermera	C. S. Cariñena

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La vacunación antigripal (VAG) en ancianos de riesgo supone una reducción del 50-60% de las hospitalizaciones y hasta el 80% de los fallecimientos derivados de las complicaciones de la enfermedad .

Se han descrito igualmente claros beneficios para otros grupos de riesgo, como los pacientes con enfermedades crónicas cardiovasculares o respiratorias.

La vacuna tiene una buena relación coste-beneficio, tanto en ancianos como en otros grupos de riesgo. Pese a ello, se observan bajas tasas de vacunación, incluso entre el propio personal sanitario

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Conseguir una cobertura vacunal del 80 % personas de 65 ó más años de edad. Se hará especial énfasis en aquellas personas que conviven en instituciones cerradas.

2. Conseguir una cobertura vacunal del 80 % pacientes crónicos menores de 65 años:

- Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades crónicas cardiovasculares

o pulmonares, incluyendo: displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma.

- Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades metabólicas crónicas, incluyendo: diabetes mellitus, insuficiencia renal, hemoglobinopatías y anemias, enfermedades neuromusculares graves o inmunosupresión, incluida la originada por la infección de VIH o por fármacos o en los receptores de transplantes. En este grupo se hará un especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente.
- Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que prestan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.
- Niños/as y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.
- Mujeres embarazadas que estarán en el segundo o tercer trimestre del embarazo durante la temporada gripal (Siempre a partir del 1º trimestre)

3. Lograr una cobertura vacunal del 75% de las personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones:

- Profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos...)
- Personas que, por su ocupación, trabajan en instituciones geriátricas o en centros de cuidados de enfermos crónicos y que tienen contacto directo con los residentes
- Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos
- Personas que prestan servicios comunitarios esenciales: personal docente, policía, bomberos, personal de protección civil

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Actividades previas a la campaña:

- Análisis de la población diana a partir de base de datos de TIS
- Envío de encuesta por carta a una muestra representativa de los pacientes con factor de riesgo en la que se pregunta los motivos de la NO vacunación en campañas anteriores
- Análisis de las causas de no vacunación y medidas correctoras
- Diseño de carta personalizada a los pacientes con aclaraciones sobre los beneficios/ riesgos de la vacunación

Actividades de campaña

- Envío de carta personalizada a la totalidad de pacientes invitando a vacunarse
- Campaña informativa con carteles, folletos y presentación en medios de comunicación locales.
- Envío de cartas informativas a residencias de ancianos, clubs de jubilados, servicios de base, centros de atención a personas con minusvalías físicas y psíquicas, y centros educativos.
- Evaluación anual de la campaña en diciembre

¿ POR QUÉ NO NOS VACUNAMOS DE LA GRIPE?

Aspectos organizativos:

- No me han informado bien de los beneficios /riesgos de la vacuna
- El horario de las vacunaciones no se adapta a mi disponibilidad horaria
- No me entero de las fechas de vacunación
- No se dónde ni cuándo vacunarme
- No me gusta tener que esperar en lugares reducidos , cerrados y con masificación
- Otras causas.....

Aspectos socioculturales:

- No lo considero necesario. Nunca me lo he planteado.
- No me acuerdo de ir a vacunarme.
- Desconozco para que sirve la vacuna.
- Tengo miedo a la inyección y a las reacciones adversas.
- No creo en su efectividad.
- No me interesa vacunarme ya que nunca he padecido la gripe
- Otras causas.....

Aspectos relacionados con la vacuna:

- Soy alérgico al huevo.
- Otras veces que me he vacunado no ha servido para nada.
- Cada vez que me vacuno me produce dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar del pinchazo.
- Me produce fiebre y dolores como una gripe.
- Prefiero otras vías de administración (nasal u oral).
- Otras causas.....

(Responder con una X en el apartado que considere mas adecuado y depositar en el buzón del Centro de Salud)

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Nº de pacientes > de 65 años a los que se les administra la vacuna / Nº de pacientes > de 65
2. Nº de pacientes < de 65 con factores de riesgo / estimación de nº pacientes < de 65 con factores de riesgo
3. Nº de embarazadas a las que se les administra la vacuna/ Nº de embarazadas

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2008	Fecha de finalización: 30 de diciembre de 2008
-------------------------------------	--

Calendario:

Actividades	Abril	mayo	junio	Jul-Ag.	Sept	Oct	Nov
Análisis de la población diana y diseño encuesta	xxxxxxx	xxxxxxx					
Envío de encuesta			xxxxxxx				
Análisis de las causas de no vacunación					xxxxxxx		
Diseño de carta personalizada					xxxxxxx		
Envío de carta personalizada						xxxxxxx	
Campaña de vacunación						xxxxxxx	xxxxxxx

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Mejora de la asistencia en el proceso de reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el centro de salud de Cariñena</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos: Mario Bárcena Caamaño</p>
<p>Profesión: Médico</p>
<p>Lugar de trabajo: Centro de Salud Cariñena (Zaragoza)</p>
<p>Correo electrónico: mbarcenac@semg.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976621026 (Centro de Salud) / 976143433 (Consultorio)</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Victoria Fustero Fernández	Médico	Centro de Salud Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	Centro de Salud Cariñena
Fernando Colás Beltrán	Médico	Centro de Salud Cariñena

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>Una de las variables que puede influir en la evolución de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la asistencia que se presta en las reagudizaciones. El abordaje correcto de la reagudización en atención primaria va a condicionar la calidad de vida y el pronóstico vital de estos enfermos.</p> <p>Una de las decisiones más importante a tomar ante una exacerbación, es la de decidir el nivel asistencial: atención primaria u hospital.</p> <p>Tras la realización de una tormenta de ideas, el equipo decidió valorar la calidad de la atención a los pacientes con EPOC en sus reagudizaciones y de las derivaciones al hospital cuando sea necesario.</p> <p>Para lo cual se plantea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la decisión a tomar ante una exacerbación. • Valorar el nivel asistencial en el que se debe llevar a cabo el tratamiento.
--

- Disminuir el nivel de incertidumbre, sobre todo en los pacientes con EPOC grave ($FEV_1 < 50\%$ y $> 30\%$ Clasificación GOLD), e incluso en los pacientes con EPOC muy grave ($FEV_1 < 30\%$ Clasificación GOLD) que no siempre se derivan. En estos casos de duda la saturación de $O_2 < 90\%$ es un criterio internacionalmente aceptado de derivación al hospital.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Optimizar el tratamiento de las reagudizaciones de EPOC ajustándolo lo más posible a las pautas recomendadas en las guías de práctica clínica vigentes.
- Mejorar la seguridad de los pacientes y la continuidad asistencial al introducir una nueva técnica, la pulsioximetría, en las consultas de atención primaria, que facilita la decisión de cuando es necesario derivar al hospital.
- Mejorar la calidad de asistencia prestada a los pacientes con reagudización de EPOC

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Responsable: Mario Bárcena Caamaño

Medidas previstas:

- Optimizar la decisión a tomar ante una exacerbación de EPOC.
- Valorar el nivel asistencial en el que se debe llevar a cabo el tratamiento.
- Registrar datos en las exacerbaciones, incluida la saturación de O_2
- Valorar la ayuda que esta técnica supone para disminuir la incertidumbre del profesional y mejorar la atención al paciente.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- % de reagudizaciones de EPOC en las que consta la medición de la saturación de O_2
- % de mediciones de saturación de $O_2 < 90\%$
- % pacientes con saturación de $O_2 < 90\%$ que han sido derivados al hospital
- nº de casos en que la pulsioximetría ha modificado el criterio de derivación

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Fecha de inicio: Mes 1 ^(*)	Fecha de finalización: Mes 7
Calendario: Mes 1: Inicio del trabajo (recogida de datos en las consultas por reagudización de EPOC de los médicos que participen en el estudio) Mes 4: Finalización de recogida de datos. Mes 5-6: Explotación de los datos. Mes 7: Presentación de los resultados obtenidos al EAP. Propuestas de mejora.	
<i>(*) Se entiende por mes 1 el siguiente al de la compra de los pulsioxímetros tras la obtención de la dotación económica.</i>	

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Pulsioxímetro portátil (5 unidades) 414 €</i>	2.070
<i>Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Zaragoza 2008).</i>	500
TOTAL	2.570

Lugar y fecha:

Cariñena a 20 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORAR LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE REANIMACION CARDIO-PULMONAR EN EL C. S. SADABA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

GLORIA MARIA MARTIN GRACIA.

Profesión

MEDICA DE FAMILIA.

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C.S.SADABA.

Correo electrónico: gmartingr@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976667388 - 976671045

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a ANGELES HERRERO GIL	MEDICO	C S SADABA
JESUS PEREZ PEREZ	"	"
ANGEL GONZALEZ PEREZ	"	"
FRANCISCO OTAL ARDIZU	"	"
ARTURO CHECA VILLA	"	"
CARMEN ALEGRE HUALDE	"	"
CHARO LABORDA EZQUERRA	ATS	"
AMPARO VERA GARCÉS	"	"
PILAR MARIN MURILLO	"	"
DANIEL TORNOS PÉREZ	"	"
RAQUEL CALONGE CORDOVILLA	"	"
MARÍA PEREZ MOLINER	"	"

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...

DADO QUE LAS INTERVENCIONES DE R.C.P. EFECTUADAS SOBRE PACIENTES REALES ES ESCASA, NOS PARECE IMPORTANTE HACER SIMULACROS CADA DOS MESES, PARA MEJORAR Y RECORDAR LA METODOLOGÍA EMPLEADA.

Anexo

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)**

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

ADQUIRIR SOLTURA, EFECTIVIDAD Y RAPIDEZ EN EL MANEJO
RECORDAR PERIÓDICAMENTE LAS MANIOBRAS A REALIZAR Y SU SECUENCIA
ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA
ACTUAR CON SEGURIDAD, AUMENTANDO LA CALIDAD DE NUESTRA ACTUACIÓN

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

CADA DOS MESES, UN MEDICO Y UNA ENFERMERA REALIZARÁN UN SIMULACRO DE R.C.P. SOBRE UNA SILUETA HUMANA Y DURANTE LA MISMA IRÁN EXPLICANDO

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

NÚMERO DE R.C.P. REALIZADAS POR LA UNIDAD ASISTENCIAL (MEDICO-ENFERMERA) / EN EL PERIODO DE TIEMPO DE 12 MESES.
FRECUENCIA DE LAS R.C.P. REALIZADAS EN UN AÑO.
NÚMERO DE MIEMBROS DEL EQUIPO ASISTENTES A LOS SIMULACROS/POR CADA UNA DE LAS INTERVENCIONES.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

PUESTA EN MARCHA LA ÚLTIMA SEMANA DEL MES DE FEBRERO DE 2008, POSTERIORMENTE LA ÚLTIMA SEMANA DE LOS MESES PARES DEL AÑO 2008. CADA UNIDAD ASISTENCIAL ELEGIRÁ UNA FECHA DEL CALENDARIO DESDE EL INICIO DEL PROGRAMA

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE
Profesión MEDICO DE FAMILIA. COORDINADOR CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
Correo electrónico: aantonanza@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 55-60-00

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Carlos PEREZ VILLARROYA	MEDICO	C.S DELICIAS SUR
Jose Luis CANTALAPIEDRA OBIS	DUE	C.S.DELICIAS SUR
Mª Cleofe CRESPO MAINAR	DUE	C.S DELICIAS SUR
Mª Pilar LACARTA VICIOSO	DUE	C.S.DELICIAS SUR
Pilar OLIVEROS GONZALVO	DUE	C.S DELICIAS SUR
Aurora VILLANOVA LANUZA	AUX /ADM	C.S.DELICIAS SUR
PROPIETARIOS PROCESOS CERT. ISO		
Nombre y proceso		
Rosa Sebastián Gallego	MEDICO	
Gabriel Guillén Llovería -- Urgencias		
Mª Cleofe Crespo Mainar -- Comunicación	DUE	
Jose Carlos Perez Villarroya	MEDICO	
Enrique de la Figuera -- Formación		
Aurora Villanova Lanuza -- Tarjeta L.T.	AUX/ADM	
Rosa Lacleta Lorente --- Gestion de residuos	AUX CLIN	
Angel Antoñanzas Lombarte-- Intervención Comunitaria	MEDICO	

LINEAS DE MEJORA

- TABAQUISMO

Nombre y apellido

Pilar Lacarta Vicioso (Enfermera)
Concha Gracia Morte (Enfermera)
Rodrigo Cordoba Garcia (Médico)

- CARDIOVASCULAR/MAPA

Maite Brunet India (Enfermera)
Maite Tirado Hernandez (Enfermera)
Pilar Oliveros Gonzalvo (Enfermera)
Beatriz Calvo Sanchez (Enfermera)
Manuel del Castillo Pardo (Médico)
Jose Carlos Perez Villarroya (Médico)
Mariano Blasco Valle (Médico)
Laura Barroeta Lajusticia (Médico)

- ARTROSIS
Francisca Gonzalez Rubio (Médico)
M^a Jesús Gimeno de la Torre (Enfermera)
Pilar Oliveros Gonzalvo (Enfermera)
- RETINOGRAFIAS
José Carlos Pérez Villarroya (Médico)
Araceli Fernandez Revuelta (Médico)
- EPOC
Mercedes Martin Reyes (Enfermera)
Agueda Perez Guillen (Enfermera)
Josefina Soro Anson (Enfermera)
Araceli Fernandez Revuelta (Médico)
Lurdes Asensio Asensio (Médico)
Mercedes Casamayor
- VACUNAS ADULTO
Jesús MiedesHerrero (Enfermero)
Angela OstaleSepulveda (Enfermera)
- ESTRÉS
Ina Jordan Gil (Enfermera)
José Luis Cantalapiedra Obis (Enfermero)
Purificación Ochoa Moneo (Médico)
M^a José Casas Casas (Médico)
- OBESIDAD
Nuria Garcia Sanchez (Pediatra)
Amparo Fuertes Domínguez (Pediatra)
Teresa Solans Bascuas (Pediatra)
M^a Jesús Cabañas (Pediatra)
- VACUNA INMIGRANTES
Concepción Esteban Herreiz (Enfermera)
Asunción Veron Jiménez (Enfermera)
M^a Cleofe Crespo Minar (Enfermera)
- PROMOCION DE LA SALUD
Angel Antoñanzas Lombarte (Médico)
M^a Cleofe Crespo Mainar (Enfermera)

DISTRIBUCION DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN EN LO S GRUPOS DE MEJORA:

TLT: M^a Jesús Esteban, Belén Borrajo, Gabriel Mora, M^a José Pérez

Urgencias: Joaquín Callén

Formación: Pilar Lamarca

Gestión TIS Concepción Rubio

Actividades y Resultados: M^a José García

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Después de varios años trabajando en distintos aspectos de mejora de calidad en nuestro centro de salud, nos planteamos ahora realizar un **plan integral de mejora de calidad** que, cuente por una parte con un sistema continuado de detección de oportunidades de mejora y , por otra, recoja todos las líneas de mejora de la calidad existentes en el equipo de atención primaria, de modo que todas ellas den una coherencia, al objetivo de gestionar, de un modo global, la calidad de la atención.

Pretendemos al mismo tiempo que este plan integral sea una referencia permanente que dé continuidad a las distintas líneas de mejora y permita ir avanzando mediante la implantación de indicadores anuales en cada una de ellas.

La justificación de plantear en este momento esta estrategia se basa en los siguientes hechos:

1. La continuidad de un **grupo estable de mejora** en el equipo desde el año 2000.
2. La existencia de un **sistema de detección de oportunidades de mejora** sustentado en tres fuentes fundamentales:
 - el Consejo de Salud de Zona que analiza de forma continuada los problemas de calidad –reclamaciones, accesibilidad, demoras en atención especializada-
 - el buzón de sugerencias de los usuarios que es analizado semanalmente por el grupo de mejora
 - la recogida de necesidades y expectativas de los profesionales del equipo que se realiza periódicamente. La última fue realizada a finales de 2005.
3. La **autoevaluación con el modelo EFQM** realizado en el año 2004 de la que nos permitió situarnos en nuestro nivel alcanzado hasta ese momento, plantear mas de 100 áreas de mejora y comprender la importancia de la gestión de procesos asistenciales como el método mas adecuado para la gestión de la calidad.
4. El comienzo en el año 2007 **del proyecto de certificación con la norma ISO 9001-2000**, sobre el que se presentó el proyecto de calidad en la convocatoria 2007 y que se va a continuar en 2008. Por el sólo hecho de haberse iniciado, ya ha producido modificaciones en la organización de los procesos asistenciales analizados hasta el momento, coherente con la metodología de la gestión por procesos –propietarios de procesos, modificaciones de circuitos-.
5. La existencia de varios **proyectos de formación FOCUSS** en el equipo: EPOC, asma infantil, deshabituación tabaquismo, diabetes, anticoagulación oral.
6. La progresiva organización del equipo en grupos interprofesionales responsables de diferentes procesos de atención, que en este momento pueden convertirse en **10 líneas de mejora estables con indicadores establecidos**: enfermedades cardiovasculares, deshabituación de tabaquismo, EPOC, diabetes-con inclusión de la retinografía digital-, vacunaciones en el adulto, grupos de educación para la salud en artrosis, grupos de educación para la salud en pacientes con estrés, vacunaciones en población infantil inmigrante, prevención de la obesidad infantil y proyecto de promoción de la salud en colaboración con la Asociación de Vecinos Manuel Viola y el Centro de Educación de Adultos CODEF: “Hacia una convivencia saludable en Delicias”.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

En relación con el proyecto presentado a la convocatoria 2007: “Aplicación de la metodología de la gestión por procesos como base para la certificación con la norma ISO 9001-2000”, y que se piensa continuar a lo largo de 2008 podemos decir lo siguiente:

Durante 2007, el proyecto de certificación con la norma ISO 9001-2000 se desarrolló en sus primeras fases. Las **etapas** llevadas a cabo hasta el momento han sido las siguientes:

1. Realización del **mapa de procesos** del equipo de atención primaria
2. Nombramiento de un **propietario** para cada uno de los procesos
3. Constitución de **grupos de trabajo y desarrollo de las fichas de proceso**, según la metodología de gestión de procesos, de los siguientes procesos:
 - Intervención comunitaria
 - Urgencias
 - Comunicación interna
 - Formación continuada

- Cartilla de largo tratamiento
 - Gestión de residuos
4. Establecimiento de **indicadores** para cada uno de los procesos.

Como resultados intermedios obtenidos hasta el momento podemos citar:

- La **implicación** de un significativo número de profesionales del equipo en el proyecto: más de 20 profesionales implicados hasta ahora.
- La **responsabilización** individual de los profesionales con los distintos procesos, manifestado por la existencia de propietarios de proceso.
- Los **cambios organizativos** introducidos en algunos de los circuitos de los procesos analizados hasta ahora: comunicación interna, formación y gestión de residuos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mantenimiento de un **sistema de oportunidades de mejora** constituido por:

- Consejo de Salud de Zona: lograr la participación de la comunidad en la detección de problemas de calidad y en las propuestas de mejora

- Buzón de sugerencias: mantener un sistema de comunicación directa y escrita entre el usuario y a los propios miembros del equipo que está activo desde el año 2001 para detectar problemas o sugerencias que se oían pero no se escuchaban por falta de un sistema de recogida.

2. Continuación del proyecto de aplicación de la **metodología de la gestión por procesos** como base para la certificación con la norma ISO 9001-2000 del centro de salud:

- Concluir la documentación de todos los procesos definidos en el mapa de procesos

- Establecer líneas de mejora en aquellos procesos en que exista mayor variabilidad.

- Conseguir dinamizar al equipo mediante la participación de las personas en este proyecto.

- Crear las condiciones mas favorables para hacer posible después de esta fase la certificación del centro con la norma ISO 9001-2000.

3. Organización del equipo en distintos grupos interprofesionales para llevar a cabo **10 Líneas de mejora**:

3.1. Intervención en tabaquismo: el centro dispone desde hace 5 años de dos consultas estables. La línea de mejora contempla la incorporación de un tercer profesional del equipo, aumentar la cobertura del servicio a los pacientes de nuestra Zona de Salud, mejorar la accesibilidad horaria y posibilitar el acceso a pacientes de otros centros de salud del Sector 3.

3.2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): dentro de las actividades de control y seguimiento del riesgo cardiovascular, se ha demostrado que la MAPA mejora el diagnostico de la HTA y ofrece información que posibilita el tratamiento más adecuado. Se pretende aumentar el número de pacientes correctamente diagnosticados y tratados de HTA.

3.3. Intervención en grupo a pacientes con artrosis: se pretende mejorar la calidad del paciente con artrosis de rodilla, y cadera, mejorando el dolor, minimizar la incapacidad funcional, retrasar la progresión de la enfermedad y evitar los efectos secundarios e interacciones farmacológicas con otros tratamientos. Para ello se va a realizar una intervención grupal consistente en tratamiento no farmacológico que

incluye: información, ejercicio terapéutico, pérdida de peso y medidas físicas.

3.4. .Diabetes: Retinografía digital: las complicaciones crónicas de la diabetes, especialmente la retinopatía (RD), son un motivo importante de morbilidad en nuestro entorno. El diagnóstico precoz de la RD es una de las herramientas fundamentales para su tratamiento adecuado y reducción de la pérdida de visión en estos pacientes. La retinografía digital con cámara no midriática (RDNM) se ha revelado como uno de los mejores métodos para el cribado de la RD. Su uso en AP para extender mejor esta exploración es algo nuevo y conviene evaluarlo. Actualmente vamos a iniciar en nuestro CS la utilización de este método diagnóstico y parece necesario incluirlo en un plan de calidad.

Pretendemos conseguir que en los primeros 6 meses se realice una RDNM correcta en 2000 diabéticos de nuestro centro que no tengan una RD ya conocida.

3.5. EPOC: Dada la prevalencia de la EPOC en nuestro medio, el elevado número de crisis agudas, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, se ha observado en nuestro centro la necesidad de mejorar la atención a pacientes con esta patología, facilitando el diagnóstico precoz, ofertando herramientas para control y tratamiento y asegurando una buena cumplimentación por parte del paciente, mejorando su nivel de bienestar y su autonomía.

Se pretenden conseguir los siguientes resultados: Mejorar la calidad de las espirometrías por medio de especialización de profesionales. Facilitar el acceso a la administración de aerosol terapia en crisis agudas. Mejorar y unificar la técnica de la administración de oxigenoterapia con mascarilla y ofrecer educación sanitaria a los pacientes.

3.6. Vacunaciones en el adulto:

- Vacunación antigripal: Mejorar la difusión de la campaña entre la población diana. Mejorar el registro de las personas de riesgo que rechazan ser vacunadas. Mejorar la coordinación entre los profesionales del EAP. Establecer unas fechas de vacunación que faciliten la accesibilidad a su administración. Mejorar la capacidad y calidad de almacenaje de vacunas, garantizando el mantenimiento de la cadena de frío. Proveer al centro de los frigoríficos adecuados

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

3.7. 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.

3.8 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.

3.9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: para ello se pretende establecer un sistema que permita: detectar niños con deficiente estado de

inmunización, aplicar calendarios acelerados y realizar seguimiento posterior para completar las vacunas correspondientes.

3.10. 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.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Mantenimiento de un **sistema de oportunidades de mejora**:

- Consejo de Salud de Zona: reuniones mensuales en las que se evaluarán los distintos problemas detectados en la atención a los pacientes de la zona y en la que se leerán y estudiarán las reclamaciones realizadas durante el mes por los usuarios del centro.

- Buzón de sugerencias: lectura semanal de las sugerencias realizadas por los usuarios del centro, en la comisión de calidad del equipo y gestión de las mejoras propuestas por los usuarios por parte del coordinador del equipo.

2. **Metodología de la gestión por procesos** como base para la certificación con la norma ISO 9001-2000 del centro de salud:

- Elaboración definitiva de cada una de las fichas de proceso, que incluye los procedimientos, el diagrama de flujo y los indicadores, en coordinación con el resto de centros de salud implicados en el proyecto de certificación. Cada propietario de proceso es el responsable de la coordinación del proceso que tiene asignado.

- Se cuenta con el apoyo técnico de la Gerencia del Sector y con la empresa Versus Consultores, designada por el Servicio Aragonés de Salud para dar el soporte a este proyecto

- De todos los procesos se tendrá un documento por escrito con todos los apartados anteriormente descritos, que servirán para la futura certificación del centro con la norma ISO 9001-2000.

3. **10 Líneas de mejora**:

3.1. Intervención en tabaquismo: establecer un periodo de aprendizaje para el profesional de enfermería incorporado. (Asistencia a seminarios, presencia en la consulta). Apertura de una nueva agenda en horario por determinar. Mensajes periódicos a través del programa OMI para mantener la motivación del resto de profesionales sobre el problema del tabaquismo y aumentar la derivación. Colocar carteles informativos de tamaño adecuado en diferentes localizaciones del Centro de Salud para mejorar la información sobre la oferta de consultas de deshabituación.

3.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): actividades de formación de los profesionales implicados a cargo de una de las enfermeras. Apertura de una agenda de una hora diaria 4 días a la semana. Ubicación y mantenimiento del material adecuado en una consulta por determinar. Instalación del programa informático en el ordenador de dicha consulta y registro informático en la historia del paciente con remisión del resultado al medico/enfermera solicitante

3.3. Intervención en grupo a pacientes con artrosis:

- Educación del paciente: información con medios audiovisuales sobre la artrosis, las diferentes causas conocidas y como se puede mejorar su proceso.
- Ejercicio terapéutico: realización de tablas de ejercicios tanto de rodilla como de

cadera, editadas por la SEPAR y la LIRE.

- Pérdida de peso: dieta general equilibrada de 1.200 calorías a todas las personas del grupo con IMC > 30, y al resto normas generales sobre la alimentación insistiendo en que el cumplimiento terapéutico tanto de sus fármacos, como de las medidas no farmacológicas es fundamental para obtener resultados satisfactorios.
- Medidas físicas: enseñar a utilizar tanto el frío local, como el calor, para el alivio del dolor, y evitar los efectos adversos.

3.4. 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.

3.5. EPOC : Elaborar procedimientos/protocolos de actuación en espirometrías, oxigenoterapia y aerosolterapia . Establecer sesiones formativas e informativas. Establecer calendario de seguimiento para asegurar la calidad de las actividades. Activar una agenda específica para realización de espirometrías.

3.6. Vacunaciones en el adulto:

-Vacunación antigripal: Realizar un protocolo de citación que garantice la accesibilidad y comodidad para los usuarios. Difusión entre los miembros del EAP de las propuestas de mejora asistencial y de las actividades a realizar por cada grupo profesional. Revisar, entre los profesionales de enfermería, el circuito informático para el correcto registro de los datos requeridos. Comunicar a la Dirección, la conveniencia del adelanto de la campaña de vacunación.

-Vacunación antineumocócica: Revisar las historias clínicas de los pacientes que residen en estos centros, con el fin de detectar personas no vacunadas. Programar visita domiciliaria a aquellos pacientes nuevos, con el fin de administrar la vacuna.

3.7. Gestión del estrés:

Se plantea implantar como actividad asistencial la realización de grupos educativos para el afrontamiento del estrés. Estos grupos de 12 – 15 personas participaran en un proceso de 8 sesiones de carácter semanal mediante sesiones de 120 minutos en las que se abordará la vivencia del estrés y el desarrollo de estrategias para su afrontamiento con el apoyo del conocimiento de técnicas de relajación. En este proceso formativo se abordarán cuestiones como los factores que influyen en la salud, la relación entre el cuerpo-emociones y el estrés, vida cotidiana y somatización, vida sedentaria y descanso o la relajación en la vida diaria. En función de las necesidades detectadas en cada grupo se optará por diferentes técnicas de relajación (secuencial o metámeras, progresiva de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz). Tras la fase inicial de 8 sesiones se establecerá un seguimiento grupal para valorar el resultado de la intervención.

3.8. 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 2. 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.

3.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: Insistir en que se aporte el documento de vacunación. Utilizar el sistema de aviso por flash para detectar casos con deficiente vacunación. Anotar las dosis de inmunógenos que tiene puestos y las que le faltan según el calendario de nuestra Comunidad. Se entregará el

Documento de Salud Infantil con el registro de inmunógenos aplicados y los que se le van a ir administrando. Se procurará dar cita para las siguientes dosis. Si no acude a las citas de vacunas se incluirá en el flash para permitir su recaptura. Se registrará en la lista de calendarios acelerados para permitir hacer un seguimiento. Cuando esté correctamente vacunado se pondrá a sus datos un fondo verde.

3.10. Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias": el equipo coordinador compuesto por un miembro de cada organización, se reunirá una vez al mes. Se formará un grupo de trabajo coordinado desde la Asociación de Vecinos Manuel Viola, que irá desarrollando las distintas fases del proyecto con la metodología de la investigación-acción participativa. El proyecto tendrá una duración de dos años; para este primer año se desarrollarán las fases de conocimiento del medio, la estructuración de la investigación y la elección de los instrumentos de la misma.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Mantenimiento de un **sistema de oportunidades de mejora**:

- Consejo de Salud: Problemas detectados y gestión de los mismos realizada desde el consejo de salud
- Buzón de sugerencias: Sugerencias a las que se ha dado una solución desde la comisión de mejora de calidad del equipo.

2. Metodología de la gestión por procesos como base para la certificación con la norma ISO 9001-2000 del centro de salud:

- Constancia documental, al finalizar todo el proyecto, del 100 % de los procesos que se desarrollan en el centro de salud para poder pasar la certificación con la norma ISO 9001-2000 en 2009
- Participación de al menos el 40% de los integrantes del equipo en este proyecto de gestión de procesos

3. 10 Líneas de mejora:

3.1. Intervención en tabaquismo: aumento de la cobertura de pacientes atendidos en la consulta de deshabituación respecto al año 2007 en un 10 %

3.2 Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): realización de 100 MAPAS en el primer año de implantación

3.3 Intervención en grupo a pacientes con artrosis mejora en la realización de actividades de la vida diaria después de la intervención grupal

3.4 Diabetes: Retinografía digital: grado de concordancia de lectura entre médico de familia lectores y oftalmólogo de referencia. Nº de diabéticos en los que se ha realizado una retinografía en 6 meses respecto al total de diabéticos del centro que no tienen RD conocida.

3.5 EPOC: Numero de espirometrías realizadas. Numero de sesiones de aerosolterapia (Hudson) y oxigenoterapia con mascarilla realizadas. Numero de sesiones clínicas realizadas con este tema.

3.6 Vacunaciones adulto: 90 % de los residentes en centros geriátricos tendrán administrada la vacuna antineumocócica. Aumento de la cobertura de vacunación antigripal 10 % campaña anterior. Disminución de reclamaciones por problemas organizativos campaña antigripal.

3.7. Gestión del estrés: Inicialmente se plantean indicadores anuales cuantitativos en relación a la actividad: número de grupos realizados, número de pacientes que inician el grupo y número de pacientes que finalizan el programa de sesiones y número de

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

pacientes con episodios de estrés identificados.

3.8. 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.

3.9. Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes: porcentaje de mejora de la cobertura vacunal en población inmigrante

3.10. Proyecto de promoción de la salud: "Hacia una convivencia saludable en Delicias": Constitución del grupo de trabajo, número de reuniones del equipo coordinador y desarrollo de los instrumentos de investigación del proyecto.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: MARZO DE 2008	Fecha de finalización: MAYO DE 2009
--------------------------------	-------------------------------------

Calendario:

1. Sistema de detección de problemas: desde Marzo de 2008 estará activo el buzón de sugerencias. El consejo de Salud piensa celebrar 9 reuniones en el plazo descrito.
2. Proyecto de gestión de procesos para la certificación con normas ISO: Marzo a Octubre finalización de la documentación de procesos. Octubre a Diciembre: preparación de la certificación del centro. Primeros de 2009 certificación.
3. 10 Líneas de mejora: Constitución de los grupos de mejora: Marzo-Abril 2008. Desarrollo de las líneas de mejora: Abril 2008- Marzo 2009. Evaluación mediante indicadores: Abril-Mayo 2009.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
PUESTO DE ORDENADOR FIJO CON PANTALLA PLANA, IMPRESORA COLOR Y ESCANEADORA DE DOCUMENTOS PARA LA BIBLIOTECA	1.500
COLCHONETAS PARA GRUPOS DE ARTROSIS	600
BOLSAS FRIO-CALOR	180
CABLE DE DATOS PARA MAPA, MANGUITOS MAPA Y CARGADOR PILAS	900
COOXIMETRO CONSULTA TABACO	150
DESTRUCTOR DE PAPEL PARA ADMISION	340
MEDIDOR DE PLIEGUES CUTANEOS SKINFOLD CALIPER- HOLTAIN LTD PARA LA LINEA DE OBESIDAD EN LA INFANCIA	2.700
ESPIROMETRO	600
FRIGORIFICO CAMPAÑAS VACUNACION	
TOTAL	6.970

Lugar y fecha: Zaragoza, 22 de Febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora en la detección de las cefaleas y en especial de la migraña en la Zona Básica de salud de Cariñena para poder disminuir el impacto social.laboral y personal que representan

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Domingo Casbas Vela

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Centro de Salud Cariñena

Correo electrónico:

d_casbas@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976621026

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Delfín Sarasa Piedrafina	Médico	Cariñena
Fernando Colás Beltran	Médico	Cariñena

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La cefalea representa el primer motivo neurológico de consulta en Atención primaria representan de un 3-5% de las consultas.

Disminuir el impacto personal social y laboral que provoca la migraña ya que puede no estar bien diagnosticada por falta de conocimiento en la población al no acudir al medico así como en la posible dificultad de diagnóstico en los profesionales

Entre las cefaleas las migrañas tienen una prevalencia del 12% de la población entre 25 y 54 años lo que representa un gran impacto personal, social y laboral.

Los métodos a emplear serán prácticamente clínicos

Para ello interesa conocer la casuística ya diagnosticada en la zona básica por medio de planillas que rellenará cada médico de la zona básica

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Conocer la prevalencia de la zona ya que suponemos que está infradiagnosticada .
2. Disminuir gracias al diagnóstico y tratamiento el impacto personal , laboral y social
3. Concienciar tanto a los profesionales como a la población, de la importancia de un diagnóstico y tratamiento correctos de la enfermedad, ante el elevado

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

número de pacientes no diagnosticados y/o que se automedica, lo que provoca una falta de diagnóstico y tratamiento adecuado. La falta de información sobre la enfermedad provoca el abuso y automedicación con fármacos no específicos, como los analgésicos simples, que repercuten en la falta de control de la enfermedad y que incluso pueden cronificar las crisis de migraña

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Mediante charlas a la población en general para que conozcan la enfermedad y la importancia de no automedicarse.
2. Mejorar el conocimiento de los profesionales mediante sesiones clínicas en el Centro de Salud detallando el diagnóstico tratamiento y profilaxis de la enfermedad
3. Implementar el protocolo sobre cefaleas de Atención Primaria .
4. Confeccionar unas planillas para su distribución entre los profesionales para conocer los casos ya existentes y los nuevos que puedan surgir (mediante su inclusión en OMI...)
5. Carteles informativos para el horario de las charlas en algunas de las poblaciones dependientes de la zona básica
6. Divulgación en el periódico de la Comarca de manera sencilla de los síntomas de la enfermedad

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1.- Nº de pacientes con migraña / población diana .
(Población diana = 12.9 % de población entre 18 y 65 Años)
- 2.- Numero de sesiones clínicas impartidas en el EAP
- 3.-Numero de charlas a la población en genera
- 4.-Número de artículos en el periódico local de la Comarca

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:1-03-2008

Fecha de finalización:31-12-2008

Calendario:

- Charla en marzo-Abril en la Zona Básica de Cariñena para la población
- Sesión clínica en abril en el Centro de Salud basado en criterios de diagnóstico y tratamiento.
- De mayo a Noviembre recogida de planillas y diciembre evaluación de los datos
- Diciembre presentación de resultados en el EAP

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
CARTELES INFORMATIVOS	50
INSCRIPCCION CONGRESO	500
TOTAL	

Lugar y fecha: CARIÑENA A 21 DE FEBRERO DE 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES PARA EL MANTENIMIENTO DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO EN ATENCIÓN PRIMARIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dolores San Miguel Arbués

Profesión

Enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C. S. Cariñena

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-622646

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Victoria Borraz López	Enfermera	C.S. Cariñena
Antonio Castillo Navarro	Enfermero	C.S. Cariñena
Silvestre García Lisón	Enfermero	C.S. Cariñena

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El reservorio es un dispositivo subcutáneo implantable, por técnica quirúrgica, para acceso venoso central.

De material generalmente en acero quirúrgico o poliéster plástico, consta de una membrana de silicona autosellable. Al reservorio está conectado un catéter flexible que se aloja en las venas yugulares internas o externas y las venas subclavias.

Estos sistemas están indicados en pacientes con difíciles accesos venosos y con tratamientos que requieren punciones vasculares repetidas durante largos períodos de tiempo, de manera continuada o intermitentemente, además de poder obtener a través de ellos muestras de sangre y transfusiones de hemoderivados.

Cada vez es mas frecuente que lleguen a las consultas de enfermería de A P, pacientes con estos dispositivos colocados en el hospital con la indicación de volver allí para su mantenimiento, lo que supone en la zona rural un problema de desplazamiento, no sólo para e paciente sino también para un acompañante.

Habiendo detectado recientemente este problema en el centro de salud se decide dar cobertura a este nuevo proceso.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Formación de los enfermeros del EAP en este campo

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

2. Mejora de la Calidad Asistencial prestada a estos pacientes
3. Disminución del nº de desplazamientos de estos pacientes al hospital
4. Mejora de la satisfacción de los pacientes

- 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**
1. Revisión de protocolos existentes
 2. Realización de sesiones clínicas formativas
 3. Solicitud de material para llevar a cabo el proceso
 4. Registro de los pacientes portadores de reservorio
 5. Mantener el acceso venoso central permeable y aséptico
 6. Realizar una encuesta a los pacientes tratados para valorar su satisfacción

- 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**
1. nº de sesiones clínicas realizadas
 2. nº de pacientes incluidos en este proceso
 3. nº de desplazamientos evitados
 4. % de pacientes satisfechos o muy satisfechos en la encuesta con el mantenimiento de su reservorio en el centro de salud

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2008 Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2008

ACTIVIDADES PREVISTAS	II	III	IV	V	VI	VI	VIII	IX	X	XI	XII
Revisión protocolos	■	■									
Sesiones clínicas EAP			■	■							
Solicitud material		■									
Trabajo de campo			■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realizar la encuesta satisfacción										■	
Valoración de los resultados										■	
Presentación resultados al EAP											■

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Suscripción a la revista enfermería clínica (papel + on line)	79,29
Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Zaragoza 2008) para presentar una comunicación con los resultados de este Proyecto	500
TOTAL	579,29 €

Lugar y fecha:

Cariñena 20 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

EVALUACION INTEGRAL DEL C.S. DE CASSETAS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

PEDRO OROS ESPINOSA

Profesión

MEDICO-PEDIATRA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

CENTRO DE SALUD CASSETAS

Correo electrónico:

poros@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976771347

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANA GASTON FACI	PEDIATRA	C.S.CASSETAS
GEMA MONTON BLASCO	ATS-DUE	C.S.CASSETAS
MARIA JESUS ACEBILLO CARDO	ATS-DUE	C.S.CASSETAS
DIEGO GASTON FACI	SOCIOLOGO	UNIVERSIDAD ZARAGOZA
ANA PENON GIMENO	AUXILIAR	C.S.CASSETAS
LIDIA MEDRANO ALCAY	AUXILIAR	C.S.CASSETAS
DOLORES LAMANA	AUXILIAR	C.S.CASSETAS
MARGARITA MEDRANO	AUXILIAR	C.S.CASSETAS

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...

Tras la reforma de la A.P, y tras más de 20 años de funcionamiento del EAP de Casetas se ha producido una notable transformación, tanto de la población atendida, con cambios demográficos y de perfil social y cambios en las demandas de atención con un notable aumento de exigencia. También ha evolucionado la actitud de los profesionales influida por las condiciones y dificultades de trabajo y el aumento de la edad media.

Además actualmente y sobretodo por parte de las Direcciones se nos aplican unas directrices de actuación muy genéricas que habitualmente no abarcan las peculiaridades e idiosincrasia propias de nuestra zona de Salud, con lo cual nos encontramos con mucha frecuencia con una serie de proyectos, protocolos, etc. muy interesantes en líneas generales, pero en ocasiones, de escaso interés y posibilidad de realización en nuestra Zona.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conseguir una valoración real y útil de la situación actual del EAP, cuantificando la problemática específica de la zona de salud.

Reflexionar y describir los problemas detectados, priorizando los mismos y seleccionando las principales líneas de mejora.

Facilitar a los cuadros directivos la información sobre las peculiaridades propias de esta zona, distinta de otras zonas, para con ello poder recibir un trato adaptado y adecuado a las necesidades reales de esta zona.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ★ Formación del grupo de trabajo.
- ★ Recopilación de la documentación existente.
- ★ Diseño del estudio siguiendo el siguiente esquema:
 - A) Descripción y resumen histórico de su creación.
 - Población a la que atiende
 - Tipo de población: edad media, distribución dentro de la Zona Dispersión
 - Influencia de estos factores en el funcionamiento del centro
 - Problemas habituales y más acuciantes
 - Posibles soluciones
 - B) Estructura física del Centro y de los diferentes consultorios dependientes de él:
 - Ubicación
 - Estado de conservación y funcionalidad de dichos edificios
 - Acciones que se van a acometer en un futuro próximo
 - Problemas derivados de todo lo anterior
 - Posibles soluciones
 - C) Composición del Equipo Socio-Sanitario del Centro:
 - Distribución en el Centro y en periferias
 - Distribución del horario en atención normal y de At. Continuada, actual y a corto plazo (1-10-2008)
 - Problemas habituales en el desarrollo de la labor asistencial
 - Posible soluciones
 - D) Distribución del trabajo a lo largo de la jornada laboral:
 - Asistencia en los diferentes niveles
 - Distribución del trabajo no asistencial:
 - . Docencia e investigación
 - . Reuniones de Gestión del propio Centro
 - . Seguimiento de los diferentes protocolos de y programas del Sector o propios de la Zona.
 - Problemas habituales y más acuciantes
 - Posibles soluciones
- ★ Valoración por parte del equipo de los resultados obtenidos.
- ★ Detección de oportunidades de mejora.
- ★ Priorización y selección de oportunidades de mejora.
- ★ Remisión de informe a Dirección.
- ★ Diseño de plan de calidad 2009.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Actas de reuniones del grupo de trabajo.

Existencia de documento de diagnóstico ajustado al proyecto.

Existencia de documento de líneas de mejora priorizadas.

Remisión del informe a la dirección de A.P.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 6-FEBRERO-2008

Fecha de finalización: ABRIL-2008

Caleendario:

Actividad	mes
Formación del grupo de trabajo.	Febrero
Recopilación de la documentación existentes.	Marzo
Diseño del estudio	Marzo-Abril
Valoración por parte del equipo de los resultados obtenidos.	Septiembre
Detección de oportunidades de mejora.	Septiembre
Priorización y selección de oportunidades de mejora.	Septiembre
Diseño de plan de calidad 2009.	Octubre
Remisión de informe a Dirección.	Octubre

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
Dado que para la realización de dicho estudio, no se precisa material específico se solicita material para el uso de los profesionales del Centro	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>2 ESFINGOMANOMETROS DIGITALES PEDIATRICOS</u>	
<u>1 PULSISOMETRO PEDIATRICO</u>	
<u>1 PULSISOMETRO DE ADULTOS</u>	
<u>2 ESFINGOMANOMETROS DIGITALES DE ADULTOS</u>	
TOTAL	

Lugar y fecha: CASETAS a 22-Febrero de 2008

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejorar la información y seguridad clínica de los pacientes polimedificados con tratamientos prolongados, en un centro de salud.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Catalina Aguirre y Dabán

Profesión: Pediatra

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C. de Salud Universitas - Zaragoza 3

Correo electrónico: caguirre@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-324195

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Aznar Tejero	Médica de Familia	C. de S. Universitas
Carmen García Merino	Médica de familia	C. de S. Universitas
M ^a Jesús Lalana	Farmacéutica	Sector Zaragoza -3
Ana Elsa Liso Ruiz	DUE	C. de S. Universitas
Pedro Lizandra Fron	Médico de familia	C. de S. Universitas
Maribel Moratilla López	Auxiliar administrativa	C. de S. Universitas
M ^a Pilar Pamplona Villarroya	DUE	C. de S. Universitas
Isabel Rodrigo Estévan	Médica de familia	C. de S. Universitas
Mayte Tesa Aquilué	DUE	C. de S. Universitas

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...

Durante 2006 el grupo de calidad detectó mediante encuesta a todos los miembros del equipo de atención primaria 175 situaciones mejorables, entre ellas el grupo de calidad seleccionó abordar el problema de la medicación en pacientes crónicos (magnitud, riesgo para el paciente y coste). Dentro del programa de Apoyo de 2007, se desarrolló el proyecto "Racionalización y sistematización del proceso de prescripción de recetas de largo tratamiento" en el que se ha comprobado que en una semana se prescriben **4887** recetas en pacientes crónicos, la media de fármacos fue de 4,8 por Cartilla de Largo Tratamiento –CLT- (rango de 1 a 17), y hay un 33,4 % de pacientes que consumen 5 ò más fármacos simultáneamente. En atención primaria la mayor parte de los riesgos clínicos se relacionan con el uso de medicamentos; hay constancia de que la posibilidad de interacciones medicamentosas aumenta cuanto mayor es el número de fármacos que se consumen, siendo uno de los principales objetivos de la atención sanitaria intentar minimizar los riesgos del paciente.

Por ello el equipo de mejora, pretende durante el año 2008 llevar a efecto en relación a esta línea de trabajo los siguientes objetivos:

Objetivo 1.- Poner en marcha acciones de mejora en relación con los resultados obtenidos en la evaluación realizada en diciembre de 2007:

- 1.1. Mejorar la asignación correcta de cada fármaco al episodio correspondiente
- 1.2. Incrementar la constancia de dosis prescrita del medicamento
- 1.3. Unificar los formatos de CLT
- 1.4. Mejorar la infraestructura de almacenaje y distribución de las recetas.

Objetivo 2.- Mejorar la seguridad clínica relacionada con los pacientes que utilizan la cartilla de largo tratamiento.

- 2.1 Analizar los grupos de medicamentos que consume la población Pensionista de nuestro Centro de Salud.
- 2.2. Valorar e intervenir ante las posibles interacciones con otros fármacos en pacientes polimedcados.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Resultados obtenidos en el proyecto 2007 :

4.- % de CLT que cumplen criterios / total de CLT: Se han valorado independientemente :

4.1- % de CLT que cumple 1,2,3 ó 1+2 ó 1+2+3 criterios:

- 4.1.1 *Episodio*:..... 58.88 %
- 4.1.2 *Dosis* :..... 41.71 %
- 4.1.3 *Fecha autorización* 60.00 %
- 4.1.4 *Cumplen episodio + dosis* 32.35 %
- 4.1.5 *Cumplen los 3 criterios* 24.7 %

4.2.-% de Medicamentos dentro de cada CLT que cumplen los criterios 1,2,3 ó 1+2 ó 1+2+3

- 4.2.1 – *Episodio* 78.2 %
- 4.2.2 – *Dosis* 56.9 %
- 4.2.3 – *Fecha de autorización* 64.9 %
- 4.2.4 – *Episodio + dosis* 50.3 %
- 4.2.5 – *Cumplen los 3 criterios* 38.4 %

- Media de fármacos por CLT: 4,88
- Nº de medicamentos crónicos solicitados / semana: 4.136
- Total recetas de largo tratamiento / semana : 4.887
- Media de recetas de largo tratamiento / médico / día :61,09

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Unificar formato de CLT para todos los Médicos.
- 2.- Aumentar el % de CLT que cumplen criterios de calidad al menos en los 2 apartados más significativos

	% actual	% 2008
1.- Asignación de Episodio:	58,88 %	75 %

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

2.- Constancia de dosis	41,17 %	65 %
3.- Revisar los intervalos de recogida de recetas de largo tratamiento		
4.- Mejorar la seguridad clínica de los pacientes que utilizan medicación crónica.		
5.- Analizar la utilización de los AINEs en pacientes pensionistas con patologías de riesgo		

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
Actividades:
1.- Sesión clínica para información al equipo (responsable del proyecto).
2.- Sesión formativa sobre paciente polimedcado y AINEs (M ^a Jesús Lalana)
3.- Sustituir progresivamente las CLT por el nuevo formato unificado (Maribel Moratilla, M ^a Pilar Pamplona).
4.- Revisar y actualizar las CLT de Pensionistas (Ana Elsa Liso).
5.- Elaborar planilla de registro de datos (Mayte Aquilué).
6.- Corregir episodios y dosis mal asignados (Pedro Lizandra).
7.- Eliminar o sustituir fármacos inapropiados (Carmen García).
8.- Estudiar específicamente consumo de AINEs entre las CLT revisadas (Isabel Rodrigo)
9.- Elaborar documento de registro para evaluar posibles contraindicaciones o efectos adversos (Pilar Aznar, M ^a Pilar Pamplona)
10.- Evaluación de indicadores (Catalina Aguirre).
11.- Propuestas de mejora (grupo).

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS													
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas													
Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: diciembre - 2008												
Calendario:													
Actividades 2007	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2009
Actividad 1			X										
Actividad 2				X									
Actividad 3			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Actividad 4				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Actividad 5			X										
Actividad 6				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Actividad 7				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Actividad 8				X									
Actividad 9				X									
Actividad 10					X			X		X		X	
Actividad 11					X			X		X		X	X

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>6 pen-driver 4 GB</i>	<i>180</i>
<i>Un ordenador portátil</i>	<i>800</i>
<i>Inscripciones Congreso Nacional Calidad y Talleres</i>	<i>900</i>
TOTAL	1.880

Lugar y fecha:

Zaragoza, 20 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN DEL HIPOTIROIDISMO RELACIONADO CON DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONAL EN PERSONA MAYOR DE 75 AÑOS EN EL ÁREA BÁSICA DE CARIÑENA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANTONIO GARCIA TEJEDOR

Profesión

MEDICO

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C. S. Cariñena

Correo electrónico:

antgarte@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976621026

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Delfín Sarasa Piedrahita	MEDICO	AGUARON(CARIÑENA)
Manuel Granados	MEDICO	COSUENDA(CARIÑENA)
Antonio Castillo	ATS	ALFAMEN(CARIÑENA)
Dolores San Miguel Arbués	ATS	PANIZA(CARIÑENA)
Silvestre García Lisón	ATS	CARIÑENA
Susana Martínez Cabriada	ATS	VILLANUEVA(CARIÑENA)
Pilar Serrano	ATS	CARIÑENA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La disfunción Tiroidea, el Deterioro Cognitivo y/o Funcional y la Depresión son patologías muy frecuentes en las personas mayores de 75 años e interrelacionadas en un número elevado de casos. El que la disfunción tiroidea (hipotiroidismo) sea factor causal es importante y que la instauración del oportuno tratamiento de la citada disfunción pueda mejorarla con la consiguiente mejora del estado cognitivo, es uno resultados que se desean obtener.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Detectar precozmente casos de hipotiroidismo causantes de deterioro cognitivo

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Detectar la presencia de hipotiroidismo, en sus diferentes variantes, asociada a Deterioro Cognitivo y/o Depresión, lo que puede tener incidencia en el deterioro funcional Actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD,AIVD). En una muestra representativa de la población de la ZBS mayor de 75 años.

Se pedirá el Consentimiento para las intervenciones siguientes y se procederá a pasar a los mayores de 75 años del Área Básica de Cariñena los siguientes test:

- Test Minimental de Lobo(deterioro cognitivo)
- Test de Yesavage(Depresión)
- Test de Lawton(AIVD)
- Test de Barthel(ABVD)
- Analítica de Hormonas Tiroideas (TSH,T4), en los ciudadanos que se aprecie manifestaciones de deterioro cognitivo y/o depresión .

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- % de pacientes con Test Minimental de Lobo(deterioro cognitivo)<30%
- % de pacientes con Test de Yesavage(Depresión)<30%
- % de pacientes con Test de Lawton(AIVD)<40%
- % de pacientes con Test de Barthel(ABVD)< 40%
- % Analítica de Hormonas Tiroideas (TSH,T4) alteradas en los ciudadanos que se aprecie alteraciones de deterioro cognitivo y/o depresión.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 08	Fecha de finalización: Noviembre 08
---------------------------	-------------------------------------

Calendario:

En marzo selección de la muestra y preparación del material

De abril a septiembre trabajo de campo (realización de los test)

De Octubre a Noviembre: Estudio de los datos obtenidos, conclusiones y recomendaciones de mejora

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
ORDENADOR PORTATIL CON OFFICE Y SPSS INCORPORADO	1200
500 ESCALA DE MINIMENTAL TEST DE LOBO	150
500 TEST DE YESAVAGE(DEPRESIÓN)	150
500 TEST DE LAWTON(AIVD)	150
500 TEST DE BARTHEL(ABVD)	150
UNA INSCRIPCION PARA EL CONGRESO NACIONAL DE CALIDAD 2008	500
TOTAL	2300

Lugar y fecha:

CARIÑENA 20 DE FEBRERO DE 2008

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Proyecto "Aragonesas con Corazón": Mejora de la información que tienen las mujeres del Sector Zaragoza III de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a Victoria Fustero Fernández
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro de Salud de Cariñena
Correo electrónico: fusterofer @yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976622646

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA: GRUPO PAMYC		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Dolores Ariño Martín	M de Fam.	C.S San Pablo. Zaragoza
Mario Bárcena Caamaño	M de Fam.	C.S. Cariñena
Isabel Calvo Cebollero	Cardióloga	
Luis Escosa Royo	Cardiólogo	H. U. Miguel Servet. Zgza.
Antonela Lukic	Cardióloga	IACS
José Manuel Millaruelo	M de Fam.	C.S Torrero-La Paz. Zgza
Eva Moreno Esteban	Cardióloga	H. U. Miguel Servet. Zgza

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
<p>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 <i>en las últimas décadas, existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los hombres, esta no se está produciendo en las mujeres.</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>El grado de conocimiento de las ECV, así como la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos que han demostrado eficacia pronóstica, es menor en las mujeres, sobre todo en el síndrome coronario agudo (SCA) y en la Insuficiencia cardiaca (IC) lo que redundará en un peor pronóstico (mayor mortalidad por SCA y mayor tasa de ingresos por descompensación de IC).</p> <p>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</p>

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 cardíaca).

Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al 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 ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

GENERALES:

1. Sensibilizar a la población del sector 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 del sector, de forma que las personas adquieran hábitos y costumbres dentro de su entorno social, que genere bienestar y ayude a prevenir la aparición de enfermedad.
3. Llamar la atención de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales del sector 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. Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.
- b. 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.
- c. Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres del sector acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- d. 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.
- e. Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico, estrés mental y psicosocial) de las mujeres y de su entorno con el propósito de mejorar el riesgo cardiovascular de la población.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

LINEAS DE ACTUACIÓN:

Se trata de una intervención:

- 1- Integrada y multifactorial, que cubre los factores de riesgo más importantes, así como sus determinantes socioeconómicos.
- 2- Con colaboración intersectorial, que comprende el sector de salud y otros fuera de él (asociaciones de consumidores, ayuntamientos, entidades públicas y privadas, etc.).
- 3- Dirigida a la promoción de cambios ambientales propicios a facilitar estilos de vida sanos y acceso a recursos sanitarios.
- 4- Que pretende involucrar diversas disciplinas profesionales, en varias etapas de planificación y desarrollo de programas.

Se dirige a las mujeres de la comunidad de Aragón (mediante actividades educativas por sectores de salud, pero con coordinación de los profesionales implicados en cada sector):

1. Charlas/ Talleres informativos en centros 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. Folletos informativos.
 - a. Diseño de un folleto informativo.
 - b. Edición de 4.000 ejemplares del mismo.
 - c. Distribución de los folletos a través de personal sanitario, que podrá contestar preguntas básicas sobre el mismo en el acto. La repartición de los mismos se realizará principalmente en Hospitales y Centros de Salud del sector en el horario habitual de trabajo y en los centros comerciales entre las 18 y 21 horas de la tarde y en asociaciones de mujeres de Sector II

Responsables: los componentes del Grupo PAMYC

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Numero de charlas impartidas.
2. Número de asistentes a las charlas.
3. Valoración de la satisfacción de las asistentes con el contenido (encuesta breve).

4. Número de folletos editados.
5. Número de poblaciones donde se han distribuido folletos
6. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.
7. Monitorización en el SCACEST atendido dentro del programa TRIAMAR del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el contacto con el sistema sanitario. (Demora atribuible al paciente).

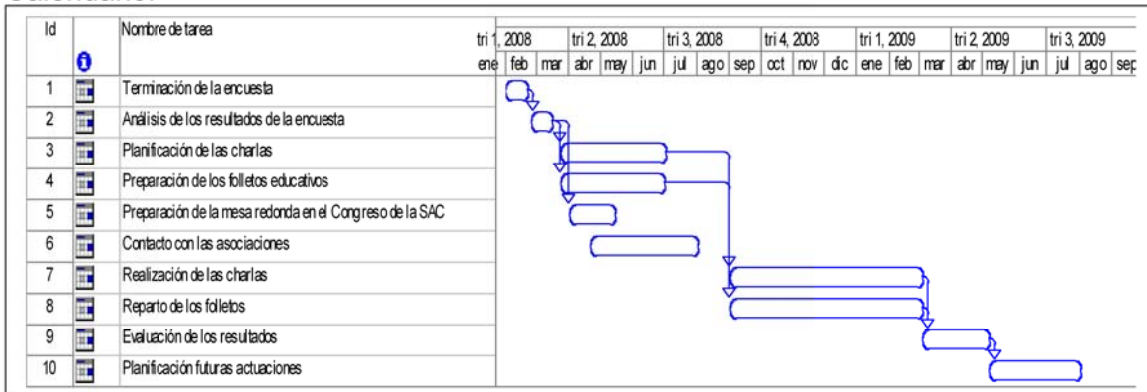
9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS añadir las charlas

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: 2009

Caleandario:



<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Apoyo para la edición de los folletos	1.000
Apoyo para la elaboración de material audiovisual para talleres y charlas	600
Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Zaragoza 2008) Para presentar una comunicación con los resultados de este Proyecto	500
	TOTAL
	2.100€

Lugar y fecha:

Zaragoza 20-02-2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROGRAMA DE PREPARACIÓN AL ALTA DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ARMANDO COLOMER SIMÓN

Profesión

ENFERMERO ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Centro de Rehabilitación Psicosocial "Ntra Sra del Pilar"

Correo electrónico: **acolomer@aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976331500 Ext: 64213 móvil: 686147206**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Ángel Quintanilla López	Psiquiatra	UCE HCU "Lozano Blesa"
José L González Torrecillas	Psiquiatra	Consultas HCU "Lozano Blesa"
Valero Pérez Camo	Psiquiatra	CSM "Escultor Palao"
María Villaroya Lacilla	Enfermera	CRP "Ntra Sra del Pilar"
Ana Belén Morales Rozas	Enfermera	CSM "Escultor Palao"
Luis Benedí Sanz	Enfermero	UCE HCU "Lozano Blesa"
Por determinar	Enfermera	Consultas HCU "Lozano Blesa"
Natividad Soto Terceño	Enfermera	Unidad Docente Enfermería de Salud Mental

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...

- Mejora continuidad cuidados en pacientes TMG dados de alta en la UCE psiquiátrica del HCU "Lozano Blesa"
- Garantiza seguimiento tras el alta en su CSM
- Mejora la adhesión al tratamiento prescrito

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Oferta del programa de preparación al alta para pacientes con perfil TMG ingresados en la UCE de psiquiatría del HCU "Lozano Blesa"

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Consenso sobre criterios operativos TMG.
- Elaboración de parrilla para recolección de datos de pacientes ingresados en la UCE
- Revisión sistemática de todos los ingresos hospitalarios producidos en el número de años consensuado por el equipo de mejora.
- Establecimiento de Censo de Pacientes usuarios en fase aguda del la UCE del HCU y sistema de inclusión de los que se produzcan en adelante

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Dispondremos de Censo de pacientes TMG usuarios en fase aguda de la UCE psiquiátrica del HCU.
- Dispondremos de criterios operativos que perfilen el TMG usuarios de 2 CSM (Consultas HCU y CSM Escultor Palao)
- Ingerirá la próxima toma de mediación tras el alta.
- Dispondrá de agenda terapéutica con plan de cuidados el día de alta de la UCE
- Tendrá cita programada al alta con su CSM (Escultor Palao o Consultas externas de Psiquiatría del HCU)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 15 de marzo 2008	Fecha de finalización: diciembre 2008
-----------------------------------	---------------------------------------

Calendario:

Con los datos obtenidos se estará en condiciones de presentar la propuesta de Programa de Preparación al alta por escrito el 1 de diciembre de 2008.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
TOTAL	

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
PROGRAMA: LA GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN EL CENTRO DE DÍA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
MARÍA VILLARROYA LACILLA
Profesión
ENFERMERA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Centro de Rehabilitación Psicosocial "Ntra Sra del Pilar"
Correo electrónico: **mmvillarroyal@aragon.es**
Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976331500**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Tarí García	Psiquiatra	Centro de Día "Romareda"
Carmen Ferrer Dufol	Psiquiatra	CRP "Ntra. Sra. del Pilar"
Armando Colomer Simón	Enfermero	CRP "Ntra Sra delPilar"
Enfermera 1 por determinar	Enfermera	Centro de Día "Romareda"
Enfermera 2 por determinar	Enfermera	Centro de Día "Romareda"
Enfermera 3 por determinar	Enfermero	CRP "Ntra. Sra. del Pilar"
Enfermera 4 por determinar	Enfermera	CRP "Ntra. Sra. del Pilar"
Enfermera Residente de salud mental	Enfermera	UDA Gobierno de Aragón

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...

- **Concretar y definir la aportación a la atención que se presta**
- **Entender que la función que nos define es el CUIDADO**
- **Basar los cuidados en un modelo de enfermería y como método el proceso enfermero (P.E.)**
- **Disponer de PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS, con orientación INDIVIDUAL en su aplicación**
- **Generalizar una metodología de cuidados adaptada a los diferentes ámbitos de actuación (domicilio, acompañamientos, disponibilidad no programada, etc.) desde el Centro de Día.**
- **Mejorar la continuidad de cuidados (posibles recaídas que precisen de ingreso hospitalario asistiendo al CD)**
- **Establecer las bases para la evaluación de la actividad enfermera.**
- **Evaluar el impacto en el nivel de satisfacción de usuarios y familiares.**

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Criterios de derivación al Programa.**
- **La enfermera gestora de cuidados.**
- **La agenda terapéutica del paciente (*)**
- **El psiquiatra de referencia.**
- **Subprograma “Preparación al Alta del Centro de Día”.**

(*) **La Agenda Terapéutica del paciente.**

Es el criterio de resultado de la derivación de todo paciente a enfermería. Tras la aplicación del proceso de Atención de Enfermería y la coordinación con todos los profesionales intervinientes, la Enfermera estará en condiciones de presentar al resto del Equipo del CD y a la supervisión del psiquiatra, una agenda que servirá para negociar y obtener consentimiento del paciente y su familia a la hora de formalizar el compromiso con el programa de rehabilitación, al modo de contrato terapéutico, y evaluar con carácter periódico su cumplimiento y resultados.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Análisis de la demanda de los últimos cinco años.**
- **Monitorización de pacientes dados de alta en este periodo.**
- **Entrenamiento específico para las enfermeras del CD.**

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- **Se dispondrá de sistema de valoración de necesidades de cuidados por escrito para el 100% de los pacientes en el CD.**
- **Se dispondrá de oferta de cuidados específica pactada con el paciente como contribución al PIIR.**
- **Se dispondrá de sistema de medida de satisfacción de las familias.**
- **Se dispondrá de un modelo de “agenda terapéutica”.**

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 15 de marzo 2008

Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

Con los datos obtenidos se estará en condiciones de presentar la propuesta de **PROGRAMA: LA GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN EL CENTRO DE DÍA** por escrito y un modelo de “agenda terapéutica” que se ofrecerá a los pacientes usuarios del CD.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO SERVICIO DE APOYO GERIÁTRICO AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA Y CON PLURIPATOLOGÍA.</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos OCHOA CALVO, M. PILAR</p>
<p>Profesión Médico especialista en geriatría.</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital geriátrico San Jorge de Zaragoza. Servicio de Geriatría.</p>
<p>Correo electrónico: pochoac@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976300500 ext 138</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Manuel Cucullo López jmcucullo@salud.aragon.es	Geriatra Coordinador de calidad	Hospital geriátrico San Jorge
Ernesto García-Arilla Calvo egarciaarilla@salud.aragon.es	Geriatra Jefe de Servicio	Hospital geriátrico San Jorge
Raquel Vial Escolano	M.I.R. Geriatría	Hospital geriátrico San Jorge
María Jesús Hellín	Enfermera de consulta externa.	Hospital geriátrico San Jorge

<p>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...</p> <p>4.1 Importancia y utilidad del proyecto: La mejora en la comunicación entre atención especializada y atención primaria es una demanda repetida. Actualmente en el Servicio de Geriatría, se está elaborando un trabajo destinado a valorar las consultas externas de geriatría, mediante encuesta a los médicos de los centros de salud. Aunque no se dispone aún de los resultados finales, en gran parte de las encuestas agradecerían agilizar la comunicación con el especialista. El paciente geriátrico asocia con frecuencia problemas cognitivos con pluripatología, lo que puede implicar polifarmacia, múltiples visitas a especialistas e incluso aumento de ingresos hospitalarios. A partir de los datos del proyecto anterior y con la idea de mejorar la comunicación con el médico de atención primaria con este tipo de pacientes, se quiere poner en marcha una vía de comunicación que usa como soporte el correo electrónico y la posibilidad de alguna sesión conjunta.</p> <p>4.2 Situación de partida: Aunque de forma puntual se responde por teléfono, en la actualidad, el Servicio de Geriatría no proporciona al médico de atención primaria la posibilidad de consultar dudas o recibir asesoramiento vía correo electrónico, ni existe ninguna sesión conjunta. El paciente antes descrito habitualmente motiva, en el médico</p>

de atención primaria, la necesidad de recibir asesoramiento geriátrico sobre el paciente, para mejor atención de las patologías crónicas y sus descompensaciones en domicilio. El número de primeras consultas atendidas en el servicio, en el año 2007, fueron casi 1300, remitidas desde atención primaria, prácticamente el 84%. El centro de salud de nuestro Sector que mas pacientes derivó fue Delicias Norte y el que incrementó más las consultas en un año fue el centro de salud Miralbuena, lo que lleva a utilizar estos dos centros como objetivo de este proyecto. Actualmente dentro del SALUD, todos los médicos disponemos de correo electrónico. Este tipo de comunicación resulta sencilla y sin coste.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Gracias al proyecto "Optimización de consulta geriátrica mediante análisis de las solicitudes recibidas" se han obtenido y cuantificado las siguientes evidencias:

- El motivo de consulta mas frecuente al Servicio de Geriátria es la valoración cognoscitiva y problemas relacionados con ella. Se ha cuantificado en un 45.8 % de las primeras consultas solicitadas durante un mes.
- El Centro de Salud desde el que se han recibido más derivaciones es el centro de Delicias Norte. El 12.5 % de los pacientes vistos por primera vez procedían de este centro.
- Se ha tipificado el perfil del paciente atendido, siendo mujeres en un 68%, con una edad media de 81 años.
- El tipo de documento que adjuntaban en la primera consulta remitido desde el Centro de Salud especificaba el motivo de consulta en un 94.4% de las veces. Constan los antecedentes médicos en 78% de ocasiones. La medicación estaba especificada en el 67%. El medico de primaria proporciona información mas completa, cuando utiliza un documento estandarizado en formato DIN A4 en vez de en P10. La diferencia es estadísticamente significativa (test de Fisher $p < 0.001$). Además de ser más completos son legibles al no estar manuscritos. El 52,8% de consultas se solicitaron en este formato.
- En cuanto a la comunicación escrita con el médico, actualmente por parte del servicio de geriátria, se emite un informe generalmente manuscrito, que se entrega al familiar o se envía por correo interno, quedando una copia en la historia clínica. En el momento de redactar el presente documento, todavía no se han evaluado completamente todas las primeras consultas registradas, y no se dispone del % de informes contestados.
- En la primera fase se ha elaborado documentación específica para facilitar la información a las familias, elaborando un tríptico informativo que ha sido bien aceptado; la información facilitada ha resultado de interés para las familias y el lenguaje utilizado entendible a todos los niveles.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la continuidad asistencial en la atención de pacientes de edad mayor a 80 años con deterioro cognoscitivo y pluripatología.
Apoyar al médico de Atención Primaria en cuestiones concretas relacionadas con la atención sanitaria, en este tipo de pacientes.
Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Geriátria.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Primer mes:

Elección de dos Centros de Salud para iniciar el Proyecto. Envío de una carta de presentación con un díptico explicativo de los objetivos del proyecto. Especificar que médicos quieren participar desde el Centro de Salud. Disponer de sus correos electrónicos.

Especificar que médicos del Servicio de Geriátrica quieren participar en el proyecto. Disponer de sus correos electrónicos.

Especificar los criterios que debe cumplir los pacientes para entrar en el proyecto.

Facilitar la información a todos los participantes del proyecto.

Responsables: Jefe de servicio. Facultativo del Servicio.

Segundo mes en adelante:

Todas las primeras consultas, de los Centros de Salud indicados, derivadas por alguno de los médicos incluidos en el proyecto se contestarán vía mail, además de dejar copia en la historia clínica.

Cualquier cuestión surgida en el cuidado sanitario de estos pacientes podrá preguntarse al especialista de geriatría mediante mail.

Responsables: Facultativo de servicio. Enfermera de Consulta externa.

Tercer mes:

Puesta en contacto con los coordinadores de ambos Centros de Salud para organizar una sesión conjunta (entre 1-2 al semestre).

Organizar calendario de sesiones en el Servicio de geriatría para incluir esta sesión conjunta.

Información a todos los facultativos participantes y de ambos Centros que estuvieran interesados.

Responsables: Encargada de formación, Facultativo de servicio, MIR

En el primer año:

Evaluación al año de el número de pacientes atendidos de esta manera

Evaluación mediante cuestionario de la satisfacción en el médico de Atención primaria

Responsable: Facultativo de servicio, MIR

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Indicador 01. Informe de respuesta de la primera consulta enviado por mail. El 100% de los incluidos en el proyecto.

Indicador 02. Tiempo medio de respuesta <24 horas: Se obtiene midiendo el tiempo transcurrido entre la recepción del correo por el peticionario y el envío de la respuesta. El objetivo es que el 75% se respondan antes de 24 horas.

Indicador 03. Grado de satisfacción por petición: En cada respuesta se pedirá al peticionario que evalúe la información como "poco útil" "parcialmente útil" "muy útil".

El objetivo es conseguir calificación "muy útil" en más del 60% de los casos.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Indicador 04. Grado de satisfacción anual: Se realizará un cuestionario, el primer año, para evaluar la satisfacción en el periodo. Este dato será la referencia de partida y, dependiendo de los resultados, se marcarán los objetivos de mejora.

Seguimiento: Semestralmente se evaluará el cumplimiento de los objetivos y se contrastarán los resultados en las sesiones conjuntas para tomar acciones de mejora del desempeño o acciones correctivas si no se cumplen los objetivos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Abril 2008: Puesta en contacto con los Centros de Salud y definición de criterios

Mayo 2008: Definidos los criterios, se eligen pacientes que pueden entrar en el proyecto.

Junio 2008: Organización de sesiones conjuntas

Octubre 2008. Inicio de sesiones conjuntas

Marzo 2009: Primera evaluación

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Información sobre los correos electrónicos de los médicos implicados en el proyecto	
TOTAL	0

Lugar y fecha: Zaragoza, 19 de febrero de 2008.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PREVENCION DE ERRORES DE MEDICACION y SISTEMA DE DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre y apellidos	CARMEN CANOVAS PAREJA
Profesión	MEDICO ESPECIALISTA EN GERIATRIA-FEA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)	HOSPITAL GERIATRICO SAN JORGE ZARAGOZA
Correo electrónico:	ccanovas@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976300500 Extensión 138 - 976300511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ernesto García-Arilla Calvo	Médico	Hospital San Jorge
José Manuel Cucullo López (C. Calidad)	Médico	Hospital San Jorge
Raquel Vial Escolano	Médico MIR	Hospital San Jorge
Teresa Usieto Piedrafitá	Médico MIR	Hospital San Jorge
Itziar Ruiz de Zárate Viana	Farmacéutica	Hospital San Jorge
Jesús Navarro Maures	Enfermera	Hospital San Jorge
Cristina Sancho Solan.....	Enfermera	Hospital San Jorge
Esther Núñez Alonso	Enfermera	Hospital San Jorge

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...
<p>La hospitalización del anciano como consecuencia de un proceso agudo o descompensación de una patología crónica, incrementa el consumo farmacológico y condiciona la necesidad de un "proceso correcto" desde "la prescripción hasta la administración y consumo del medicamento", como una pieza clave en la consecución del beneficio esperado para el paciente.</p> <p>Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario derivados de errores en el proceso asistencial y el coste que supone es de tal importancia, que los principales organismos internacionales de salud, han desarrollado estrategias para proponer planes de mejora que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica. En éste sentido, el estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos) indicó que el 37% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados estaban causados por medicamentos. En la asistencia al paciente anciano hospitalizado, un grupo de riesgo de gran fragilidad, es de gran importancia identificar las causas de los errores de medicación para poder prevenirlos. La evaluación previa de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificando cuales son sus puntos de riesgo y las oportunidades de mejora, será útil para valorar cual es la situación actual del Hospital y objetivar su evolución en el tiempo.</p> <p>El sistema de distribución de dosis unitaria de medicamentos está implantado en el hospital</p>

desde hace 10 años y en periodos previos se ha analizado el proceso en distintos puntos del circuito.

En relación con indicadores de calidad de la prescripción partimos únicamente de la revisión de las órdenes médicas durante 15 días en 2007 por la farmacéutica del hospital evaluando cumplimentación (identificación, nº historia, edad, ubicación, alergias y constancia de diagnóstico) y errores de prescripción (14.96%)

Se carece de información reciente de evaluación en distintos puntos críticos del circuito por lo que se elabora una propuesta de mejora de seguridad clínica asociada a la prevención de errores de medicación y de los acontecimientos adversos como consecuencia inmediata.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Constitución de un Grupo permanente de Prevención de Errores de Medicación
- Detectar los puntos críticos del sistema de distribución de dosis unitaria de medicamentos
- Delimitar estándares propios en los grandes indicadores seleccionados que nos permitan corregir tendencias negativas
- Propiciar, como grupo interdisciplinario, una cultura participativa en la detección de errores sin búsqueda de culpables, divulgar los beneficios de la notificación por el bien de los pacientes y facilitar documentación con la implantación de medidas puesta en marcha tras los resultados obtenidos.
- Complementar el trabajo a desarrollar con el CURSO DE SEGURIDAD CLINICA propuesto para mayo / 2008 en la que los problemas relacionados con la medicación constituirán una línea básica y en el que, presumiblemente, serán admitidos profesionales del ámbito del hospital

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En el marco de mejora de la seguridad en la utilización de medicamentos se trata de evaluar nuestro sistema de distribución de dosis unitaria, mediante un estudio de prevalencia puntual (transversal) realizado a lo largo de un año (1 día en cada trimestre del año) para detectar los puntos críticos en los que se detecten errores, comprobar la distancia con estándares conocidos y elaborar propuestas que permitan su disminución. La evaluación será realizada por un equipo multidisciplinar integrado por farmacéutico, médicos, el coordinador de calidad, los supervisores de enfermería de planta y responsable de Farmacia y el Jefe de Servicio de Geriatria que conocen la actividad asistencial y las prácticas habituales de las Unidades de Hospitalización. Las fechas de evaluación, trimestrales, serán consensuadas con la Dirección y teniendo en cuenta la disponibilidad en el tiempo de los profesionales que forman parte del grupo de mejora y la propuesta de reparto de tareas elaborada por el mismo grupo.

Se realizará una ficha con las siguientes variables:

-Fecha de evaluación:

-Nº de pacientes hospitalizados ese día:

l) Mediante la revisión de la historia clínica del paciente se constatará:

-Variables de filiación: Edad, sexo.

-Fecha de ingreso:

-Motivo de ingreso/Diagnósticos:

-Nº de fármacos al ingreso:

-Nº de fármacos el día de la evaluación:

-Interacciones medicamentosas con potencial relevancia clínica (al ingreso y durante la hospitalización)

-Medicación inapropiada según criterios de Beers (al ingreso y durante la hospitalización)

-Reacciones adversas detectadas (al ingreso y durante la hospitalización)

II) El día de la evaluación se analizarán en cada paciente hospitalizado las diferentes fases del proceso y se anotará si estas afirmaciones son correctas o incorrectas:

1. Indicación del tratamiento y prescripción por el facultativo:

-La información básica del paciente está clara (nombre, habitación, cama, nº historia clínica) y se puede ver fácilmente en la hoja de prescripción o lleva etiqueta identificativa correcta.

-La información sobre las alergias es correcta y consta en la hoja de prescripción.

-No existen abreviaturas no conocidas que pueden inducir a error.

-Está claro la dosis, vía de administración y frecuencia de administración.

-La letra en la hoja de prescripción es legible.

-No existen errores por la similitud en el nombre del medicamento.

-Las prescripciones condicionales son claras y no inducen a errores de interpretación

-Todas las órdenes médicas verbales están escritas en la hoja de prescripción.

-Todas las hojas de prescripción se entregan a enfermería antes de las 12 horas.

2. Transcripción del tratamiento a la hoja de enfermería:

-En la Hoja de enfermería constan las alergias del paciente.

-La gráfica de enfermería recoge todas las órdenes médicas actualizadas.

-No existen errores como la inclusión de medicamentos suspendidos.

-Es correcta la dosis, vía de administración y frecuencia de administración de todos los medicamentos.

3. Transporte y recepción en Farmacia:

-Todas las hojas de prescripción son llevadas al Servicio de Farmacia dentro del horario estipulado.

4. Preparación en Farmacia y dispensación:

-El Servicio de Farmacia prepara, etiqueta y envasa para unidosis todos los medicamentos prescritos en la hoja de prescripción.

-No existen errores en la preparación del carro de unidosis.

-Llegan a planta todos los elementos prescritos incluidos sueros, cremas o soluciones.

-El carro de unidosis llega a las plantas en el horario establecido.

5. Distribución de la medicación en planta:

-La gráfica de enfermería sirve de referencia durante la administración del medicamento.

-Se identifica correctamente al paciente antes de darle la medicación.

-Enfermería administran colirios, inhaladores y cremas pautadas dentro del horario establecido.

-La medicación suspendida a última hora se retira a tiempo del cajetín del carro de unidosis.

-Siempre se comprueba si el paciente ha tomado la medicación y en su defecto se anota la causa.

-La toma de fármacos por el paciente se anota en la gráfica de enfermería tras constatar su ingesta.

Se realizará un análisis de resultados de la evaluación por el equipo investigador y se estudiarán los factores que han podido condicionar los errores en el proceso asistencial. Se comunicará a la Dirección del Hospital los resultados del estudio. Se valorará la implantación de actividades de mejora en las fases del proceso donde se identifiquen los errores.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Indicadores de evaluación:

El proyecto se va a evaluar mediante los siguientes indicadores claves :

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<p>Nº de pacientes con errores en la hoja de prescripción médica / Nº de pacientes incluidos en el estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nª de hojas de prescripción con errores en los datos administrativos/ Nº total de hojas analizadas -Nº de hojas de prescripción con errores en la recogida de alergias/ Nº total de hojas analizadas -Nº de órdenes médicas con errores en la prescripción médica / Nº total de órdenes médicas analizadas <ol style="list-style-type: none"> 1. Nº de pacientes con errores derivados de la transcripción a la hoja de enfermería/ Nº de pacientes incluidos en el estudio. <ul style="list-style-type: none"> -Nº de errores de transcripción en las hojas de enfermería/ Nª total de hojas de enfermería analizadas 2. Nº de pacientes con errores en la preparación y dispensación del medicamento/ Nº de pacientes incluidos en el estudio. <ul style="list-style-type: none"> -Nº de unidades erróneas preparadas/ Nº total de unidades servidas. 3. Nº de pacientes con errores en la distribución de la medicación /Nº de pacientes incluidos en el estudio.
--

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: Enero 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008
<p>Calendario:</p> <p>El estudio de evaluación se realizará a lo largo del año 2008. Se realizará un análisis transversal en los pacientes ingresados en las fechas elegidas. La fecha de evaluación será un día laboral de lunes a viernes en el que estén trabajando todos los miembros del equipo investigador. Se seleccionará un día dentro de cada trimestre del año.</p> <p>El análisis global de resultados permitirá establecer estándares propios en distintos puntos del circuito que faciliten el seguimiento comparativo en el tiempo e implantar medidas correctoras.</p> <p>El Grupo de Prevención de Errores de Medicación mantendrá el objetivo trimestral de la evaluación del proceso de distribución de medicamentos en dosis unitaria durante el año 2009</p>	

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
PDA, con sistema operativo Windows, con memoria RAM no inferior a 128 y más de 4 Gb que permita almacenar información recogida y bases de datos de información sobre medicamentos e interacciones relevantes, con puerto USB y autonomía no inferior a 5 horas.	400
Soporte estadístico en la fase final de recogida de la información que nos permita complementar al tratamiento descriptivo con algún estadístico analítico.	
TOTAL	

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Consenso Clínico de Ínter-consulta entre Atención Primaria y Urología”, en el Sector III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr. D. José Antonio Pérez Arbej

Profesión

Médico Especialista en Urología

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario, “Lozano Blesa”

Correo electrónico:

japereza@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

Extensión 2304

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos (orden alfabético)	Profesión	Centro de trabajo
Ángel Elizalde Benito	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Manuel Martín Montañés	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Francisco Monzón Alabesque	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Carlos Murillo Pérez	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Manuel Ramírez Fabián	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 Programa de Calidad, arriba mencionado, fue complementado el año 2007 con un programa de ayuda que nos concedió 1000 € para celebrar sesiones docentes en los Centros de Salud.

Aunque nuestra intención hubiera sido contactar con el 100 % de los centros del Sector III, la ayuda concedida no nos lo permitió.

Hubo bastante demora desde que se anunció la concesión de este presupuesto hasta que se nos comunicó que ya podía ejecutarse el proyecto

Además tras iniciar las gestiones con los Centros de Salud resultó muy laboriosa la coordinación entre los urólogos docentes y los Centros, hasta conseguir fijar las fechas de las reuniones, hasta el punto que a fecha actual todavía hay varias sesiones docentes pendientes de buscar fecha (por problema de los propios Centros de Salud).

Las sesiones docentes hasta ahora realizadas han sido tan satisfactorias que nos parece de enorme interés continuar con ellas en el año 2008, para poder contactar directamente con el mayor número de médicos de primaria de nuestro sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El año 2007 se concedió una ayuda económica para retribuir sesiones docentes con los Médicos de Atención Primaria en sus propios Centros de Salud. Esta ayuda, aunque muy inferior a la solicitada y, por lo tanto, insuficiente permitió al menos contactar con 7 Centros de Salud, todos ellos del área urbana de Zaragoza, asistiendo a las reuniones la práctica totalidad de los médicos de los Equipos de Atención Primaria.

Se decidió que, ante la ayuda concedida, iba a ser mucho más productivo ampliar a una hora y media cada sesión docente y circunscribirlas al área urbana, dejando las zonas rurales para posteriores ampliaciones del programa.

Los debates fueron muy satisfactorios por ambas partes, aclarándose dudas existentes del Documento de Consenso. Además el contacto tan próximo entre urólogos y médicos de primaria sirvió para resolver otras dudas existentes.

Es todavía muy prematuro realizar monitorizaciones del proyecto pues las sesiones docentes, por problemas de acuerdo con los Centros de Salud, se han realizado entre noviembre de 2007 y enero de 2008. Sin embargo todos los urólogos estamos de acuerdo que parece apreciarse que, efectivamente, los pacientes vienen mejor dirigidos a nuestras consultas, con un descenso en la demora de consultas.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Esperamos que la difusión del documento elaborado en su día, disponible en Todos los Centros de Salud, y en la Intranet del Sector III, sea máxima, fijándonos el objetivo de que sea utilizado por el 100 % de los profesionales afectados en los procesos de derivación primaria-especializada incluidos en el consenso de inter-consulta.

El cumplimiento de ese objetivo debería traducirse en los siguientes resultados:

1. Reducir el nº de derivaciones inadecuadas desde Atención Primaria
2. Reducir la demora para primeras consultas en Urología.
3. Mejorar la resolución de las primeras visitas de los pacientes derivados a las consultas de Urología.

Mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales de Atención Primaria y del Servicio de Urología y viceversa.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Líneas de intervención		%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	70%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	30%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	40%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	100%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Continuar con el contacto personal con los Centros de Salud de nuestro Sector.

En función de la ayuda que se nos conceda en este ejercicio la prioridad sería contactar ahora con los centros rurales más próximos a Zaragoza (seleccionándolos en función del número de médicos de primaria existentes en cada uno), dejando para el final los más pequeños y alejados de la ciudad.

Para ello, previo acuerdo con cada uno de los Centros en el día y la hora más

adecuados, un Médico Especialista en Urología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (de los que formamos parte de este Equipo de Mejora) se desplazará al Centro de Salud, en horario laboral, para, durante 2 horas, comentar con los Médicos de Atención Primaria el contenido de nuestra Guía de Consenso y debatir cualquier duda o aclaración respecto de la misma.

En resumen, el plan de actividades para realizar el proyecto consistirá en lo siguiente:

1. Programación de Sesiones Docentes con cada Centro de Salud del Sector para discutir y difundir el consenso de derivación.
2. Recogida de propuestas de modificación.
3. Adaptación del protocolo a las propuestas recogidas, reedición y redifusión del mismo.
4. Determinar el porcentaje de pacientes derivados según el consenso.
5. Difusión de los resultados a los Centros de Salud.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Esta evaluación se llevará a cabo utilizando los siguientes indicadores:

1. Determinar el número total de pacientes incluidos en esta Guía, en un momento dado, de los citados en Consultas de Urología del Ambulatorio Inocencio Jiménez, procedentes de los Centros de Salud.
2. Determinar el número y porcentaje de pacientes correctamente remitidos a Consultas según el protocolo de dicha Guía (estándar: 70 %).
3. Número de sesiones docentes realizadas en los CS (estándar: 22)
4. Existencia de un nuevo consenso reeditado y redifundido (estándar: SI)
5. Demora media de consulta de urología (estándar: 15-20 días).
6. Centros de Salud a los que se ha remitido informe de los resultados de la evaluación (estándar 100 %).

Como este Proyecto de Mejora pretende promocionar uno de nuestros PROGRAMAS DE CALIDAD, ya en funcionamiento, el seguimiento está previsto llevarlo a cabo según el CRONOGRAMA del mismo, siendo controlado semestralmente durante 2 años.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2008	Fecha de finalización: 31-Diciembre-2008
-------------------------------------	--

Una vez que tengamos conocimiento de las posibilidades que se nos ofrezcan se procederá a contactar con los Coordinadores de los Centros de Salud, fijando el día y la hora para cada uno de ellos, determinando que miembro del Equipo de Mejora será el responsable de ese encuentro.

Se podría prever un calendario similar a este:

Realización de Sesiones docentes en Centros de Salud:	Abril-Septiembre de 2008
Adaptación y redifusión de la Guía de Consenso:	Septiembre-Octubre de 2008
Medición de indicadores de evaluación:	Noviembre de 2008
Difusión de resultados a los Centros de Salud:	Diciembre de 2008

No podemos determinar, pues, en el momento actual, cual será el calendario exacto, ya que en función de los recursos que se nos asignen veremos con cuantos Centros de Salud podríamos contactar, adecuando nuestro organigrama de trabajo al desplazamiento del facultativo designado para participar en este Programa de Mejora.

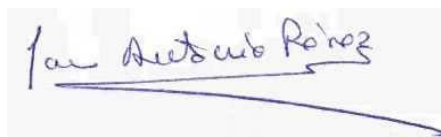
Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
---------	--

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Sesiones Docentes a Médicos de Atención Primaria, en Centros de Salud del Sector III (reuniones de 2 horas con cada uno de ellos) (15 Centros Rurales)	2.700 €
Viajes y dietas necesarios para desplazarse a los Centros Rurales, teniendo en cuenta el kilometraje, diferente para cada uno de ellos, y, posiblemente, según las horas concertadas, alguna dieta alimenticia (distancia media aproximada de 30 km x 2 x 15 C.S. rurales, + 15 comidas)	732 € (19 céntimos/km y 37,40 € comida)
TOTAL	3.432 €

Fecha y firma:

Zaragoza, 8 de febrero de 2008.

Fdo. Dr. D. José Antonio Pérez Arbej



Handwritten signature of José Antonio Pérez Arbej in blue ink, with a horizontal line underneath.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
MEJORA DE LA INFORMACIÓN DE CONTINUACIÓN DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGIA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
Mª ARÁNZAZU LAGUARDIA OBÓN
Profesión
DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Correo electrónico:
carlosarancha@gmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976 765700 (extensión 1211)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M.JOSÉ BERNAL HERNÁNDEZ	D.U.E.	H.CLÍNICO UNIVERSITARIO
NURIA EDO BERZOSA	D.U.E.	H.CLÍNICO UNIVERSITARIO

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 de Traumatología acoge a pacientes de edad avanzada con pluripatología por la progresiva acumulación de enfermedades a lo largo de la vida a las que se añaden las propias de la edad avanzada.

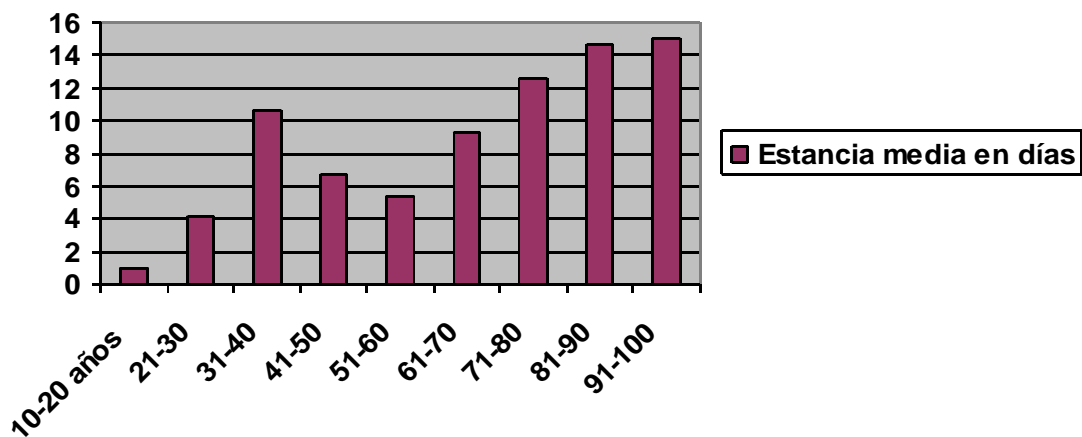
Debido a la demanda creciente de asistencia sanitaria a estas personas, vemos la necesidad e importancia de conocer la situación real y características de los pacientes, por lo que creemos necesario la realización de un estudio que proporciones una correcta información.

En una muestra de doscientos cincuenta pacientes que ingresan en la unidad de traumatología del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, encontramos que conforme aumenta la edad de los pacientes , la estancia media de hospitalización también aumenta.

Tabla de frecuencias

Edad	Nº pacientes
10-20 años	2
21-30 años	10
31-40 años	10
41-50 años	19
51-60 años	27
61-70 años	46
71-80 años	61
81-90 años	61
91-100 años	14

diagrama de barras



Debido a la suma de diferentes factores como edad avanzada, inmovilización por las patologías traumatológicas (siendo la fractura de fémur uno de los motivos más frecuentes de ingreso en los ancianos) y pluripatologías añadidas; desarrollan, durante la estancia hospitalaria, problemas comunes como insomnio, estreñimiento, incontinencia urinaria, disfagia, déficit de la comunicación, desnutrición...

Se hace por tanto necesario un Proyecto de estas características, que contribuya a mejorar la autonomía de los pacientes.

El **objetivo principal** es mejorar la información de continuación de los cuidados enfermeros para satisfacer las necesidades del paciente y cuidadores en su domicilio tras el alta de la unidad de traumatología del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

La enfermera, mediante la valoración, a través de la observación y la entrevista con el paciente y familia va a detectar que insomnio, estreñimiento e incontinencia son tres de los trastornos que más afectan a su autonomía y calidad de vida.

El INSOMNIO es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o despertarse

demasiado temprano, o simplemente despertarse con la impresión de no haber tenido un sueño reparador. Causado en muchos casos por el estrés generado por la falta de información referente a la enfermedad y el miedo a lo desconocido.

El ESTREÑIMIENTO es la defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces duras y escasas. En la mayoría de los casos provocado por un encamamiento prolongado, disminución de la ingesta de líquidos y sólidos, dietas pobres en fibra, altas en proteínas, tratamientos farmacológicos (antidepresivos, opiáceos...), procesos intercurrentes (hemorroides, fisuras, habituación a laxantes...).

La INCONTINENCIA URINARIA es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra que puede aparecer a cualquier edad, siendo el anciano el que más la padece, produciendo problemas sociales e higiénicos en la persona que la sufre. Como posibles causas destacan el ictus, cirugía abdominopélvica, estado confusional agudo, partos entre otras.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la información de los cuidados enfermeros en pacientes que presentan problemas de insomnio, incontinencia urinaria y estreñimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Informar, divulgar y protocolizar las recomendaciones al alta hospitalaria.
- 2.- Medir el grado de satisfacción de los pacientes.
- 3.- Aumentar la participación del equipo de profesionales de la planta de traumatología en el Proyecto de Mejora.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las actividades a seguir para mejorar la información de los cuidados enfermeros serían:

1. Formar equipos de mejora (3 enfermeras, 1 médico, 2 auxiliares y 2 pacientes).
2. Captación de la población diana durante el ingreso hospitalario.
3. Educación para la salud: Concienciar a la población de la importancia de los cuidados enfermeros.
4. Incluir en el Alta de enfermería las recomendaciones de cuidados dadas como norma.

5. Seguimiento de las pautas indicadas mediante monitorización domiciliaria a través de : encuesta de satisfacción al alta hospitalaria, llamadas telefónicas mensuales durante el periodo de ejecución del proyecto (seis meses) y encuesta al final del periodo para comprobar si se han cumplido los objetivos planteados.
6. Reuniones mensuales del equipo de mejora.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

OBJETIVOS	INDICADORES
1.- Informar, divulgar y protocolizar las recomendaciones al alta hospitalaria.	1.1.- Porcentaje de cobertura= N° Personas incluidas en el programa / N° Total de personas. 1.2.- Si se han elaborado las recomendaciones del plan de cuidados a pacientes y cuidadores.
2.- Medir el grado de satisfacción de los pacientes.	2.1.- ¿ Ha implantado la planta de Traumatología la encuesta de satisfacción? 2.2.- Porcentajes de pacientes y cuidadores que han recibido los folletos informativos. 2.3.- Grado de satisfacción de pacientes y cuidadores.
3.- Aumentar la participación del equipo de profesionales de la planta de Traumatología en el proyecto de mejora.	3.1.- Número de reuniones mensuales del equipo de mejora.

El Proyecto se evaluará a través de una encuesta de satisfacción al alta de la unidad de Traumatología, llamadas mensuales durante un periodo de seis meses a cada uno de los pacientes y una encuesta telefónica al final del periodo marcado.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

- 1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con los cuidados enfermeros que ha recibido en la unidad de traumatología?**

Satisfecho
Muy satisfecho
Insatisfecho
Muy insatisfecho

- 2. ¿Cómo considera Ud. La información que le hemos dado para mejorar su problema?**

Adecuada
Muy adecuada
Poco adecuada
Nada adecuada

- 3. ¿ Utilizará estas recomendaciones en su domicilio al alta hospitalaria?**

Seguro que sí
Probablemente sí
Puede que sí, puede que no
Probablemente no
Seguro que no

- 4 ¿ Cree que va a tener algún problema a la hora de seguir estas recomendaciones?**

Si
No

- 5. ¿ Recomendaría Ud. a otras personas estos consejos que le adjuntado el personal de enfermería?**

Si
Probablemente sí
No estoy seguro
Probablemente no.

- 6. ¿ Qué grado de importancia le da Ud. a seguir estas pautas para mejorar su calidad de vida?**

Muy importante
Importante
No demasiado importante
Nada importante.

ENCUESTA TELEFÓNICA DE SATISFACCIÓN

Por favor, dedíquenos unos minutos a completar esta encuesta. Su valoración nos será muy útil para el hospital.

- 1. ¿Cuál es su nivel de satisfacción general con la información que le proporcionamos ?**

Completamente satisfecho
Satisfecho
Insatisfecho
Completamente insatisfecho

- 2. Si no está satisfecho ¿ Podría decirnos cuál es su causa ?**

- 3. ¿ Ha tenido Ud. algún problema a la hora de usar estas recomendaciones en su domicilio?**

Sí
No

- 4. ¿ Se resolvieron o mejoraron sus problemas de forma satisfactoria?**

Sí, fueron mejorados
Sí, fueron resueltos
No fueron mejorados
No fueron resueltos

- 5. ¿ Continuará Ud. utilizando esta información proporcionada por el personal de enfermería ?**

Seguro que sí
Probablemente sí
Probablemente no
Seguro que no

- 6. La información aportada en los folletos informativos le ha resultado fácil de usar**

Totalmente de acuerdo
De acuerdo
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo
No es aplicable

7. ¿ Va a recomendar estos consejos a algún amigo ?

Seguro que sí
Probablemente
Seguro que no
No estoy seguro/a

8. ¿ Estas recomendaciones de cuidados han sido reforzadas por el personal de enfermería de atención primaria ?

Sí
No

La encuesta ha concluido
Gracias por su colaboración

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de Junio.

Fecha de finalización: 31 de Diciembre.

Calendario:

Fase de información y captación.

- Formación de equipos de mejora: 1 de Junio a 8 de Junio.
- Captación de la población diana: 9 de Junio a 1 de Julio.

Fase de ejecución.

-Educación para la salud: 2 de Julio a 31 de Diciembre.
Se explicará la importancia de los cuidados enfermeros y cómo llevarlos a cabo mediante la entrega de folletos informativos.

- Talleres: primer miércoles de cada mes.

Dirigidos a pacientes, cuidadores y personal de la planta de traumatología. Se definirá la forma de mejorar o solucionar el problema y la utilización de diversos recursos como, colectores, pañales ...

- Celebración de reuniones: realización mensual.

En ellas se tratará el progreso del proyecto, se valorará lo hecho hasta la fecha y se establecerán estrategias de actuación.

Fase de evaluación.

- Encuesta de satisfacción: día del alta hospitalaria.
- Llamadas telefónicas: mensuales tras el alta hospitalaria.
- Encuesta final: última semana de Diciembre.

Cronograma.

	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
Formación de equipos de mejora.	X						
Captación de la población diana.	X						
E.P.S.		X	X	X	X	X	X
Talleres.		X	X	X	X	X	X
Reuniones.		X	X	X	X	X	X
Encuesta de satisfacción.		X	X	X	X	X	X
Llamadas telefónicas.		X	X	X	X	X	X
Encuesta final.							X

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Folios	20
Teléfono	150
Ordenador portátil	800
Pantalla retroproyector	320
Servicio de reprografía (Folletos Informativos)	300
Material para mostrar en los talleres (colectores, pañales, ternas, compresas, bolsas de orina...)	150
Aula, mesas, sillas.	400
TOTAL	2140

Lugar y fecha:

Unidad de Traumatología. Hospital " Clínico Universitario Lozano Blesa". 18/02/08.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO DISMINUCIÓN DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA OPTIMIZACIÓN DEL PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos RAFAEL BÉNITO RUESCA
Profesión PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD VINCULADO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA” DE ZARAGOZA.
Correo electrónico: rbenito@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976556400 (Ext. 4322 ó 4324)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M. Carmen Rubio Calvo	Jefe Servicio	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
F. Javier Castillo García	Jefe Sección	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Estrella Durán Sánchez	Jefe Sección	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Concepción García García	Médico	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Adela Martínez Molina	Médico	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Joaquina Gil Tomás	Médico	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Asunción Vitoria Ágreda	Médico	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Mercedes Oca Agustín	Médico	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Soledad Salvo Gonzalo	Médico	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Cristina Seral García	Médico	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
María Pardos de la Gándara	MIR-4	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Isabel Millán Lou	MIR-4	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Ana Isabel Salazar Puértolas	MIR-3	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Ana Cristina Laborda Martínez	MIR-3	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Sonia Algarate Cajo	MIR-2	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Marta Magro González	MIR-2	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Carmen Echezarreta Bolado	MIR-1	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
María Borrás Mañez	FIR-1	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Marisol Pardo Ciprés	Administrativa	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Amparo Larrosa Rodrigo	Administrativa	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
José Luis Gimeno Aliaga	Supervisor	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Rosa Escartín Buisán	DUE	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Maria Soledad Abarca Loriente	DUE	HCU Lozano Blesa, Zaragoza

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Isabel Flamarique Zaborras	DUE	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Rosa Bolsa Górriz	DUE	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Miguel A. Sala Rodrigo	DUE	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Ana Isabel Andrés Traín	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Belén María López Sánchez	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Margarita Jiménez Júdez	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
María Luz Ramírez Soguero	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Isabel Rodríguez Andía	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Natividad Ángeles Figuer Montero	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Pilar López Lacalle	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Ana C. Gómez Cueli	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Sandra Serrano Alaminos	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Belén Fresneña Frías	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Ana C. Ruiz Modrego	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Gemma Parra Gascón	TEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Rosario Jiménez Tejero	AUX FuncTEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Rosa M. López Gil	AUX FuncTEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Pilar Peribáñez Yus	AUX FuncTEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
María Cruz Mur Allúe	AUX FuncTEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Margarita López Gil	AUX FuncTEL	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Supervisora UCL	Supervisora	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Administrativos UCL (A determinar)	Administrativo	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Auxiliares de UCL (A determinar)	Auxiliar	HCU Lozano Blesa, Zaragoza
Celador de UCL (A determinar)	Celador	HCU Lozano Blesa, Zaragoza

El personal de la UCL se determinará cuando se aprueba el proyecto, en su caso, ya que cambia con frecuencia y si acepta participar.

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...

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores a:

- Aumento de pacientes asistidos: programas de prevención de enfermedades infecciosas, asistencia a inmigrantes, etc.
- Mayor complejidad de los pacientes asistidos: inmunodeprimidos, trasplantes, patología importada. tratamientos con interderón, etc.
- Disponibilidad de nuevos procedimientos diagnósticos: PCR, pruebas rápidas de detección de antígenos, etc.

Hemos detectado una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e improcedentes.

Citaremos algunos ejemplos::

- Solicitud de pruebas diagnósticas para enfermedades infecciosas para las que el paciente está inmunizado.
- Pruebas repetidas solicitadas al mismo paciente desde diversos centros o Servicios.
- Corto intervalo entre dos determinaciones de una misma prueba.
- Solicitud de pruebas cuando ya existe un diagnóstico en una muestra previa del paciente (2º y 3º hemocultivo, coprocultivo, urocultivo o examen parasitológico).
- Solicitud de PCR como prueba de cribado para el diagnóstico de hepatitis virales.
- Repetición de una solicitud antes de obtener el resultado de la misma prueba previamente solicitada.
- Controles del tratamiento o de la evolución basadas en la serología.
- Protocolos de embarazo con solicitud de pruebas que no deben estar incluidas en el mismo.

Todo ello repercute en el incremento del gasto sanitario.

Los miembros del Servicio de Microbiología estamos muy sensibilizados con el problema por ello hemos implantado un rudimentario sistema de control de peticiones improcedentes, al que se han ido incorporando progresivamente las distintas secciones del Servicio.

El sistema se basa en la revisión en el sistema informático de las pruebas previas de los pacientes para evaluar si procede realizar las pruebas analíticas solicitadas y emitir el informe de resultados con un comentario explicativo de nuestra decisión.

Nuestro sistema de control de pruebas improcedentes tiene bastantes lagunas por causas ajenas a nuestra voluntad. Pese a sus defectos, ha producido resultados significativos (ver más adelante), por lo que pretendemos perfeccionarlo para conseguir el máximo efecto sobre la eficiencia en la utilización de recursos y en el control de gasto.

En este proyecto, señalamos las causas de ineficiencia de nuestro sistema de control y señalamos algunas soluciones que son de fácil realización, aunque no todas van a depender de los miembros del Servicio de Microbiología.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Los datos han sido obtenidos durante el proceso de verificación de análisis solicitados y de validación de resultados, que forma parte de las acciones de mejora de la calidad emprendidas por el Servicio de Microbiología dentro del Contrato Programa firmado anualmente, que se ha ido implantando progresivamente en los últimos años.

Este proceso interno ha sido de alcance limitado por las "peculiaridades" del sistema informático del hospital, por las deficiencias del proceso de introducción de datos demográficos de los pacientes y por la falta de información por parte de los facultativos solicitantes sobre la sospecha diagnóstica.

POSIBLES CAUSAS

Esta ineficiente utilización de la cartera de servicios del Servicio de Microbiología supone la solicitud y realización de pruebas impropiedades.

Nuestro sistema de detección no puede detectar muchos casos de peticiones impropiedades por los siguientes motivos:

- La falta de un protocolo de introducción de los datos demográficos por los administrativos de la UCL Actualmente un mismo paciente puede estar introducido en el sistema informático de distintas formas y varios números de historia como puede verse en las siguientes imágenes.

Parecidos a: MILLAN MIÑANA			
MILLAN MIRABALL ENRIQUE	26/12/07 08:56:42	02530623	476314
MILLAN MIÑANA CRISTINA	10/10/02 14:00:34	01567364	
MILLAN MIÑANA M PILAR	15/01/03 14:36:10	01613366	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	01/12/99 14:02:45	01233353	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	08/11/00 13:24:26	01182100	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	06/08/02 19:03	00543207	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	20/08/02 17:08	00543881	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	10/04/03 19:02:27	00000195	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	16/06/04 14:08:26	01899340	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	21/02/07 14:22:13	02389296	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	12/08/07 14:01:11	00000104	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	12/08/07 17:34:52	00000138	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	14/08/07 18:52	00753176	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	17/08/07 08:32:42	00000061	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	17/08/07 17:39	00753334	
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	20/08/07 17:42	00753410	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	22/08/07 18:09	00753617	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	31/08/07 17:32	00754174	615262
MILLAN MIÑANA MARIA PILAR	12/09/07 13:33:17	02482647	
MILLAN MIÑANA Mª PILAR	31/07/02 18:57	00542958	
MILLAN MIÑANA PILAR	08/06/99 13:48:59	01149114	
MILLAN MIÑANA PILAR	22/05/01 13:45:05	01272942	
MILLAN MIÑANA PILAR	23/01/02 13:43:56	01383548	
MILLAN MIÑANA PILAR	25/06/02 13:58:44	01520812	
MILLAN MIÑANA PILAR	14/08/02 17:17	00543638	
MILLAN MIÑANA PILAR	19/11/02 14:04:44	01587782	
MILLAN MIÑANA PILAR	26/01/05 13:31:22	02002964	
MILLAN MIÑANA PILAR	07/04/05 14:01:17	02040459	
MILLAN MIÑANA PILAR	15/11/05 14:31:09	02149598	
MILLAN MIÑANA PILAR	13/09/06 13:51:14	02300072	
MILLAN MOLINA ANA	28/10/04 09:36:16	01959798	454328

Parecidos a: MILLAN MIÑANA			
MILLAN MORENO ADELA	21/05/98	08:55:59	00988710
MILLAN MORENO ADELA	20/04/99	08:52:51	01123634
MILLAN MORENO ADELA	01/03/00	08:39:01	01280374
MILLAN MORENO ADELA	11/07/00	16:27:20	00000149
MILLAN MORENO ADELA	14/07/00	17:13:30	01734979
MILLAN MORENO ADELA	19/07/00	08:32:39	01736979
MILLAN MORENO ADELA	24/07/00	15:34	00500461
MILLAN MORENO ADELA	01/08/00	10:29:30	00205570
MILLAN MORENO ADELA	04/12/01	10:39:35	00121420
MILLAN MORENO ADELA	30/11/04	15:14:23	00000189
MILLAN MORENO ADELA	30/11/04	15:21:43	01976611
MILLAN MORENO ADELA	02/03/05	09:17:00	00435342
MILLAN MORENO ADELA	03/03/06	11:20:24	00273199
MILLAN MORENO ADELA	28/04/06	18:00	00724309
MILLAN MORENO ADELA	02/05/06	17:04	00724361
MILLAN MORENO ADELA	26/06/06	10:56:20	00316958
MILLAN MORENO ADELA	31/07/06	09:00:09	02281244
MILLAN MORENO ADELA	13/09/06	08:36:40	02299684
MILLAN MORENO ADELA	25/09/06	09:41:29	02305242
MILLAN MORENO ADELA	04/12/06	09:39:22	02339012
MILLAN MORENO ADELA	03/01/07	11:06:45	00447472
MILLAN MORENO ADELA	19/04/07	13:15:34	00502661
MILLAN MORENO ADELA	05/06/07	11:08:42	00520889
MILLAN MORENO ADELA	13/06/07	09:17:20	02445162
MILLAN MORENO ADELA	09/01/08	11:36:01	00628799
MILLAN MORENO LAURA	24/06/98	11:43:06	00169265
MILLAN MORENO LAURA	27/12/01	09:59:43	00165702
MILLAN MORENO LAURA	21/01/02	19:38:24	00000237
MILLAN MORENO LAURA	16/03/04	09:59:40	00315066
MILLAN MORENO LAURA	02/01/05	06:00:07	00000046
MILLAN MORENO LAURA	04/04/05	09:04:16	02037916

- Las deficiencias del programa informático del hospital que dificultan la localización de los pacientes y sus datos analíticos por una introducción "no protocolizada" de los datos demográficos.

- La presión asistencial de los facultativos solicitantes, sin tiempo para consultar los datos de los pacientes en la historia clínica o en sistema informático, o con dificultades para localizarlos por lo señalado en el punto anterior..

- La falta de información de los facultativos solicitantes sobre la utilidad e indicación de las modernas pruebas diagnósticas.

- La no utilización del número de tarjeta sanitaria para la identificación de los pacientes. Esto ocasiona que un mismo paciente pueda ser denominado de varias formas y que un mismo número de historia sea compartido erróneamente por más de un paciente, con las graves consecuencias que de ello se derivan.

- La tardanza sistemática en la llegada de las muestras procedentes de otros centros (muchos días el 70% de las muestras llegan al laboratorio a partir de las 14,30 horas). Ello impide disponer de tiempo suficiente para consultar los datos previos de los pacientes y para hacer el cribado de las pruebas improcedentes Todo ello sin hablar de la "deficiente calidad" del resultado de un cultivo de orina, cuya muestra se ha obtenido a las 8 de la mañana y se ha sembrado a las 14,30 h, por citar un ejemplo en el que la cuantificación del cultivo tiene significación clínica.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DETECTADO

El uso inadecuado de las pruebas diagnósticas supone un aumento del gasto sanitario y una ineficiente utilización de recursos que podrían ser aplicados a otros fines.

Nuestro programa de mejora, pese a sus limitaciones, ha supuesto la detección de 2146 pruebas improcedentes por un importe de 47510 € (sin tener en cuenta costes de personal, material fungible, luz, etc) en el año 2007. Estas pruebas no se han realizado, pero que estamos seguros de que constituyen la punta de un iceberg.

No obstante, creemos que la introducción de algunas modificaciones en distintos momentos del proceso antes descrito y que detallamos en el punto siguiente, puede suponer unos mejores resultados en términos de disminución del gasto sanitario y el establecimiento de un modelo que podría exportarse a otros centros.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

Las mejoras propuestas a nuestro sistema y que creemos de fácil implantación son la siguientes:

- Verificación de datos demográficos en la ventanilla de la UCL o en la fila de espera:
 - Ver si el nombre y apellidos que figura en el volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extanjeros).
 - Verificar otros datos como edad, el sexo y país de origen del paciente que ayudan, no únicamente en la toma de decisiones en el laboratorio, sino en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos han podido introducirse de otra manera.

Estos datos pueden ser consultados, si es necesario, al paciente que acude a la UCL

- Introducción "homologada" de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la:

- Forma de introducir los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi ("El", antes del apellido o detrás del nombre), etc.
- Forma de introducir los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
- Forma de introducir los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócope, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
- Forma de introducir los pacientes extranjeros con un único apellido (con un espacio o con dos o más espacios).
- Forma de introducir el nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por donde se corta para que no quede el nombre sin introducir cuando existen apellidos compuestos y largos).
- Forma de utilización del campo comentarios (no utilizarlo para expresiones como "embarazo confirmado no deseado" que van contra la intimidad de la paciente, y definir par qué datos conviene utilizarlo).

Y que debería ser utilizado por los administrativos de la UCL (en general del hospital) y en la elaboración de las etiquetas que se adhieren a los impresos del paciente.

- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador verificable y cuantificable de realización del proceso y “educar” al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.
- Recuento de las pruebas rechazadas.
- Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.
- Revisión del sistema de llegada de muestras en ambulancia que concentra, sistemáticamente, mucho trabajo en la última media hora de la jornada laboral.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Utilización más eficiente de los recursos, que se traduzca en una optimización del gasto del laboratorio de Microbiología. Es difícil de cuantificar la reducción del gasto prevista tras la sensibilización del personal implicado e implementación de la mejora proyectada, pero podemos señalar que en el Servicio de Microbiología, durante el año 2006, se consiguió un ahorro por no realización de pruebas improcedentes por importe de 14312 € y en 2007, por importe de 47510 €, como consta en el informe de seguimiento de los proyectos de mejora pactados.
- Mayor reducción del número de pruebas realizadas, lo que supondrá aumentar la frecuencia en la realización de las mismas, mayor agilidad en el diagnóstico, mayor rapidez en la toma de decisiones por los clínicos y menor tiempo de hospitalización. La realización de pruebas improcedentes sobrecarga inútilmente al laboratorio.
- Reducción de la presión asistencial del personal del laboratorio que redundará en un menor número de errores y repeticiones de pruebas y en la calidad de los resultados emitidos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Antes del inicio debería de revisarse y mejorarse el sistema de transporte y horario de llegada de las muestras que llegan en ambulancia o las que llegan de otros centros,

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

como la cárcel de Zuera, por la persona competente.

- Planificación de la actividad: personal implicado.
- Verificación de datos demográficos: auxiliares de ventanilla de UCL, supervisora de UCL, celador.
- Introducción “homologada” de los datos demográficos: administrativos de UCL y del Servicio, supervisores.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes: facultativos del Servicio.
- Informe del motivo del rechazo: de la petición: facultativos del Servicio.
- Recuento de pruebas rechazadas: Dr. Benito o Unidad de Estadística del Hospital..
- Evaluación de la eficiencia económica del proyecto:: Dr. Benito o Personal de Suministros.

Aunque este proyecto de mejora podría llevarse a cabo parcialmente con la participación del personal del Servicio de Microbiología, para que alcance su máxima eficiencia es importante que cuente con la participación de otras unidades, como algunos miembros de la UCL, y podría contar también con la participación de miembros de las unidades de Estadística y Suministros.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Recuento de los “comentarios codificados” explicativos del motivo de rechazo de cada prueba a principios de febrero de 2009, mediante su exportación a un fichero Excel..
- Valoración de la disminución de costes conseguida, teniendo en cuenta el precio de cada prueba, según los precios de los reactivos que figuran en el concurso de adquisición de reactivos en vigor.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 01-01-2009

Fecha de finalización: 31-12-09

El proyecto se mantendría indefinidamente, pero señalamos las fechas de inicio y fin para poder planificarlos correctamente y verificar la efectividad del proyecto propuesto en un intervalo concreto. Si se considera necesario podría pactarse un inicio anticipado.

Calendario:

Mes de Septiembre:

- Revisión del sistema de llegada de muestras en ambulancia.
- Reunión con las personas implicadas. Explicación del proyecto y sus objetivos.

- Planificación detallada del proyecto.
- Establecimiento de un protocolo de introducción de datos demográficos consensuado con los administrativos.
- Creación de códigos para los comentarios explicativos del motivo del rechazo que, a su vez, permitirán contabilizar y evaluar los resultados.

Mes de diciembre:

- Indexado de la base de datos del sistema informático del hospital.
- Modificación de la configuración del programa informático para que permita visualizar los resultados previos de los análisis de los pacientes en la pantalla de edición de solicitudes, sin límite de visualización por número de pruebas o fechas, y sin tener que consultar el fichero histórico.

De enero a diciembre de 2009

- Verificación de las pruebas solicitadas para rechazar las improcedentes

Trimestralmente durante 2009

- Reuniones de la Comisión del Calidad del Servicio para la evaluación de los resultados parciales del proyecto.

Después de diciembre de 2009

Una vez verificada la eficacia de nuestro proyecto, debería de implementarse otras actuaciones:

- Identificación de los pacientes por el número de tarjeta sanitaria, número exclusivo de cada pacientes.
- Separación de los campos 1º Apellido, 2º apellido y Nombre en la base de datos del sistema informático.
- Ampliación del campo de nombre y apellidos.
- Introducción del campo "País" en la base de datos demográficos.
- Señalización en la pantalla de visualización de datos del histórico de los registros que contienen peticiones de un laboratorio concreto, sin necesidad de revisar uno a uno todos los registros. Esto facilitaría la consulta de datos por parte de los clínicos
- Programa de incentivos que evite la rotación continua de administrativos en UCL, cuya misión es vital para el funcionamiento de la fase analítica de los laboratorios.
- Propuesta de mejoras progresivas en el programa "Modulab" para su adaptación a las necesidades reales de cada Servicio hospitalario.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Personal del Servicio de Microbiología</i>	0
<i>Personal de la UCL</i>	0
<i>¿Personal de la Unidad de Estadística?</i>	0
<i>¿Personal de Suministros?</i>	0
<i>Apoyo de la dirección del Hospital para facilitar las condiciones de implantación del proyecto.</i>	0
TOTAL	0

Lugar y fecha: Zaragoza, 19 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mai (madre) ... un plan de asistencia al parto y al nacimiento.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ernesto Fabre González.

Profesión: Médico.

Lugar de trabajo: Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Correo electrónico: efabre@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 556400 extensión 2214

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Pérez Hiraldo	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Mauricio Tajada Duaso	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Alejandro Sanz López	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Pilar Bejarano Asunción	Médico residente – Obst Ginec	Hospital Clínico. Zaragoza.
Beatriz Vicente López	Médico residente – Obst Ginec	Hospital Clínico. Zaragoza.
Purificación Ventura Faci	Médico – Pediatría	Hospital Clínico. Zaragoza.
M ^a Vicenta García Gimeno	Médico – Anestesiología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Antonio Lucas Hernández	Médico residente – Anestesiología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Carmen Perales	DUE – Supervisora	Hospital Clínico. Zaragoza.
Esmeralda Castro	Matrona – Supervisora	Hospital Clínico. Zaragoza.
María Fe Peña Lierta	Matrona	Hospital Clínico. Zaragoza.
Blanca Jiménez Domínguez	Matrona	Hospital Clínico. Zaragoza.
Eva Bujeda Blanco	Matrona	Hospital Clínico. Zaragoza.
Miguel García Martínez	Matrona residente	Hospital Clínico. Zaragoza.
Virginia Ezquerro Cordón	Matrona residente	Hospital Clínico. Zaragoza.
Olga Ramon Gabilondo	DUE – urgencias obstétricas	Hospital Clínico. Zaragoza.
Cristina Collados	DUE – nidos	Hospital Clínico. Zaragoza.
Trinidad Gistaín	DUE – nidos	Hospital Clínico. Zaragoza.
Ana Vecino Soler	DUE – dirección	Hospital Clínico. Zaragoza.
Ignacio Barrasa	Unidad de Calidad	Hospital Clínico. Zaragoza.
Elena Altarribas	Unidad de Calidad	Hospital Clínico. Zaragoza.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El 2 de octubre de 2007 la Comisión de Dirección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza acordó iniciar las acciones destinadas a desarrollar la “**estrategia de atención al parto**” de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y los acuerdos adoptados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el día 10 de octubre de 2007, cuyos objetivos básicos son:

1. Promover el uso de prácticas clínicas en la asistencia al parto basadas en el mejor conocimiento disponible.

2. Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
3. Incorporar la participación activa de las mujeres gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto para que se sientan protagonistas y responsables del 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 la criatura.
5. Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
6. Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicio para la asistencia al parto.

Para adecuar la asistencia al parto que se realiza en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza a la citada estrategia se procedió a la creación del grupo "**Grupo Mai (Madre) sobre Asistencia al Parto y Nacimiento**" del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, formado por médicos ginecólogos, pediatras, anestesiólogos y matronas y residentes de las especialidades citadas, enfermeras, auxiliares de clínica y miembros de la Unidad de Calidad del centro, que constituyen los profesionales citados en el equipo de mejora de esta memoria. Las actividades del grupo fueron autorizadas por la Dirección del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa con fecha 3 de diciembre de 2007.

El grupo Mai comenzó sus reuniones de trabajo en octubre de 2007; desde entonces desarrolla sus actividades con el objetivo de diseñar e implantar un plan de asistencia al parto y al nacimiento de acuerdo con los criterios enunciados previamente.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se espera lograr un cambio en los conocimientos, actitudes y conductas de los profesionales involucrados en la asistencia al parto que permita ofertar una atención personalizada, basada en la evidencia científica, respetando el derecho de la mujer a su privacidad, y fomentando su participación en su parto, de acuerdo con las recomendaciones de la Consejería de Sanidad y Consumo de la DGA, en el borrador de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (septiembre de 2007) y en las recomendaciones de la SEGO sobre la Asistencia al Parto (febrero de 2008).

En todo momento se intenta huir de expresiones como parto humanizado, parto natural, parto no medicalizado, parto no intervenido, parto ecológico, o cualquier otra similar, ya que el objetivo no es ofertar métodos diferentes o contrapuestos de asistencia al parto, sino crear un estilo o forma de hacer, entender y atender a la mujer durante su parto que aúne la realidad científica con el respeto a la vivencia de la maternidad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. **Identificar y seleccionar los problemas de mejora:**
 - a. Diseñar, realizar y analizar una encuesta sobre las expectativas que tiene la mujer en relación con su parto, para conocer cuales son sus deseos sobre el cuidado y la asistencia que espera recibir durante su parto y la atención a su hijo.
 - b. Realizar un estudio observacional sobre la situación actual de la práctica clínica en la asistencia al parto en el centro sanitario en relación con los siguientes

aspectos, incluyendo la satisfacción sobre la asistencia recibida:

- i. Acompañamiento familiar durante el parto.
- ii. Información a la mujer y su familia.
- iii. Medidas de rutina:
 1. Rasurado de periné.
 2. Enema de limpieza.
 3. Vía de perfusión endovenosa.
- iv. Libertad de movimientos durante el parto
- v. Condiciones ambientales.
- vi. Ingesta de líquidos y sólidos.
- vii. Alivio del dolor durante el parto.
- viii. Amniorrexis y oxitocina de rutina.
- ix. Control del estado fetal.
- x. Tacto vaginal.
- xi. Episiotomía.
- xii. Asistencia al alumbramiento.
- xiii. Contacto piel-con-piel madre hijo.
- xiv. Lactancia natural.

2. **Analizar las causas y los procesos relacionados:**

- a. Analizar los resultados obtenidos y contrastar la práctica clínica que se realiza actualmente con la mejor evidencia científica disponible (biblioteca Cochrane, CLAP, CMA Infobase, Bandolero, etc.) incluyendo las recomendaciones sobre la asistencia al parto de la SEGO (febrero de 2008) y la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (septiembre de 2007).

3. **Planificar los cambios y/o acciones de mejora:**

- a. Discutir la información obtenida sobre cada uno de los puntos citados llegando a acuerdos bases que permitan elaborar para cada uno:
 - i. Un **documento sobre la evidencia científica** (resumen) existente sobre el hecho analizado.
 - ii. Un **documento informativo** dirigido a todos los profesionales que participan en la asistencia al parto.
- b. Elaborar un documento sobre **plan de asistencia al parto y nacimiento** (escrito) que permita a la mujer embarazada conocer la oferta de asistencia al parto que realiza el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y que se comprometen a cumplir y aplicar los profesionales sanitarios que desempeñan su actividad profesional en dichos centros.
- c. Realizar un **programa de formación** destinado a todos los profesionales que de una u otra forma están involucrados en la asistencia al parto y al nacido en el hospital, incluyendo ginecólogos, pediatras, anestesiólogos, matronas, enfermeras, auxiliares de clínica, etc., bien en forma colectiva o por grupos profesionales, para difundir las acciones a realizar.

4. **Probar y verificar las medidas propuestas:**

- a. Finalizada la etapa divulgativa y formativa aplicar el **plan de asistencia al parto y nacimiento** en la clínica durante un periodo de tiempo para conocer si es necesario realizar ajustes en el proceso diseñado e identificar los problemas potenciales y

5. **Monitorizar el proceso mejorado:**

- a. Comprobar mediante un estudio observacional similar al descrito en el punto 1.b de este apartado si se han producido modificaciones en los conductas asistenciales ajustadas a objetivos de mejora deseados.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto se realizará utilizando los siguientes criterios:

1. Indicador 1:

a. Elaboración de documentos divulgativos e informativos sobre

- i. Acompañamiento familiar durante el parto.
- ii. Información a la mujer y su familia.
- iii. Medidas de rutina:
 - 1. Rasurado de periné.
 - 2. Enema de limpieza.
 - 3. Vía de perfusión endovenosa.
- iv. Libertad de movimientos durante el parto
- v. Condiciones ambientales.
- vi. Ingesta de líquidos y sólidos.
- vii. Alivio del dolor durante el parto.
- viii. Amniorrexis y oxitocina de rutina.
- ix. Control del estado fetal.
- x. Realización del tacto vaginal.
- xi. Episiotomía.
- xii. Asistencia al alumbramiento.
- xiii. Contacto piel-con-piel madre hijo.
- xiv. Lactancia natural.

2. Indicador 2:

- a. Existencia del documento sobre el **Plan de asistencia al parto y nacimiento** del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza que incluya las recomendaciones contempladas en el borrador del documento sobre la Estrategia al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (septiembre 2008), incluyendo rasurado perineal, enema, episiotomía, alivio del dolor, etc.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 1 de Abril de 2008

Fecha de finalización: 1 de Abril de 2009

Calendario:

- 1. De 1 de Abril de 2008 a 1 de Junio de 2008:
 - o Encuesta sobre expectativas de la mujer en relación con su parto.
 - o Estudio observacional sobre las prácticas clínicas actuales en la asistencia al parto.
- 2. De 1 de Junio de 2008 a 1 de Enero de 2009:
 - o Análisis de los resultados y su contraste con la evidencia científica para identificar los puntos de mejora.
 - o Reuniones de trabajo para elaborar el documento sobre las evidencias científicas y el documento divulgativo en relación con los puntos de mejora.
 - o Elaborar el documento sobre el **Plan de asistencia al parto y nacimiento**.
- 3. De 1 de Enero de 2009 a 1 de Abril de 2009:
 - o Desarrollo de los cursos de formación destinados a los profesionales involucrados en la asistencia al parto.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Equipo de videoproyección dual: 1500-2000 lúmenes ANSI. Marca EPSON (según el catálogo de bienes homologados) ¹	681
Dispositivos de almacenamiento portátil, cds, dvds., etc.	219
Papelería e imprenta.	300
TOTAL	1200

Lugar y fecha:

Zaragoza, 20 de febrero de 2008



¹ El material informático inventariable solicitado en este proyecto se compartiría, en el caso de ser seleccionado, con el resto de los proyectos de iniciativas de mejora presentados por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza a la presente convocatoria.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Puesta en marcha de la Unidad de "Patología cervical", Área III (Consulta específica para la atención de las mujeres del área III del Salud, que presentan patología cervical precursora de cáncer de cuello)</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos José Vicente González Navarro</p>
<p>Profesión Especialista en Obstetricia y Ginecología</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro Especialidades "Inocencio Jiménez". Hospital "Lozano Blesa". Servicio de Ginecología.</p>
<p>Correo electrónico: jvgonzal@unizar.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 34 40 00 (Ext 102)</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Repolles Lasheras, Sira	FEA	Inocencio Jimenez
Leal Cariñena, Concepción	FEA	Inocencio Jimenez
Velasco Cerdá, Isabel	FEA	Inocencio Jimenez
Ariño, Elena	DUE	Inocencio Jimenez

<p>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...</p> <p>La creación de una unidad específica para la atención de las mujeres que hayan resultados seleccionadas tras la realización de una citología cervicovaginal en el cribado de las lesiones precursoras del cáncer de cuello, en el área III del Salud, responde a la necesidad de unificar los protocolos diagnósticos y terapéuticos de estas situaciones, ya que hasta ahora no existían las vías para la canalización de estas pacientes.</p> <p>El cribado es llevado a cabo en nuestra comunidad en las unidades atendidas por las matronas en los centros de salud. Las mujeres que presentaban citologías anormales, eran remitidas para continuar su estudio a la consulta de ginecología que tenían asignadas en función de la sectorización de nuestra área de asistencia (Ginecología de cupo, Ginecología Jerarquizada, consultas del Hospital), pero sin la recomendable unificación de criterios y actitudes.</p> <p>Con la creación de esta unidad se pretende fundamentalmente mejorar la calidad de la asistencia a estas mujeres en base a una protocolización tanto del seguimiento como de las actuaciones terapéuticas. Además nos permitirá establecer un registro de dicha patología dentro del área III del Salud.</p> <p>Es nuestro deseo que dicha unidad sirva también como vehículo de interrelación y coordinación entre el personal de atención primaria y especializada, así como para la</p>

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

formación continuada del personal de atención primaria encargado de la realización del cribado del cáncer de cuello uterino.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Protocolizar la asistencia de las mujeres que resulten positivas en el cribado citológico en los centros de atención primaria.
2. Unificar la asistencia a esta patología.
3. Disponer de un registro, que nos permita conocer la incidencia en nuestra área de influencia.
4. Servir a la interrelación entre el personal de atención primaria (que realiza el cribado citológico) y el servicio de ginecología.
5. Proporcionar formación continuada al personal de atención primaria encargado del cribado citológico.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Establecer una consulta específica para la atención de patología cervical, con agenda propia y específica.
2. Comunicar a los médicos de atención primaria y matronas la puesta en marcha de la unidad.
3. Establecer las recomendaciones en cuanto al momento de iniciar el cribado, así como sobre su periodicidad.
4. Protocolizar la asistencia de las lesiones precursoras del cáncer de cuello.
5. Realización de talleres de formación continuada para el personal de atención primaria.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Número de pacientes remitidos desde los centros de salud de la patología objeto de la medida.
2. Registro numérico de las diferentes patologías objeto de estudio.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 01 de enero de 2008 | Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2008

Calendario:

1. Creación y puesta en marcha de las agendas (01 01 08)
2. Comunicación a los centros de salud de la disponibilidad de la consulta (01 03 08)
3. Establecimiento de las pautas de cribado (01 03 08)
4. Disponibilidad del registro de lesiones precursoras en el área III (31 12 08)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO CONSOLIDACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE MENOPAUSIA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL ÁREA III DEL SALUD</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos SIRA REPOLLÉS LASHERAS</p>
<p>Profesión FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CEM Inocencio Jiménez. Hospital Clínico "Lozano Blesa". Servicio de Ginecología</p>
<p>Correo electrónico: srepolles@ya.com</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976344000 ext. 175</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Vicente Gonzalez Navarro	FEA	Inocencio Jimenez
Concepción Leal Cariñena	FEA	Inocencio Jimenez
Isabel Velasco Cerdá	FEA	Inocencio Jimenez
Miguel Díaz Vega	FEA	HCU
Ariño Elena	DUE	Inocencio Jimenez

<p>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...</p> <p>En el marco de la mejora de la calidad de vida y dentro de la atención integral de la mujer, se hace necesaria la existencia de una consulta específica para la atención a la mujer menopaúsica que atienda de forma ágil y eficaz la problemática específica de esta etapa de la vida.</p> <p>Actualmente la asistencia a este tipo de pacientes, se realizaba dentro de la programación ordinaria de la consulta de ginecología, lo cual no permite atención específica integrada, sobre todo en aquellas que presentan patología que requieren pruebas complementarias y tratamiento preferente.</p> <p>Entre los contenidos de esta consulta, y dentro de las directrices actuales de mejora de asistencia, se incluye la "consulta de alta resolución" como parte fundamental de la atención preferente a pacientes que así lo requieran, unificando atención especializada y pruebas específicas en un solo acto medico.</p> <p>Ante el interés que este tipo de patologías despierta tanto en la población general, como en la clase médica, se hace indispensable una labor de divulgación e integración de le nueva unidad en los distintos niveles asistenciales (atención primaria, matronas del área de salud...)</p>
--

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1- Consolidación del contenido de la consulta, creando si es preciso una agenda de citas específica que de cabida a la atención preferente de aquellas pacientes que así o requieran con un mínima demora.
- 2-Difusión de la implantación de la consulta en todos los niveles asistenciales.
- 3- Unificar criterios y procedimientos en la atención de la paciente menopáusica
- 4-Facilitar el acceso a la información de las pacientes, mediante la posibilidad de ofertar desde Atención Primaria el acceso a esta consulta

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de documentos informativos que definan los contenidos (criterios de remisión) y el procedimiento formalizado (derivación) de las pacientes desde atención primaria
- Realización de talleres informativos y cursos de actualización en estas patologías, tanto para médicos de atención primaria, como para matronas o personal de enfermería, que garantice la continuidad de la asistencia
- Creación de un registro de patologías detectadas en este tipo de consultas y su repercusión en la mejora de la atención
- Modificación de la agenda de citas para adecuarla a la nueva filosofía de la consulta

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- % de pacientes que proceden de atención primaria, remitidas correctamente
- % de consultas que cumplen criterios de "Alta Resolución"
- Mejora en la continuidad de la asistencia, valorando la interrelación con atención primaria
- Desplazamientos a los centros de salud, para puesta en marcha de actualización de protocolos y detección de problemas u oportunidades de mejora

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:1-1-2008

Fecha de finalización:31-12-2008

Calendario:

Enero- Febrero: -Creación de agendas específicas

- Elaboración de notas informativas para los coordinadores de los centros de salud

-Puesta en marcha de cursos de actualización para personal de Atención Primaria(Matronas

Marzo-Septiembre

-Oferta normalizada de la consulta. Atención al menos 1 día por semana

-Elaboración de registros.

-Evaluación de la adecuación de la asistencia

Octubre-Diciembre :

-Consolidación de los contenidos

-Evaluación de indicadores

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Guía de la consulta prenatal
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Ana Cristina Lou Mercadé
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
Correo electrónico: aclou@comz.org
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976556400 extensión 2214

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Purificación Mateo Alcalá	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Ana Ezquerro Jiménez	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Daniel Oros López	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
M ^a Fernanda Soriano Medina	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Florencia Martínez Casamayor	Médico – Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Belén Carazo Hernandez	Médico – Obstetricia y Ginecología	Centro de Especialidades Ejea y Tarazona.
Silvia Rueda Marin	Médico – Obstetricia y Ginecología	Centro de Especialidades Ejea y Tarazona.
Patricia Ibáñez Burillo	Médico – Obstetricia y Ginecología	Centro de Especialidades Ejea y Tarazona.
Elena Bescos Santana	Médico – Obstetricia y Ginecología	Centro de Especialidades Ejea y Tarazona.
Ana Muñoz Ruiz	Matrona	Centro de Salud Utebo
Garbiñe Olaya	Matrona	Centro de Salud Ejea
Teresa Loranca	Matrona	Centro de Salud Tauste
Nestor Herraiz Esteban	MIR- Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
M ^a José Boillos Calvo	MIR- Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza.
Ernesto Fabre González	Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza
Pilar Pérez Hiraldo	Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología	Hospital Clínico. Zaragoza

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Desde la incorporación del cribado bioquímico-ecográfico del primer trimestre en la población gestante del Área III del Salud se vio la necesidad de revisar y mejorar la Guía de Consulta Prenatal con la finalidad de facilitar la adecuada utilización de dicho procedimiento de cribado.

Los objetivos básicos son:

1. Facilitar el acceso de la mujer embarazada a la primera consulta prenatal evitando las demoras causadas por los procedimientos de remisión.
2. Realizar la primera consulta prenatal con la precocidad adecuada como para utilizar los procedimientos disponibles de diagnóstico prenatal. Se pretende iniciar el control del embarazo antes de la semana 10 de gestación para que la gestante pueda beneficiarse del cribado bioquímico-ecográfico del primer trimestre instaurado recientemente en el área III.
3. Realizar en esta primera visita una exploración ecográfica básica que permita datar la gestación y con ello evitar posteriores errores en la interpretación del cribado bioquímico.
4. Realizar la consulta prenatal con la periodicidad adecuada como para poder realizar las acciones asistenciales y de educación sanitaria apropiadas para cada momento de la gestación.
5. Adecuar la asistencia prenatal a los problemas identificados en función del riesgo perinatal.
6. Coordinar las consultas prenatales y las exploraciones complementarias, para lograr que la mujer acuda el menor número posible de veces al centro asistencial
7. Utilizar las exploraciones complementarias de acuerdo con los conocimientos en relación con su costo-eficacia.
8. Adecuar la utilización de la exploración ecográfica en cuanto al número de exploraciones, momento en que se deben realizar, contenidos y tiempo asignado a cada exploración, a las recomendaciones de las secciones de Ecografía y de Medicina Perinatal de la SEGO
9. Lograr una integración entre atención primaria y especializada en el control del embarazo. Pretendemos incorporar las visitas a las matronas del área de salud en la guía de control prenatal, descargando así la presión asistencial existente en los centros de especialidades en relación al aumento de la tasa de natalidad observada en los últimos años. Pretende, además, esta medida lograr una relación más cercana con la matrona, lo cual podría disminuir el número de consultas que diariamente se producen en el servicio de urgencias únicamente para resolver dudas sobre el embarazo.
10. Realizar un folleto informativo sobre consejos a la embarazada, en cuanto a nutrición, ejercicio físico, actividad laboral, cambios fisiológicos del organismo e información precisa sobre el control gestacional que se le va a realizar (pruebas complementarias, lugar y momento de realización de las mismas y su objetivo). Así mismo, incluirá información sobre las clases de educación maternal y programa de donación de sangre de cordón umbilical.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Este proyecto es continuación del presentado en el año 2003 sobre Implantación de la Guía de la Consulta Prenatal, coordinado por el Profesor Ernesto Fabre.

La Guía se ha puesto en marcha, lo cual ha permitido unificar las actuaciones entre el conjunto de facultativos del área y de acuerdo a las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sobre la asistencia al embarazo de curso normal.

No se ha logrado evitar la demora en la remisión de pacientes ni por tanto se ha logrado realizar la primera consulta con la precocidad necesaria para utilizar los procedimientos disponibles de diagnóstico prenatal.

No existe una coordinación adecuada con Atención Primaria. Las visitas a la matrona se superponen con la del especialista duplicándose innecesariamente las actuaciones. Es necesario informar a los Médicos de Atención Primaria de los nuevos procedimientos puestos en marcha en relación al diagnóstico prenatal para que conozcan la importancia de la remisión precoz de la paciente.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se espera lograr mejorar la asistencia prenatal haciendo partícipe a la gestante como parte activa de este proceso en colaboración con las matronas del área de salud.

Pretendemos mejorar la utilización del cribado bioquímico-ecográfico, aumentando el número de gestante que pueden beneficiarse del mismo. Su mayor capacidad diagnóstica, además de una mayor precocidad en el diagnóstico de sospecha, permitirá disminuir la necesidad de recurrir a métodos diagnósticos invasivos disminuyendo el riesgo y la ansiedad maternos.

Además, se espera que el folleto divulgativo permita a la gestante conocer las visitas y controles que se le van a realizar identificando en él las actuaciones y recomendaciones realizadas por nuestra sociedad científica.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Dar a conocer la Guía de la consulta prenatal a todos los facultativos del Servicio de Obstetricia y a todas las matronas del área de salud.
- Informar a los Médicos de Atención Primaria de la nueva guía prenatal haciendo hincapié en la necesidad de remitir de forma precoz a las gestantes (antes de la semana 10) para que pueda ser incluida en el cribado bioquímico del primer trimestre.
- Visitas a realizar: Anexo 1

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto se realizará utilizando los siguientes criterios:

Indicador 1: Porcentaje de mujeres que inician el control gestacional en el especialista de área antes de la semana 10.

Indicador 2: Porcentaje de mujeres que acuden a la matrona antes de la visita al especialista y llegan a la consulta del especialista con la cartilla maternal cumplimentada.

Indicador 3. Encuestar a las gestantes sobre el grado de satisfacción en cuanto al seguimiento de su embarazo y en cuanto a la información recibida sobre el mismo.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio:1 de abril de 2008	Fecha de finalización:1 de abril de 2009
------------------------------------	--

Caleandario:

1. De 1 de Abril de 2008 a 1 de junio de 2008
 - o Elaboración del folleto divulgativo
2. De 1 de Abril de 2008 al 1 de octubre de 2008
 - o Estudio observacional sobre las prácticas clínicas actuales en relación a la primera visita (semanas de gestación de 1ª visita/demora)
3. De 1 de junio de 2008 a 1 de noviembre de 2008
 - o Reuniones informativas de la nueva Guía de Consulta Prenatal con los MAP y Las matronas del área.
 - o Desarrollo de cursos de formación destinados a los profesionales involucrados en el control gestacional.
4. De 1 de noviembre de 2008 a 1 de abril de 2009
 - o Recogida de datos y Evaluación de los indicadores .

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador portátil y cañon de proyección (puede ser compartido con otros proyectos de mejora del Servicio) (1)	0
Kilometraje para el desplazamiento a los centros sanitarios. (ver especificaciones en anexo 2)	154,6 €
Distribución de retribución al profesorado intentando el pago de 90 euros/hora (ver especificaciones en anexo 1)	2250 €
Papelería	300 €
TOTAL	2704,6 €

El material informático inventariable solicitado en este proyecto se compartiría, en el caso de ser seleccionado, con el resto de los proyectos de iniciativas de mejora presentados por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza a la presente convocatoria.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Anexo 1

Cuándo	Antes de la 9 semana (6-9)	9 a 10+6	14-16	17-18	20-22
Donde	Atención Primaria	Atención Especializada	Atención Primaria	Atención Especializada	Atención Especializada
Quién	Matrona	Especialista	Matrona	Especialista	Especialista
Acciones	Confirmar gestación Rellenar cartilla azul Identificar factores de riesgo (1) Estimar edad gestacional (FUR) Citar consulta Obstetricia (HCU o I.J)	Confirmar EG con ecografía Exploración física, genital y mamaria Citología si precisa Resultados analítica 1º día Informar cribadobioquímico y ecográfico Peso, TA, edemas.	Peso, TA, edemas,	Resultado cribado bioquímico y ecográfico Resultado de citología Altura fondo uterino Peso, TA, edemas,	
Solicitar	Pedir analítica de 1º día con código (2)	Cribado bioquímico 1 tr. y ecografía s. 12 Alfafetoproteína sem 14 a 14+6		Ecografía N II (sem 20 a 20+6)	
Informar	Alimentación (prevención toxoplasma) Estilo de vida Actividad física y laboral Siintomas y signos de alarma Tratamiento: fólico, yodo....	Tratamiento si precisa	Alimentación (prevención toxoplasma) Estilo de vida Actividad física y laboral Siintomas y signos de alarma Tratamiento: fólico, yodo....	Revisión de tratamiento si precisa	

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)

Cuándo	27-29	32-33	35-37	38-39	40-41
Donde	Atención Especializada	Atención Especializada	Atención Especializada	Atención Especializada	Atención Especializada
Quién	Especialista	Especialista	Especialista	Especialista	Especialista
Acciones	Resultado analítica 2º tr. Movimientos fetales Auscultación fetal Altura fondo uterino Peso, TA, edemas,	Movimientos fetales Auscultación fetal Altura fondo uterino Peso, TA, edemas,	Resultado ecografía 3º tr. Movimientos fetales Maniobras de Leopold Auscultación fetal Altura fondo uterino Peso, TA, edemas,	Resultado cultivo y analítica Movimientos fetales Maniobras de Leopold Auscultación fetal Altura fondo uterino Peso, TA, edemas,	Resultado cultivo y analítica Movimientos fetales Maniobras de Leopold Auscultación fetal Altura fondo uterino Peso, TA, edemas,
Solicitar	Ecografía de 3º tr (sem 32 a 36) TOTG si precisa		Cultivo vagino-rectal Analítica 3º tr. (4)	Test basal (5)	
Informar	Revisión de tratamiento si precisa	Revisión de tratamiento si precisa	Revisión de tratamiento si precisa	Revisión de tratamiento si precisa	Revisión de tratamiento si precisa

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

Anexo 2

		km	Gasto (km=0,2€)	Horas	90 €/Hora	
C.S. ALAGON	25	50	10	1	90	95
C.S. BOMBARDA			0	1	90	90
C.S. BORJA	63	126	25,2	1	90	102,6
C.S. CARIÑENA	48	96	19,2	1	90	99,6
C.S. CASETAS	15	30	6	1	90	93
C.S. DELICIAS-NORTE			0	1	90	90
C.S. DELICIAS-SUR			0	1	90	90
C.S. EJEJA	72	144	28,8	1	90	104,4
C.S. EPILA	45	90	18	1	90	99
C.S. GALLUR			0	1	90	90
C.S. HERRERA			0	1	90	90
C.S. LA ALMUNIA	50	100	20	1	90	100
C.S. MARIA DE HUERVA	6	12	2,4	1	90	91,2
C.S. OLIVER			0	1	90	90
C.S. SADABA	100	200	40	1	90	110
C.S. SOS	123	246	49,2	1	90	114,6
C.S. TARAZONA	84	168	33,6	1	90	106,8
C.S. TAUSTE	45	90	18	1	90	99
C.S. UNIVERSITAS			0	1	90	90
C.S. UTEBO	12	24	4,8	1	90	92,4
C.S. VALDEFIERRO				1	90	90
C.S. MIRALBUENO				1	90	90
						0
Ginecologos HCU e IJ				1	90	90
Matronas HCU e IJ				1	90	90
Calatayud. Hospital2	85	170	34	1	90	107
TOTAL(*)			309,3		2250	2404,6

(*) El total se calcula sumando la mitad del coste del desplazamiento (la otra mitad se asigna al programa de la guía de la consulta prenatal) y el cálculo de 1 hora de profesor a 90 euros por hora. Este presupuesto puede ajustarse en función del presupuesto asignado.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Código Centro	Nombre		Teléfono
10040110	C.S. ALAGON	C/ Corona de Aragón, 5 - 50630	976 611544
10040510	C.S. BOMBARDA	C/ Ramiro I, s/n - 50010	976 318060
10040610	C.S. BORJA	C/ Barbalanca, s/n - 50540	976 867259
10040910	C.S. CARIÑENA	Avenida de Goya, s/n - 50400	976 621026
10041010	C.S. CASETAS	C/ Baleares, 2 - 50620	976 771347
10041210	C.S. DELICIAS-NORTE	C/ Santa Orosia, 46 - 50010	976 342828
10041310	C.S. DELICIAS-SUR	C/ Dronda, 1 - 50009	976 556000
10041410	C.S. EJEJA	Paseo Independencias, 25 - 50600	976 661861
10041510	C.S. EPILA	Plaza Constitución, 27 - 50290	976 603363
10041610	C.S. GALLUR	Avenida Pirineos, s/n bajo - 50650	976 864500
10041710	C.S. HERRERA	Avenida Zaragoza, 50 - 50150	976 143059
10041910	C.S. LA ALMUNIA	C/ Laviaga Castillo, 18 - 50100	976 813115
10042010	C.S. MARIA DE HUERVA	Ctra. N-330 Zaragoza-Teruel, 25 - 50430	976 124121
10042310	C.S. OLIVER	C/ San Alberto Magno, s/n - 50011	976 346359
10042410	C.S. SADABA	Paseo Urruti Castejón, s/n - 50670	976 667388
10042610	C.S. SOS	C/ Pons Sorolla, 10 - 50680	948 888286
10042710	C.S. TARAZONA	Avenida de la Paz, 29 - 50500	976 641285
10042810	C.S. TAUSTE	C/ General Ortega, s/n - 50660	976 859000
10042910	C.S. UNIVERSITAS	C/ Andrés Vicente, 42 - 50010	976 324195
10043010	C.S. UTEBO	Avenida Navarra, s/n - 50180	976 785168
10043110	C.S. VALDEFIERRO	C/ Orión, 1 - 50012	976 334091
10043310	C.S. MIRALBUENO	Ibón de Plan, s/n - 50011	976 300994

Lugar y fecha:

Zaragoza a 21 de febrero de 2008

Ana Cristina Lou Mercadé

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO IMPLANTACIÓN DEL ALTA TEMPRANA EN HOSPITALIZACIÓN POSTPARTO
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos MANUEL ANGEL ROMERO CARDIEL
Profesión F.E.A. del Servicio de Obstetricia y Ginecología
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Servicio de Obstetricia y Ginecología
Correo electrónico: mromeroc@sego.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 57 00 extensión 2201

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Daniel Orós Espinosa	Adjunto Obst-Gin	Hcu Lozano Blesa
Dr. Gerardo Rodríguez Martínez	FEA Pediatría	HCU Lozano Blesa
Dr. José Antonio Moreno Chulilla	FEA Hematología	HCU Lozano Blesa
Dra. Carmen Blasco	FEA Bioquímica	HCU Lozano Blesa
Dr. Pedro González Ramos	FEA Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dra. Mercedes Sobreviela Laserrada	FEA Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dra. Dolores Jiménez Martínez	FEA Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dr. Rafael González Agüero Laborda	Jefe de Sección O-G	HCU Lozano Blesa
Dr. Daniel Orós López	FEA Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dr- Alejandro Sanz López	FEA Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dr. Mauricio Tajada Duaso	FEA Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dra. Florencia Martínez Casamayor	Adjunto Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dra. Beatriz Vicente López	MIR II Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Dra. Píalar Bejarano Lasunción	MIR II Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
D ^a Victoria Esteban Cid	Matrona	HCU Lozano Blesa
D ^a Blanca Salgado Beltrán	DUE Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
D ^a Rosalba Golina Monreal	DUE Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
D ^a Pilar Aragón Millán	DUE Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
D ^a Pilar Sánchez	DUE Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
D ^a Juan María Julián Campos	DUE Obst-Gin	HCU Lozano Blesa
Magdalena Ibarra Pérez	Matrona	C.S. Delicias
Teresa Loranca Jiménez	Matrona	C.S de Tauste

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 estancia media en hospitalización postparto se puede reducir de forma importante. En primer lugar la mayoría de las pacientes prefieren un alta precoz con reincorporación temprana a su hogar y familia. La mayoría de pacientes se beneficiarían de un alta temprana a las 36-48 horas postparto con el horizonte de bajar hasta las 24-36 horas en un período de tiempo corto, unos 12-18 meses.

Las ventajas son obvias: Para la propia mujer supondría una humanización del proceso reproductivo. Para el entorno familiar una pronta recuperación de la vida cotidiana y para el Hospital un ahorro importante de recursos materiales con aumento de la eficiencia de forma significativa.

Se necesita resolver algunos aspectos que retrasan el alta de la puérpera, con modificaciones administrativas, que no sanitarias, perfectamente identificadas. Asimismo se requiere un mayor grado de información a la paciente, mejora de los sistemas de acceso a los recursos por parte de la usuaria y coordinación con atención primaria para seguimiento de problemas en domicilio.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminución de la estancia media en Hospitalización obstétrica postparto
Mejorar la percepción positiva del hecho reproductivo en la mujer puérpera
Disminuir el tiempo de recuperación de la mujer que ha dado a luz en su entorno familiar.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Apoyo al alta temprana en la asistencia en Hospitalización obstétrica en HCU Lozano Blesa de Zaragoza
- 2- Recepción de analítica de grupo y Rh del recién nacido en las primeras 24 horas
- 3- Cribado de enfermedades metabólicas neonatal en lugar de residencia
- 4- Valoración de pacientes subsidiarias de alta temprana a las 24 horas postparto
- 5- Elaboración de documento informativo al alta de la paciente con instrucciones y cuidados
- 6- Coordinación con matrona de atención primaria para seguimiento extrahospitalario
- 7- Registro de indicadores y seguimiento de la actividad

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	---

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- 1- Estancia media en hospitalización postparto en HCU Lozano Blesa de Zaragoza
- 2- Número de reingresos tras alta postparto, por complicaciones puerperales y neonatales

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Mayo de 2008	Fecha de finalización: Enero de 2010
-------------------------------	--------------------------------------

Calendario:

- 1- Mayo 2008: Creación del grupo de mejora, nombramiento de sus miembros.
- 2- Junio 2008: Aprobación del documento informativo al alta de la paciente.
- 3- Junio 2008: Protocolo de atención extrahospitalaria
- 4- Junio 2008: Alta temprana (48 horas), pacientes, de bajo riesgo, de Zaragoza y su entorno cercano, Rh positivas.
- 5- Enero 2009: Alta temprana (48 horas) pacientes del Área III, de bajo riesgo.
- 6- Enero 2009: Alta temprana (24 horas) pacientes de bajo riesgo, de Zaragoza y su entorno cercano.
- 7- Mayo 2009: Alta temprana (24 horas) pacientes área III

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Desarrollo multidisciplinar, difusión e implantación de un Protocolo de uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en la prevención de la gastropatía por AINE en el Sector III y Sector Calatayud.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Julián Mozota Duarte (1)

Profesión

Médico.

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Hospital Clínico Lozano Blesa – Servicio de Urgencias

Correo electrónico:

jmozota@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 55 64 00- 3964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Angel Lanas Arbeloa	Médico	H. Clínico Lozano Blesa
Angel Gonzalez Pérez (1)	Médico	CS Sádaba
Asuncion Sagredo Samanes (1)	Farmaceútica	H Clínico Lozano Blesa
Belen Pina Gadea (1)	Farmaceútica	Dirección AP Calatayud
Maria Jesús Lallana Álvarez (1)	Farmaceútica	Dirección AP Sector Zaragoza III
José Ignacio Torrente Garrido (1)	Médico	CS Delicias Norte
Lourdes Asensio Asensio (1)	Medico	CS Delicias Sur
Marga Goldaracena Tanco (1)	Farmaceútica	Sº Centrales SALUD
Mercedes Aza Pascual-Salcedo (1)	Farmaceútica	Sº Centrales SALUD
José Codes Gómez (1)	Médico	CS Calatayud Sur
Pilar Lalana Josa (1)	Médico	CS Borja
Cristina Carcas de Benavides (1)	Farmaceútica	Dirección AP Sector Zaragoza III
Javier Navarro López (1)	Médico	CS Illueca
Gonzalo Casañal Quintana (1)	Médico	CS Morata de Jalón

(1) Miembros de la Comisión de Uso Racional del Medicamento

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En un grupo importante de pacientes que atendemos con hemorragia digestiva alta su origen es una gastropatía desencadenada por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos: el riesgo de HDA se multiplica por 4 si se consume AINE.

Por otro lado el consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) suponen un porcentaje muy elevado en el conjunto del gasto farmacéutico. En conjunto supusieron un gasto superior a 530 millones de euros en el año 2006 en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Probablemente parte de ese gasto sea por indicaciones inadecuadas, según estudios oscila entre el 38-53%. En un estudio realizado en nuestro medio el 27,8% de las altas hospitalarias en las que se había prescrito IBP no existía una indicación establecida.

Pero si se estudian los pacientes que precisan gastroprotección también se ha visto que se realiza en menos casos de los indicados: entre el 21-26% no la reciben.

Así que los IBP se dejan de utilizar en ocasiones que deberíamos utilizarlos y se utilizan en casos que no deberíamos utilizarlos, es decir existe un uso inadecuado muy elevado.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Elaborar un protocolo de uso de IBP en gastroprotección

Difundir el protocolo entre los profesionales de los Sectores Zaragoza III y Calatayud.

Mejorar el perfil de prescripción de los IBP.

Mejorar la profilaxis de la gastropatía por AINEs.

Disminuir las hemorragias digestivas altas por AINEs.

Disminuir el uso inadecuado de los IBP.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración del protocolo. Julián Mozota, José Ignacio Torrente, Lourdes Asensio, Ángel González, Javier Navarro, Ángel Lanás.
- Presentación del protocolo en sesión clínica. Ángel Lanás, Julián Mozota, José Ignacio Torrente, Lourdes Asensio Asensio.
- Edición del protocolo. María Jesús Lallana.
- Difusión del protocolo entre los profesionales de los Sectores III y Calatayud: todos los miembros del grupo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Existencia del protocolo redactado al final del periodo.
- Presentación del protocolo en los Sectores.
- % de centros sanitarios del Sector que han recibido el Protocolo.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Calendario:

- Redacción del protocolo: marzo-junio 2008.
- Edición del protocolo: junio-septiembre 2008.
- Presentación del protocolo: octubre 2008.
- Distribución del protocolo: noviembre- diciembre 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Difusión entre personal sanitario.y población general del Area Sanitaria III de Zaragoza del Programa de Cribado de Cromosopatías y Defectos Congénitos.

Programa coordinado con el de difusión, con el mismo sistema de la Guía Prenatal, con ámbito de difusión similar al aquí descrito.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

[Rafael González de Agüero Laborda](#)

Profesión

[Médico, Profesor Universitario](#)

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

[Hospital Clínico Universitario. Servicio de Obstetricia y Ginecología](#)

Correo electrónico:

rgonzalezag@sego.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

[976-556400 Ext 2226, 2229](#)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Sobreviela Laserrada	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Dolores Jiménez Martínez	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Alejandro Sanz López	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Mauricio Tajada Duaso	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Pedro González Ramos	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Manuel Romero Cardiel	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Daniel Oros Espinosa	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Pilar Pérez Hiraldo	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Ernesto Fabre González	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Carmen Blasco Comenge	bioquímica	HC Zaragoza
Pilar Pérez Pascual	Auxiliar Eco	HC Zaragoza
Carmen Perales	Supervisora Enf	HC Zaragoza

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...

Existe la posibilidad de diagnosticar prenatalmente un importante porcentaje de los casos de los defectos congénitos (cromosopatías, malformaciones estructurales y otros defectos) existentes en los fetos de nuestra población de embarazadas.

Este diagnóstico precoz permite a los padres, cuando se trata de una anomalía grave, solicitar una interrupción de embarazo (ILE en adelante) en base a la legislación vigente, y en otros casos, aplicar el adecuado tratamiento prenatal y la mejor asistencia neonatal en función del diagnóstico.

Este objetivo, intensamente demandado por el conjunto de la población exige la aplicación de un programa, que se inicia incluso antes de que la gestación se inicie y finaliza (en principio) en la semana 20-22 de gestación.

La correcta aplicación de este programa consigue el diagnóstico del 80-90% de los casos de síndrome de Down, así como de las cromosopatías más significativas, y más del 50% de los defectos estructurales graves.

Para que “todas” o la mayor parte de las embarazadas puedan beneficiarse de este programa es necesario la colaboración multidisciplinar de todos los estamentos sanitarios y sociales, que transmitan al conjunto de la población, la oferta existente, para una correcta aplicación.

La situación de partida puede definirse como “aceptable” para un importante porcentaje de población, pero es necesaria la implementación de diversas medidas que puedan lograr su generalización.

La causa de la “no posibilidad” de aplicar el programa completo de cribado de cromosomopatías y defectos congénitos se debe a diversos factores entre los que cabe destacar:

1. Falta de información de la población en general
2. Falta de información adecuada de los médicos de primaria
3. Listas de espera para la consulta de primer día para embarazadas
4. Ausencia o insuficiencia de oferta de consultas preconcepcionales
5. Falta de información de algunos grupos de matronas
6. Falta de información de algunos especialistas en Obstetricia y Ginecología
7. Falta de recursos asistenciales, especialmente en periodos vacacionales.
8. Insuficiencia en la informatización de la información relativa al control de embarazo, ecografía y diagnóstico prenatal
9. Alto porcentaje de embarazadas inmigrantes, con insuficiente adaptación, especialmente lingüística, con dificultades adicionales para la recepción de información y acceso al conjunto del sistema sanitario
10. Otros problemas

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El resultado esperado es que el conjunto o la mayor parte de las embarazadas y mujeres en edad fértil de nuestra área sanitaria se beneficien del programa integral de cribado de cromosomopatías y defectos congénitos disponible en nuestro sistema sanitario.

Los médicos de primaria realizarían una labor de información en sus pacientes en edad fértil, y especialmente en las que tienen deseos de concepción, del conjunto del programa al que nos referimos, con especial referencia a la asistencia a la consulta preconcepcional cuando esté indicada y a una consulta precoz en cuanto se sospecha que el embarazo se ha iniciado.

Primera consulta del embarazo realizada antes de la semana 10-11 de gestación, con ecografía básica que confirme la edad gestacional real.

Entrega a la embarazada de un documento informativo de la política de cribado y diagnóstico prenatal, incluyendo las ecografías habituales del embarazo de curso normal, determinaciones bioquímicas, así como las limitaciones del procedimiento. Este documento responsabiliza a la embarazada para una correcta aplicación de los procedimientos de cribado y de diagnóstico.

Remisión a la Consulta de Diagnóstico Prenatal ante indicaciones primarias aceptadas (edad materna, antecedente de nacido con cromosomopatía, portadores de anomalías cromosómicas, abortos de repetición, nacido muerto sin estudio cromosómico y padres portadores o afectados de enfermedades genéticas, y otras)

Cribado combinado, ecográfico bioquímico del primer trimestre de la gestación y determinación de AFP en semana 15. Ecografía con marcadores de cromosomopatías y bioquímica con PAPP-A y beta HCG.

Cuando la primera consulta es posterior a la semana 11 y antes de la 17, ecografía y bioquímica del segundo trimestre (14-17 semanas) con AFP, beta HCG y estriol. Ecografía morfológica en semana 20.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Programa de formación (talleres de trabajo explicando con detalles todo el programa, respondiendo a todas las interrogantes) para:
 - a) médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología del área sanitaria
 - b) matronas y personal de enfermería
 - c) médicos de familia y de atención primaria

En estos talleres no sólo se explicará todos los pormenores del programa de cribado, sino que se transmitirá a todos los profesionales implicados las inevitables limitaciones del procedimiento, de tal forma que el conjunto de la sociedad, conozca los límites de las técnicas de diagnóstico, los riesgos de los procedimientos asociados, y el correcto equilibrio entre tasas de detección y tasa de falsos positivos.

2. *Programa de información general, utilizando los recursos sociales habituales: Prensa, radio, Televisión, folletos informativos (recordando la traducción a los idiomas más habituales de la población inmigrante). Todo ello bajo la supervisión y asesoramiento del gabinete de prensa que al parecer tiene la Consejería de Salud de la DGA.*
3. Dedicación del tiempo necesario para transmitir a la embarazada y su pareja de nuestro objetivo, y de nuestras limitaciones, tanto por parte del médico de primaria como del obstetra en la primera consulta y la matrona en las diversas oportunidades que tiene en la asistencia a la embarazada.
4. Recursos sanitarios que permitan, a lo largo de todos los meses y semanas del año, la atención en la 1ª consulta del embarazo antes de la semana 10ª-11ª y realización de las exploraciones ecográficas y técnicas invasivas en los momentos que corresponden (semana 12ª , 15-16 y 20ª)

La alternativa al desplazamiento a los Centros de Salud específicos es la

VIDEOCONFERENCIA

Además, la elaboración de folletos específicos que se distribuirían, a partir de las consultas de los Centros de Salud, entre toda la población en edad fértil.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

El modo de juzgar el éxito del procedimiento es la tasa de detección antes de la semana 22 de embarazo de las cromosomopatías y defectos congénitos que afecten al feto, de forma que esta información pueda ser ofrecida a la pareja. También es importante que el sistema no tenga un excesivo porcentaje de falsos positivos.

No todos los defectos congénitos son expresivos en este momento y pueden ser

diagnosticados prenatalmente, pero lo son con posterioridad a esta fecha. En estos casos tras el diagnóstico prenatal, se ofertará el mejor tratamiento prenatal, si existe, y así mismo la mejor asistencia neonatal.

Los indicadores de una correcta aplicación del programa, entre otros, podrían ser:

1. Porcentaje de embarazadas atendidas antes de la semana 11 de gestación
2. Porcentaje de embarazadas que han recibido el documento informativo en la primera consulta, y que lo entregan firmado en la primera ecografía realizada en la Unidad Central de ecografías
3. Porcentaje de embarazadas que no desean ser incluidas en el programa de cribado
4. Porcentaje de embarazadas que teniendo indicación médica para técnica invasiva para cariotipo u otro estudio genético o bioquímico, deniegan el procedimiento
5. Porcentaje de embarazadas a las que se les realiza el cribado combinado de primer trimestre y la determinación de AFP en la 15ª
6. Porcentaje de embarazadas a las que se realiza el cribado de segundo trimestre por haber llegado tarde al del primero
7. Porcentaje de embarazadas a las que se les realiza ecografía morfológica en la semana 20ª

Otros sistemas de evolución a largo plazo del programa, incluirían

1. Nacidos con cromosomopatías no diagnosticados prenatalmente
2. Nacidos con defectos congénitos graves no diagnosticados prenatalmente.

También se ha pensado en la realización de encuestas en embarazadas, finalizado el parto, investigando el grado de información, aplicación y satisfacción ante el programa al que nos referimos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 marzo 2008

Fecha de finalización: 28 febrero 2009

Caleandario:

Talleres de trabajo con los grupos descritos, en reuniones que se programarán, para que asistan todos los estamentos a los que nos hemos referido.

Estos talleres tendrán una duración de 2 horas y se impartirán, en principio para grupos no superiores a 10-12 asistentes.

En el taller, el profesor explicará, con la ayuda de una presentación, con ordenador portátil y un cañón de proyección, el tema correspondiente.

A continuación se presentarán las guías de actuaciones concretas y se responderán a unos supuestos teóricos y a cuantas preguntas se realicen por parte de los asistentes.

Probablemente serán necesarios los siguientes talleres:

En el área sanitaria existen 22 Centros de Salud, (22 talleres, o agrupación de centros para disminuir el número, cuando exista suficiente proximidad y/o escaso número de personal sanitario)

Zaragoza Ciudad. Hospital Clínico. CEMIJ

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

Anexo 1

		km	Gasto (km=0,2€)	Horas	90 €/Hora	
C.S. ALAGON	25	50	10	1	90	95
C.S. BOMBARDA			0	1	90	90
C.S. BORJA	63	126	25,2	1	90	102,6
C.S. CARIÑENA	48	96	19,2	1	90	99,6
C.S. CASETAS	15	30	6	1	90	93
C.S. DELICIAS-NORTE			0	1	90	90
C.S. DELICIAS-SUR			0	1	90	90
C.S. EJEJA	72	144	28,8	1	90	104,4
C.S. EPILA	45	90	18	1	90	99
C.S. GALLUR			0	1	90	90
C.S. HERRERA			0	1	90	90
C.S. LA ALMUNIA	50	100	20	1	90	100
C.S. MARIA DE HUERVA	6	12	2,4	1	90	91,2
C.S. OLIVER			0	1	90	90
C.S. SADABA	100	200	40	1	90	110
C.S. SOS	123	246	49,2	1	90	114,6
C.S. TARAZONA	84	168	33,6	1	90	106,8
C.S. TAUSTE	45	90	18	1	90	99
C.S. UNIVERSITAS			0	1	90	90
C.S. UTEBO	12	24	4,8	1	90	92,4
C.S. VALDEFIERRO				1	90	90
C.S. MIRALBUENO				1	90	90
						0
Ginecologos HCU e IJ				1	90	90
Matronas HCU e IJ				1	90	90
Calatayud. Hospital2	85	170	34	1	90	107
TOTAL(*)			309,3		2250	2404,6

(*) El total se calcula sumando la mitad del coste del desplazamiento (la otra mitad se asigna al programa de la guía de la consulta prenatal) y el cálculo de 1 hora de profesor a 90 euros por hora. Este presupuesto puede ajustarse en función del presupuesto asignado.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Código Centro	Nombre		Teléfono
10040110	C.S. ALAGON	C/ Corona de Aragón, 5 - 50630	976 611544
10040510	C.S. BOMBARDA	C/ Ramiro I, s/n - 50010	976 318060
10040610	C.S. BORJA	C/ Barbalanca, s/n - 50540	976 867259
10040910	C.S. CARIÑENA	Avenida de Goya, s/n - 50400	976 621026
10041010	C.S. CASSETAS	C/ Baleares, 2 - 50620	976 771347
10041210	C.S. DELICIAS-NORTE	C/ Santa Orosia, 46 - 50010	976 342828
10041310	C.S. DELICIAS-SUR	C/ Dronca, 1 - 50009	976 556000
10041410	C.S. EJEJA	Paseo Independencias, 25 - 50600	976 661861
10041510	C.S. EPILA	Plaza Constitución, 27 - 50290	976 603363
10041610	C.S. GALLUR	Avenida Pirineos, s/n bajo - 50650	976 864500
10041710	C.S. HERRERA	Avenida Zaragoza, 50 - 50150	976 143059
10041910	C.S. LA ALMUNIA	C/ Laviaga Castillo, 18 - 50100	976 813115
10042010	C.S. MARIA DE HUERVA	Ctra. N-330 Zaragoza-Teruel, 25 - 50430	976 124121
10042310	C.S. OLIVER	C/ San Alberto Magno, s/n - 50011	976 346359
10042410	C.S. SADABA	Paseo Urruti Castejón, s/n - 50670	976 667388
10042610	C.S. SOS	C/ Pons Sorolla, 10 - 50680	948 888286
10042710	C.S. TARAZONA	Avenida de la Paz, 29 - 50500	976 641285
10042810	C.S. TAUSTE	C/ General Ortega, s/n - 50660	976 859000
10042910	C.S. UNIVERSITAS	C/ Andrés Vicente, 42 - 50010	976 324195
10043010	C.S. UTEBO	Avenida Navarra, s/n - 50180	976 785168
10043110	C.S. VALDEFIERRO	C/ Orión, 1 - 50012	976 334091
10043310	C.S. MIRALBUENO	Ibón de Plan, s/n - 50011	976 300994

Lugar y fecha:

Zaragoza a 21 de febrero de 2008

Rafael González de Agüero

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

¿Exploraciones ecográficas obstétricas “innecesarias”? : Análisis de la situación actual, identificación de los problemas y desarrollo de talleres para su minimización.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Mercedes Sobrevela Laserrada

Profesión

Médico, Profesor Universitario

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Sección de Ecografía y Diagnóstico Prenatal

Correo electrónico:

msobrevelala@sego.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-556400 Ext 2226, 2225

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Sobrevela Laserrada	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Dolores Jiménez Martínez	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Alejandro Sanz López	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Mauricio Tajada Duaso	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Pedro González Ramos	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Manuel Romero Cardiel	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Daniel Oros Espinosa	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Pilar Pérez Hiraldo	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Ernesto Fabre González	Obstetra-gin	HC Zaragoza
Tanit Corbacho	Residente O y G	HC Zaragoza
Pilar Pérez Pascual	Auxiliar Eco	HC Zaragoza
Adela Aranda Agudo	Auxiliar Eco	HC Zaragoza
Eliana Solari Mendoza	Auxiliar Eco	HC zaragoza

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...

Adecuación de la solicitud de exploración ecográfica en el embarazo de bajo riesgo a las recomendaciones de la SEGO.

La SEGO recomienda la realización de 3 ecografías durante la gestación de bajo riesgo:

Semana 11-14 (primer trimestre, marcadores ecográficos de cromosomopatías)

Semana 20 – 22 (nivel II o ecografía morfológica)

Semana 36 (tercer trimestre o evaluación del crecimiento fetal)

Sin embargo hemos observado que con frecuencia, el número de exploraciones realizadas en las Unidades Centrales de Ecografía, aún en gestaciones de bajo riesgo y sin complicaciones supera este número. Ello origina un incremento adicional de la

demanda de este tipo de exploraciones, que en algunas ocasiones no mejora el control del embarazo, pero sí sobrecarga la actividad de la sección, ocasionando una menor disponibilidad y retrasos en la asistencia a otros casos en los que sí puede ser necesario.

El objetivo del proyecto de mejora es conseguir realizar el mínimo número de exploraciones ecográficas manteniendo el máximo nivel de eficacia en el diagnóstico prenatal de los defectos congénitos y evaluación del crecimiento y del estado fetal. Mantener al máximo la tasa de detección de defectos congénitos, incluidas las cromosomopatías, las alteraciones del crecimiento fetal y el resto de objetivos de la ecografía obstétrica, con una mínima tasa de falsos positivos y con la mínima tasa de repeticiones.

Algunos de los principales motivos que propician la repetición de la prueba, o la indicación de una prueba "innecesaria" son los siguientes:

En la Ecografía del primer trimestre:

- . Cita en edad gestacional inadecuada: < de 11 o más de 14 semanas
- . Ofertas de procedimiento invasivo sin indicación **

En la Ecografía morfológica:

- . Mala visualización de las estructuras anatómicas fetales debida a una posición fetal inadecuada para la exploración de forma persistente (dorso anterior y otras)*
- . Mala transmisión sónica debida a las características antropomórficas maternas (obesidad)*
- . Alta presión para realizar un diagnóstico definitivo antes de la finalización de la fecha límite de ILE (interrupción legal del embarazo)*
- . Citación de la paciente en una edad gestacional muy precoz (errores en la solicitud o interpretación de la petición o inadecuada corrección de la edad gestacional)**
- . Presencia de marcador (es) ecográfico (s) de cromosomopatías que exigen una reevaluación exhaustiva en una segunda exploración*
- . Sospecha de malformaciones*
- . Diagnóstico de malformaciones*

En la Ecografía del tercer trimestre

- . Cita en edad gestacional inadecuada (bajo riesgo por debajo de 32 semanas, que obliga a pedir otra en la 34-36)**
- . Interpretación por parte del clínico de sobre o subestimación ponderal (confusión en el uso de la terminología: microsomas, CIR, PEG...)**

Algunos de estos motivos no pueden corregirse y en ocasiones es necesario realizar más ecografías en los embarazos de bajo riesgo (*), pero otros son susceptibles de corrección (**). Mediante una revisión retrospectiva y prospectiva queremos determinar el número de exploraciones ecográficas sin adecuada indicación clínica específica, que podrían evitarse y poner los medios para disminuir al máximo estas exploraciones.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Disminuir el número de ecografías no necesarias
2. Disminuir el índice de repetición de las ecografías

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- . Revisión retrospectiva de 500 gestaciones analizando el número de ecografías realizadas fuera de los protocolos recomendados por la SEGO
- . Revisión prospectiva de 500 gestaciones observando la indicación y idoneidad de cada una de las ecografías solicitadas.
- . Detectar en base a estos resultados, las fuentes de "error" que hacen que se soliciten exploraciones "no necesarias"
- . Programar Talleres de formación y difusión para todo el servicio de obstetricia de las actualizaciones en técnicas ecográficas, la nueva terminología (marcadores de cromosomopatías, Doppler materno fetal...) y las implicaciones terapéuticas de esos diagnósticos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Conocer el número de exploraciones "no indicadas", y por tanto "innecesarias" que se solicitan y se realizan en nuestro servicio.
2. Desarrollo práctico de los talleres con todos los obstetras del área sanitaria, explicando cómo, cuando y por qué deben solicitarse las exploraciones, así como los casos en los que no debe solicitarse la exploración
3. La última fase, consistirá, tras la celebración de los talleres, de una nueva reevaluación, calculando nuevamente el número de exploraciones "no indicadas" o "innecesarias", en los que debería constatarse una disminución

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
<p>Calendario:</p> <p>1 de marzo de 2008:</p> <p>Comienza la revisión de los 500 últimos partos, con una hoja de recogida de información que permita conocer las exploraciones realizadas en cada caso</p> <p>Simultáneamente comienza el análisis prospectivo de 500 embarazos en el momento de realizar cualquier exploración de la primera mitad, por lo que la finalización del estudio se produciría antes de agosto-septiembre de este año 2008.</p> <p>Septiembre-Octubre 2008: Análisis de los resultados</p> <p>Octubre-Noviembre 2008: Talleres de trabajo con los obstetras del área</p> <p>Enero 2008: Se inicia un nuevo estudio prospectivo de 500 casos, para analizar nuevamente las exploraciones solicitadas, "innecesarias". Análisis de los resultados y comparación con los previos y con los publicados por otros grupos de trabajo.</p>	

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Talleres con obstetras del área (2 horas x 90 €)	180 €
Dispositivos de almacenamiento portátil, cds, dvds.,	200 €
Papelería.	100 €
TOTAL	480 €

Lugar y fecha: Zaragoza a 21 de febrero de 2.008
 Mercedes Sobreviela Laserrada

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DETECCION Y DISMINUCIÓN DE RIESGOS AL PACIENTE DERIVADOS DE ERRORES DE MEDICACION EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **ISABEL IRIGOYEN RECALDE**

Profesión **PSIQUIATRA**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) **HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA**

Correo electrónico: iirigoyenrecalde@yahoo.fr

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976 556400 ext. 1352, 1351**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ROSA BAILE VILADES	ENFERMERA	EL MISMO

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...

- **IMPORTANCIA DE DETECTAR Y DISMINUIR RIESGOS PARA EL PACIENTE DERIVADOS DE ERRORES DE MEDICACION (E.M.)**
- **EL METODO DE OBSERVACIÓN DE E.M. SE CONSIDERA DE ALTA SENSIBILIDAD**
- **LA NOTIFICACIÓN DE E.M. TIENE UN IMPACTO DIRECTO Y POSITIVO SOBRE EL TIPO Y NUMERO DE E.M.**
- **FUENTE: GRUPO ESPAÑOL DE PREVENCION DE ERRORES DE MEDICACION (GPEM)**

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. **DETECCION DE E.M.**
2. **CUANTIFICACION DE E.M.**
3. **TIPIFICACION DE E.M.**
4. **DISMINUCIÓN DE E.M. Y DEL RIESGO DE QUE ESTOS LLEGUEN AL PACIENTE**

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. FICHA DE RECOGIDA DE E.M. (ANEXO ADJUNTO): ENFERMERIA. 4 MESES
2. ANALISIS ESTADISTICO: PSIQUIATRA. 2 SEMANAS
3. PROPUESTA Y EJECUCIÓN DE MEJORAS CONCRETAS: ENFERMERIA Y PSIQUIATRIA. 2 SEMANAS
4. PERIODO DE LATENCIA SIN CUANTIFICACION: 2 MESES
5. REEVALUACION CON RECOGIDA DE NUEVOS E.M.: ENFERMERIA 3 MESES
6. ANALISIS ESTADISTICO DEL IMPACTO DE LA MEDIDA Y ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES. ENFERMERIA Y PSIQUIATRIA. 1 MES

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Nº DE FICHAS DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADAS SOBRE EL TOTAL DE FICHAS SUPERIOR AL 90%
2. DEFINICIÓN AL FINALIZAR EL PROYECTO DE AL MENOS UNA MEDIDA DE MEJORA POR GRUPO PROFESIONAL IMPLICADO EN LOS E.M.
3. PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE ERRORES EN EL PERIODO DE REEVALUACIÓN RESPECTO AL INICIAL

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas



Fecha de inicio: **1 DE MARZO DE 2008**

Fecha de finalización: **31 ENERO DE 2009**

Calendario:

VER APARTADO 7

PROTOCOLO DE ERRORES DE MEDICACION
Hospital de Dia Psiquiátrico de Adultos

Número historia clínica	Número de registro
Fecha	Día/s en que se produce el error L M Mi J V S D
Personal que DETECTA el error - Médico ↓ - Enfermería ↓ - Paciente ↓ - Familia ↓ - Farmacia ↓ - Psicólogo ↓ - Otros ↓	Personal que COMETE el error - Médico ↓ - Enfermería ↓ - Paciente ↓ - Familia ↓ - Farmacia ↓ - Otros ↓
TIPO de error 1. Dispensación incorrecta de dosis - dosis inferior a la prescrita ↓ - dosis superior a la prescrita ↓ 2. Confusión de medicación entre pacientes ↓ N° registro 3. No administración de prescripción ↓ 4. Administración de otro fármaco ↓ 5. Administración pauta distinta a la prescrita ↓ 6. Otros	FÁRMACO implicado en el error <i>Sustancia</i> 1. antidepresivos ↓ 2. ansiolíticos ↓ 3. hipnóticos ↓ 4. antipsicóticos ↓ 5. eutimizantes ↓ 6. otros ↓
CAUSAS del error 1. Transmisión información médico a enfermería - oral ↓ - escrita ↓ 2. Prescripción médica incorrecta ↓ 3. Dispensación errónea de enfermería ↓ 4. Error en suministro de farmacia ↓ 5. Administración errónea del paciente ↓	Observaciones:  Ej.- Nombres similares, etiquetado inadecuado, etc
CONSECUENCIAS derivadas - Ninguna ↓ - Leve ↓ - Moderada ↓ - Grave ↓	Describirlas:  Ej.- Alergias, ingresos, etc

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

¿El error llegó al paciente? SI NO	¿Se recoge el error en la historia clínica? SI NO
---	--

Error de medicación es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo control de los profesionales sanitarios o del paciente. Estos incidentes incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE: INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Mauricio Tajada Duaso

Profesión

Médico ginecólogo

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Hospital Clínico Universitario.

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Correo electrónico:

matajada@unizar.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765700 ext 2214 (secretaría)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Manuel Romero Cardiel	Obstet-gin	HCU
Pilar Pérez Hiraldo	Obstet-gin	HCU
Ernesto Fabre González	Obstet-gin	HCU
Elena Bescós Santana	Obstet-gin	HCU (CS Ejea y Tarazona)
Patricia Ibáñez	Obstet-gin	HCU (CS Ejea y Tarazona)
Belén Carazo	Obstet-gin	HCU (CS Ejea y Tarazona)
Silvia Rueda	Obstet-gin	HCU (CS Ejea y Tarazona)
Carmen Royuela Martínez	Matrona	HCU
Delia Legido Martínez	Matrona	HCU
Alicia Cantero Saiz	Matrona	HCU
Mariama Tunkara	Mediadora sociocultural	
Voluntarios de médicos del mundo Aragón	Médico, enfermera, asistente social...	
David Aínsa Laguna	Estudiante de medicina 6º curso (becario del MEC)	

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...

Continuación del Proyecto de Calidad de mejora en la salud reproductiva en la población inmigrante iniciado y desarrollado muy satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad desde el año 2002.

El proyecto de mejora en la salud reproductiva de la población inmigrante está dirigido en el momento actual en 2 líneas de actuación:

1. Elaboración definitiva de la guía prenatal en 4 idiomas
2. Programa de prevención de la mutilación genital

El Hospital San Jorge de Huesca y el Hospital Miguel Servet han mostrado su interés en participar en el programa de prevención de la mutilación genital femenina y se les ha

ofrecido el material y la colaboración del equipo de mejora del Clínico y de los voluntarios de médicos del mundo Aragón. La mediadora Mariama Tunkara ya se ha desplazado en dos ocasiones a Huesca para intervenir en sendos casos de mutilación genital detectados en el hospital San Jorge. El Hospital Miguel Servet presenta como nosotros el proyecto como mejora de la calidad asistencial de las mujeres inmigrantes este año.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

1. Ya se entregó a la Unidad de Calidad la guía de control prenatal para su edición en árabe y español. En el Servicio estamos utilizando la Guía de Comunicación en 8 idiomas (español, inglés, francés, alemán, rumano, árabe, mandarín y urdu) del Dr. Serrano Pons facilitada por los laboratorios Almirall. Se dispone de ella en los cuartos de exploración de urgencias y algunas consultas.
2. Prevención de MGF:
 - . No se han identificado todas las mujeres con MGF debido a la dificultad de coordinación de todo el personal que asiste los partos en nuestro centro. No existía una persona encargada de centralizar toda la información y avisar a la mediadora ante cada caso de MGF. Este hecho podría solucionarse este año con la incorporación al programa de un estudiante de medicina de 6º curso al que se le ha asignado una beca de investigación para trabajar en este campo.
 - . De forma intermitente y según interés y disponibilidad del personal de paritorio se han identificado 20 mujeres con MGF y se ha localizado a la Mediadora Mariama Tunkara que las ha entrevistado durante su estancia en el puerperio inmediato.
 - . Se han dado 6 charlas a profesionales y estudiantes de ciencias de la salud sobre prevención de MGF: Se han realizado 224 encuestas cuyo análisis estadístico se adjunta al proyecto.
 - . Se elaboraron 100 *dossiers* informativos con presupuesto del programa para profesionales de los que 91 se han repartido en los centros de salud. Médicos del Mundo Aragón ha conseguido financiación a través del Instituto Aragonés de la Mujer para reeditar otros 100 ejemplares del *dossier* y ampliar la zona de distribución a otros centros de salud de Zaragoza. Se han editado y difundido 50 trípticos directamente a las familias interesadas.
 - . La intención del equipo es seguir con el programa aumentando la coordinación en el personal del paritorio a través de una persona de enlace (becario) y personal facultativo fijo de la planta de obstetricia (Dr. Romero) y ampliar la difusión de la información hacia la población masculina (objetivo que no se ha conseguido hasta el momento).

Documentos adjuntos*:

1. Memoria resumen proyectos prevención MGF 2000 – 2007
2. Memoria prevención MGF de médicos del Mundo 2007
3. Resultado análisis estadístico encuestas realizadas a profesionales y estudiantes de ciencias de la salud sobre prevención MGF
4. Dossier informativo: Tolerancia Cero a la Mutilación Genital Femenina
5. Guía de Comunicación en Ginecología de laboratorios Almirall
6. Cuaderno de control prenatal árabe / español

* Se depositan en la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades del Sector III de Zaragoza donde se asiste a población inmigrante disponen del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido.
2. Identificación de todas las nacionalidades de las mujeres que dan a luz en el HCU. Análisis estadístico del libro de paritorios según el país de origen.
3. Identificación de mujeres a las que se les ha realizado algún tipo de mutilación genital en su infancia. Estas mujeres y sus familias son informadas por mediadoras socioculturales de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Se espera sensibilizarlas para que no se lo realicen a sus hijas.
4. Asociaciones de inmigrantes gambianas, senegalesas y árabes reciben talleres de control prenatal, planificación familiar y salud sexual donde se abordan las consecuencias físicas y psicológicas de la mutilación genital femenina.
5. Se dan charlas informativas al personal sanitario. La mutilación genital femenina se incorpora como tema de formación en la asignatura de obstetricia y ginecología de los estudiantes de medicina de cuarto curso de la Universidad de Zaragoza.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Distribución del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido en las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades donde se asiste a población inmigrante. Coordinación del equipo directivo del Clínico, el Servicio de Ginecología, el Servicio de Calidad y los Coordinadores de los Centros de Salud.
Mauricio Tajada Duaso. Ernesto Fabre.
2. Análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades.
David Aínsa y Manuel Romero
3. Folleto informativo de las características y tipos de MGF disponible en el cuarto de reanimación del recién nacido. Identificación de todas las mujeres con MGF que dan a luz en el HCU. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido.
Carmen Royuela, Alicia Cantero, Delia Legido
4. Aviso a la mediadora sociosanitaria cuando se produce un nacimiento de una madre originaria de alguno de los países donde la práctica de la mutilación femenina es habitual.
David Aínsa.
5. Entrevista personalizada por mediadoras ya formadas a estas familias para prevenir futuras mutilaciones.
Mariama Tunkara
6. Talleres de información de control prenatal, planificación familiar y salud sexual a asociaciones de inmigrantes
Mariama Tunkara y voluntarios de médicos del mundo
7. Charlas informativas al personal sanitario. Presentación de publicaciones y casos clínicos de mutilación genital femenina y sus implicaciones en la práctica obstétrica.
Mauricio Tajada
8. Incorporación de las implicaciones médicas de la mutilación genital femenina a la

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

asignatura de obstetricia y ginecología (4º curso de medicina).
Pilar Pérez Hiraldo, Ernesto Fabre, Mauricio Tajada

<p>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitorización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuadernos disponibles en las consultas, ambulatorios y centros de salud. 2. Análisis estadístico del libro de paritorios realizado. 3. Número y nacionalidad de las mujeres con MGF que dan a luz en el Clínico en 2008. 4. Número de entrevistas realizadas. 5. Talleres de información realizados en asociaciones: gambianas, árabes, senegalesas y otras comunidades que lo soliciten. 6. Incorporación a los seminarios de obstetricia y ginecología de los alumnos de 4º curso de medicina del programa de identificación y prevención de mutilación femenina. Charlas a residentes del Clínico, colectivo de matronas, médicos generales. 7. Distribución del dossier con herramientas para la prevención de la MGF en centros de salud de Zaragoza y Aragón.

<p>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p> <table border="1"> <tr> <td>Fecha de inicio:</td> <td>Fecha de finalización:</td> </tr> </table> <p>Calendario: Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.</p> <p>El dossier con herramientas para la prevención de la MGF elaborado con el presupuesto del programa de calidad del año pasado se distribuirá en otros centros de salud a médicos de familia, pediatras y matronas o personal de enfermería que lo solicite.</p> <p>Están previstos talleres sobre salud sexual y reproductiva para la comunidad gambiana de Zaragoza que se impartirán por voluntarios de médicos del mundo Aragón entre marzo y junio de 2008.</p> <p>Los estudiantes de medicina de 4º curso de la Universidad de Zaragoza han solicitado al profesorado la incorporación de las complicaciones de la mutilación genital como parte de la asignatura de obstetricia y ginecología para ser desarrollado en los seminarios durante el mes de mayo de 2008.</p> <p>El trabajo de análisis estadístico y de información de las mediadoras se realiza de forma continua a lo largo de todo el año según la identificación de nuevos casos de MGF.</p>	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Pago de los servicios de la mediadora para la realización de las entrevistas	500
Elaboración dossier informativo MGF (Aportado por médicos del mundo con fondos del IAM)	700
Mejora del tríptico informativo para las familias encuestadas	200
Material fungible de papelería y fotografía para las charlas y cursos.	200
Desplazamientos para formación (implementación del programa en el Hospital San Jorge de Huesca)	200
TOTAL	1100

Lugar y fecha: Zaragoza a 21 de febrero de 2008

Solicitud de inclusión en el *Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)*

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD

1.- TÍTULO

ESTRATIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS PACIENTES CRITICOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos

Carlos López Núñez

Profesión

Médico Especialista en Medicina Intensiva

Lugar de trabajo (Centro de salud, hospital y servicio, etc)

Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Clínico Universitario

Correo electrónico

sunsido hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo

976556400 – EXT 3104

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Paula Millán Taratiel	Residente 3º	SMI (H.C.U.Z)
Luis M.Giner Smith	Residente 3º	SMI (H.C.U.Z)
Carmen Velilla Soriano	Residente 4º	SMI (H.C.U.Z)
Miguel A. Suárez Pinilla	Jefe Servicio	SMI (H.C.U.Z)
Luis Salvo Callén	Jefe Servicio	SMI (H.C.U.Z)

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA

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

ESTRATIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS PACIENTES CRÍTICOS

Ejercer la Medicina de una forma efectiva y eficiente requiere, además de una adecuada formación teórica y técnica, una especial sensibilidad personal para la interpretación de la información que nos transmite el paciente y su entorno. Esta sensibilidad o “Arte de la Medicina” permite tomar decisiones en un contexto de inexactitud e incertidumbre, y en este contexto intentar curar o mejorar al paciente.

Estas consideraciones cobran especial importancia en el momento en que las decisiones deben ser tomadas basándose en un relativo desconocimiento del paciente,

sobre unos presupuestos de cortedad de tiempo, y en un ambiente de angustia personal, tanto del paciente como del médico. Esto es, en situaciones de urgencia o emergencia tan frecuentes en los pacientes críticos.

Cuando lo que se pretende es definir la “gravedad”, la situación se complica mucho más, ya que este concepto todavía es más impreciso y subjetivo, interviniendo multitud de factores relacionados con el mismo, como son: el riesgo vital, la intensidad de la agresión, la repercusión de la misma, el esfuerzo terapéutico necesario para su control, las probabilidades de recuperación, su pronóstico, etc. Incluso difiere la percepción de gravedad entre niveles formativos semejantes (no es igual la percepción de gravedad que puede tener un rehabilitador, un oncólogo o un intensivista).

A estos conceptos imprecisos y subjetivos se añade un factor fundamental en la medicina actual, la relación directa entre la gravedad de un proceso y los recursos sanitarios necesarios para su atención. En una época marcada por el economicismo sanitario y la necesidad de aplicar unos instrumentos de gestión que puedan adecuarse a la búsqueda de la efectividad, la eficacia y la eficiencia, bajo un paraguas de calidad asistencial, se debe el enorme desarrollo experimentado por lo que se ha llamado la “Teoría del Pronóstico” establecido a través de criterios objetivos de gravedad (1). Esto ha sido especialmente cierto en el campo de la Medicina Intensiva, donde la incorporación de los índices de gravedad y sus derivados, los índices pronósticos (2, 3) constituyen un campo de investigación permanente.

La visión subjetiva y difusa de la enfermedad y su gravedad ha dejado paso progresivamente a las definiciones consensuadas, a criterios clínico-biológicos definidos y a complejos procesos matemáticos que permiten establecer índices de gravedad objetivos y estimaciones pronósticas basadas en datos uniformados y comparables entre poblaciones similares. Estas son usadas de modo generalizado para la realización de controles de calidad asistencial internos y entre diferentes instituciones, mediante la comparación entre la mortalidad predicha para el nivel de gravedad de los pacientes y la mortalidad real (relación estandarizada de mortalidad).

Todos los sistemas generales de valoración y estratificación de la gravedad de los pacientes críticos permiten establecer estimaciones pronósticas. **APACHE** (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation), **SAPS** (Simplified Acute Physiology Score) y **MPM** (Mortality Probability Model) son tres sistemas de puntuación de gravedad utilizados de forma generalizada en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentando en sus versiones más modernas, **APACHE III** (4), **SAPS II** (5), **SAPS II expandido** (6), y **MPM II** (7), una buena fiabilidad predictiva, claramente superior a sus versiones predecesoras. Todos ellos permiten establecer una estimación pronóstica y un cálculo de mortalidad teórica contrastados. La accesibilidad a estas herramientas también es importante y por ello aunque el **APACHE III** (4) es la escala de gravedad más completa, el hecho de que su desarrollo completo no se encuentre disponible en la literatura, siendo necesaria la adquisición de un sistema de información clínica informático para su utilización, ha limitado de forma significativa su difusión y utilización a nivel internacional a favor del **APACHE II** (8), sistema de estratificación de gravedad más utilizado internacionalmente, que sirve como patrón a la hora de realizar comparaciones entre distintos centros sanitarios o entre diferentes países, lo que permite la realización de estudios multicéntricos con las garantías suficientes de similitud en la población estudiada aunque no sea un sistema predictor perfecto, pues presenta errores de calibración importantes, fundamentalmente derivados de que un

parámetro fundamental como es la procedencia de los ingresos que no fue tenido en cuenta durante su creación (9).

Con los sistemas actuales de APACHE, SAPS y MPM es posible obtener una especificidad superior al 90% para predecir la supervivencia, pero con una escasa sensibilidad para predecir la muerte, lo que las hace insuficientes como para adoptar medidas limitantes de ingreso o de esfuerzo terapéutico en casos individuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldman L. Quantitative aspects of clinical reasoning. En Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ y cols. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill Inc, New York 1998; 9-14.
2. Berenson RA. Intensive Care Units: Clinical outcomes, Cost and Decision making. Health Technology Case Study 28, OTA-HCS 28, U.S. Congress, Washington DC, 1984.
3. Cullen D, Keene R, Watenaux C et al. Severity of illness, outcome analysis and cost of intensive care for critically ill patients. En Parrillo JE, Ayres SM ed. Major Issues in Critical Care Medicine. William & Wilkins, New York. 1984; 47-59.
4. Knaus WA, Wagner DP et al. APACHE III prognostic system: Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. Chest 1991; 100: 1619-1636.
5. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA 1993; 270: 2957-2963.
6. Le Gall JR, Neumann A, Hemery F, Bleirot JP, Fulgencio JP, Garrigues B et al. Mortality prediction using SAPS II: an update for French intensive care units. Crit. Care. 2005; 9(6):R645-52
7. Lemeshow S, Teres D, Klar J et al. Mortality Probability Model (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. JAMA 1993; 270: 2478-2486.
8. Knaus WA, Draper EA et al. APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med 1985; 13: 818-829.
9. Escarce JJ, Kelley MA. Admission source to the medical intensive care unit predicts hospital death independent of APACHE II score. JAMA 1990; 264: 2389-2394.

SITUACIÓN ACTUAL

1. *El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico Universitario carece de una estratificación de la gravedad del enfermo crítico de forma metódica y global, lo cual impide calibrar la calidad del servicio prestado.*
2. *Entre las razones se pueden destacar:*
 - a. *La falta de utilidad percibida por parte de los integrantes del servicio.*
 - b. *La falta de una base de datos accesible a todo el mundo para la entrada por una parte y para la explotación de datos, por otra.*
3. *En la actualidad dentro de la base de datos del hospital HP-DOCTOR, creamos un área específica para UCI donde existe una casilla para consignar*

únicamente el valor final del APACHE II y otra para el SAPS III. La realidad es tras dos años y medio desde su implantaciónn entorno a un 50 % de esas casillas quedan vacías y por otra parte no existe uniformidad de criterios en la recogida de los datos.

4. *Por todo ello hemos considerado oportuno crear un grupo de trabajo que:*
- a. *Evalúe de forma anual estos indicadores pronósticos, lo que esperamos redunde en beneficio de la calidad de nuestras actuaciones, en definitiva del tratamiento del enfermo crítico.*
 - b. *Nos permita una autoevaluación de resultados con otros servicios de medicina intensiva nacionales e internacionales de cara a modificar o crear en un futuro, protocolos clínicos que aseguren una mejora en la calidad asistencial en aquellas áreas y/o actuaciones en las que se detectasen deficiencias.*
 - c. *Y por último sirva de motor para que el servicio haga de los indicadores pronósticos una herramienta más en el día a día al servicio del paciente*

DESCRIPCIÓN DE LOS SISTEMAS DE ESTRATIFICACIÓN PROPUESTOS PARA EVALUAR LA GRAVEDAD EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

APACHE II

Los parámetros medidos en la escala de afectación fisiológica aguda son puntuados de 0-4 en función de la desviación de la normalidad:

- Temperatura rectal
- Presión arterial media
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria
- Oxigenación
- PH arterial
- Sodio sérico
- Potasio sérico
- Creatinina sérica
- Hematocrito
- Recuento leucocitario
- Puntuación de Glasgow para el coma

La edad es puntuada en los siguientes rangos:

≤ 44 años	0 puntos
45-54 años	2 puntos
55-64 años	3 puntos
65-74 años	5 puntos
> 75 años	6 puntos

El estado de salud previa diferencia tres tipos de pacientes: pacientes no quirúrgicos, pacientes quirúrgicos urgentes y pacientes quirúrgicos programados, valorando en cada uno de ellos la presencia de fracasos orgánicos crónicos graves o estado de inmunodepresión.

Tipo de paciente	Estado de salud previo	Puntos
Paciente no quirúrgico	Fracaso orgánico crónico o inmunodepresión	5
	Sin fracaso e inmunocompetente	0
Cirugía urgente	Fracaso orgánico crónico o inmunodepresión	5
	Sin fracaso e inmunocompetente	0
Cirugía programada	Fracaso orgánico crónico o inmunodepresión	2
	Sin fracaso e inmunocompetente	0

Con la suma de la puntuación de los tres grupos de parámetros medidos podremos estratificar aproximadamente el riesgo de fallecimiento del paciente en el hospital:

APACHE II y mortalidad hospitalaria (%)								
Puntos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	> 35
P. méd.	4	7	14	24	40	52	72	82
P. quir.	2	4	7	12	30	36	72	88

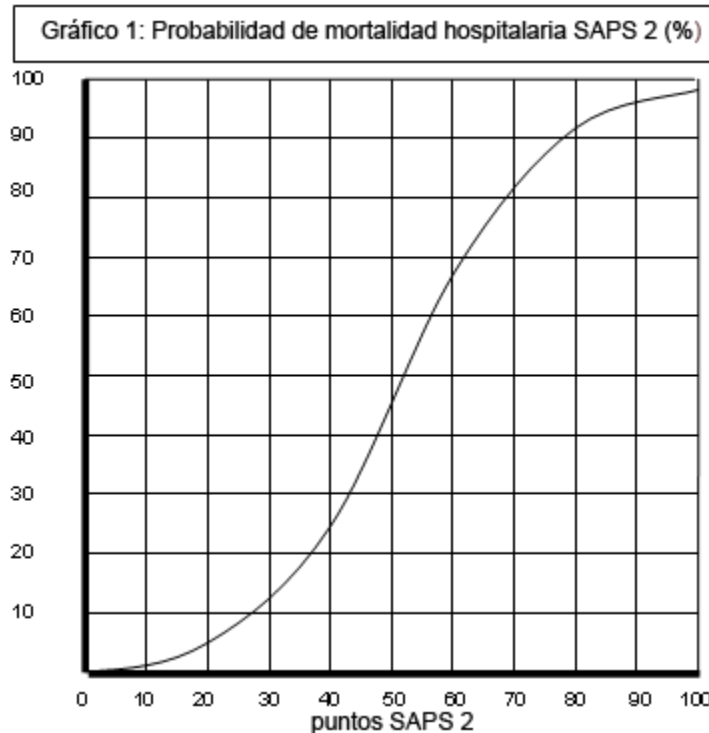
La diferencia de mortalidad estimada mediante APACHE II entre pacientes médicos y quirúrgicos es debida a que la afectación orgánica aguda es menos grave en los pacientes postoperados con baja puntuación, mientras que si la puntuación es alta, la probabilidad de muerte se equipara en ambos grupos.

SAPS II

Al igual que APACHE II, SAPS II requiere datos de las primeras 24 horas de estancia en UCI, siendo estas variables las siguientes:

- Edad
- Frecuencia cardiaca
- Presión arterial sistólica
- Temperatura corporal
- Oxigenación
- Débito urinario
- Urea plasmática
- Recuento leucocitario
- Potasio plasmático
- Sodio plasmático
- Bicarbonato sérico
- Bilirrubina
- Glasgow Coma Score
- Tipo de admisión (médico, quirúrgico programado o quirúrgico urgente)
- Presencia de SIDA, neoplasias hematológicas o tumoraciones metastásicas

Sumando la puntuación de estas variables puede obtenerse una estimación de mortalidad hospitalaria (%) (Gráfico 1) que sigue una curva de incremento significativo de la mortalidad asociada al incremento en la puntuación de SAPS II con una morfología sigmoidea, siendo únicamente los valores bajos y los extremadamente altos poco expresivos de cambios significativos en el % de mortalidad prevista.



SAPS II expandido

Adaptación del SAPS II con una buena calibración, una buena uniformidad de ajuste y mejor discriminación que su predecesor en cuanto al cálculo de la tasa de mortalidad estandarizada en las UCIs francesas. Incorpora seis variables al SAPS II:

- Edad
- Sexo
- Estancia hospitalaria previa al ingreso en UCI
- Localización del paciente previa al ingreso en UCI
- Categoría clínica: Paciente médico o no
- Presencia de intoxicación aguda o no

MPM

Las variables utilizadas en MPM II₀ son:

Edad

Alteración fisiológica aguda:

- Coma o estupor
- Frecuencia cardíaca ≥ 150 ppm.
- Tensión arterial sistólica ≤ 90 mmHg
- Ventilación mecánica
- Fracaso Renal Agudo
- Arritmias cardíacas graves
- Accidente cerebrovascular
- Sangrado gastrointestinal
- Efecto masa craneal
- Reanimación cardiopulmonar previa al ingreso

Estado crónico de salud:

- Insuficiencia renal crónica
- Cirrosis
- Neoplasia metastásica

Tipo de paciente:

- Paciente médico o quirúrgico urgente

MPM II₂₄ utiliza algunos de los parámetros de ingreso y valora los cambios evolutivos en las primeras 24 horas de tratamiento en UCI. Las variables utilizadas son:

Edad**Parámetros evaluados al ingreso:**

- Cirrosis
- Neoplasia metastásica
- Efecto masa craneal
- Paciente médico o quirúrgico urgente

Parámetros evaluados a las 24 horas de tratamiento:

- O₂
- Creatinina > 2 mg/dl
- Infección confirmada
- Ventilación mecánica a las 24 horas del ingreso
- PO₂ < 60 mmHg
- Tiempo de Protrombina > 3" por encima del control
- Diuresis < 150 ml en 8 h
- Fármacos vasoactivos durante > 1h

El MPM II valora la presencia o no de las variables descritas previamente y les asigna una puntuación en función de su peso estadístico, lo que permite una estimación de la probabilidad de supervivencia de forma directa.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Estratificación del riesgo de muerte de todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina intensiva durante el período de estudio.
2. Autoevaluación asistencial global.
3. Implicación de los integrantes del servicio en la recogida de datos necesarios para el cálculo de los índices pronósticos y aplicación desde las primeras horas a los pacientes asistidos.

6.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Recogida diaria de todas las variables necesarias para el cálculo de los índices pronósticos según el formulario anexo.
2. Creación de una base de datos que facilite el cálculo de los indicadores pronósticos.
3. Sesiones informativas trimestrales con registro de número de asistentes donde se expondrán los datos relativos a los tres meses anteriores y al total del período previo.

Todo ello a cargo del grupo del proyecto de mejora.

7.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

1. Razón entre el número de pacientes estratificados según todos los indicadores pronósticos y el número de pacientes ingresados en el servicio de medicina intensiva una vez aplicados los criterios de exclusión de cada indicador pronóstico.
2. Tasa de mortalidad estandarizada global y por diagnósticos.
3. Índice de asistencia a cada una de las sesiones informativas.
4. Número de facultativos implicados en el proyecto de mejora al finalizar el período de estudio fijado

8.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2008	Fecha de finalización: 1 de Abril de 2009
-------------------------------------	---

Calendario:

1. Recogida de datos correspondientes a este proyecto desde el 1 de Marzo de 2008 hasta el 28 de Febrero de 2009
2. Sesiones informativas a mediados de Junio, Septiembre, Diciembre y Marzo.
3. Análisis final y elaboración de la memoria del proyecto durante Marzo 2009

9.- PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/ servicios</u>	<u>Euros</u>
Apoyo administrativo a tiempo parcial (2 -3 h)	-
Un ordenador portátil	1000 - 1200
Asesoramiento informático y estadístico	-
TOTAL	

Fecha y firma:

Zaragoza a 22 de Febrero de 2008

Fdo.: Carlos López Núñez

Se adjunta en fichero anexo formulario de recogida de datos.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA EN LA ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON SINCOPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos MIGUEL RIVAS JIMÉNEZ
Profesión MÉDICO.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO HOSPITALARIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA".
Correo electrónico: rivasjimenezmiguel@yahoo.es / mrivasj@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-556400 Extensión: 3954; 3915; 3959.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CARMEN GONZALVO	MÉDICO ADJUNTO	SERVICIO URGENCIAS. HCU.
ALBERTO GARCÍA	MÉDICO ADJUNTO	SERVICIO URGENCIAS. HCU.
PATRICIA ALBA	MIR	SERVICIO URGENCIAS. HCU.
NOELIA ORTEGA	MIR	SERVICIO URGENCIAS. HCU.
FERNANDO RUIZ	MÉDICO ADJUNTO	SERVICIO M. INTERNA. HCU.
JUANA PELEGRIN	MÉDICO ADJUNTO	SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HCU

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...

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente un 25 % de la población experimentará un síncope durante su vida. Frecuentemente estos pacientes acuden al Servicio de Urgencias cuando presentan un episodio de síncope, suponiendo el 2 % de los ingresos en el hospital. Afecta a todas las edades, puede ser muy frecuente o producirse una sola vez. Su curso y evolución es, en general, benigno, aunque puede asociarse con una importante morbilidad: arritmias, infarto de miocardio, embolismo pulmonar, hemorragia interna o muerte. Estudios económicos sobre pacientes ingresados con síncope supusieron más de 2 mil millones de dólares anuales en Estados Unidos. A pesar de ello, muchos de esos pacientes son dados de alta sin diagnóstico o sin haberseles realizado prueba alguna, originando una alta ineficiencia en esta patología.

PROYECTO: Tras la revisión de la bibliografía, hemos encontrado un grupo de trabajo de San Francisco (Estados Unidos de Norteamérica) que aplicando un sencillo protocolo ("Reglas del síncope de San Francisco") consiguen con una alta sensibilidad clasificar la población de pacientes con síncope de bajo riesgo y que podrían ser dados de alta desde el S. de Urgencias del Hospital sin necesidad de pruebas o ingresos innecesarios, implicando una reducción del 10-15 % en los ingresos por síncope.

PLAN: Tras hacer un estudio descriptivo con la incidencia del síncope en nuestro servicio de urgencias, se pretende aplicar retrospectivamente a las historias clínicas las "Reglas de San Francisco" para, a posteriori, diseñar su aplicación prospectiva y poner en marcha un protocolo multidisciplinar para adecuar el ingreso y el alta, desde el Servicio de Urgencias, de los pacientes con síncope.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med. 2002; 347: 878-885.
2. Quinn HV, Stiell IG, McDermott DA, et al. Derivation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with short-term serious outcomes. Ann Emerg Med 2004; 43: 224-232.
3. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting with syncope. Ann Emerg Med. 2001; 37: 771-776.
4. Sun BC, Emond JA, Camargo CA Jr. Direct medical costs of syncope-related hospitalizations in the United States. Am J Cardiol 2005; 95: 668-671.
5. Quinn J, McDermott D, Stiell J, Kohn M, Wells G. Prospective validation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with Serious Outcomes. Ann Emerg Med 2006; 47 (5): 448-454).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Crear una base de datos de pacientes con síncope que acuden al Servicio de Urgencias.
2. Conocer la importancia de la patología sincopal en nuestro entorno hospitalario

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

- y sus características epidemiológicas.
3. Adaptar el protocolo de Síncope (Reglas de San Francisco) a nuestra realidad y validar su utilización.
 4. Disminuir el número de ingresos con síncope en nuestro hospital.
 5. Difundir nuestros hallazgos en los facultativos de nuestro hospital que tienen actividad asistencial en el Servicio de Urgencias.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Estudio retrospectivo y análisis descriptivo de los síncope que acuden al S. de Urgencias del HCU durante dos meses. (Patricia Lara, Noelia Ortega).
 2. Creación de una base de datos sobre síncope (Miguel Rivas)
 3. Puesta en marcha de un protocolo sobre síncope, de aplicación en nuestro Sector y Servicio de Urgencias y adaptando las Reglas de San Francisco. (Equipo de mejora)
 4. Búsqueda sistemática de la bibliografía (Equipo de Mejora)
 5. Difusión e impresión de folletos y el protocolo de Síncope. (Equipo de mejora)
- Estudio prospectivo de los pacientes con síncope, durante un espacio de tres meses, evaluando el resultado de la difusión del protocolo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Porcentaje de pacientes con síncope que ingresan antes y después de la aplicación del protocolo.
 2. Porcentaje de pacientes con síncope que presentan un evento grave: IAM, embolismo pulmonar, etc.
- Porcentaje de pacientes con síncope de causa farmacológica.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización:

Calendario:

1. Estudio retrospectivo y análisis descriptivo de los síncope que acuden al S. de Urgencias del HCU durante dos meses. (Marzo y Abril de 2008).
2. Creación de una base de datos sobre síncope (Marzo y Abril de 2008)
3. Puesta en marcha de un protocolo sobre síncope, de aplicación en nuestro Sector y Servicio de Urgencias. (Marzo a Julio de 2008)
4. Búsqueda sistemática de la bibliografía (Marzo de 2008)
5. Difusión e impresión de folletos y el protocolo de Síncope. (Junio, julio y agosto de 2008).
6. Estudio prospectivo de los pacientes con síncope, durante un espacio de tres meses, evaluando el resultado de la difusión del protocolo. Octubre, noviembre y diciembre de 2008.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
TRES ASISTENCIAS AL CONGRESO DE CARDIOLOGÍA (ACTUALIZACIÓN EN SÍNCOPE)	2.000
MATERIAL FUNGIBLE, FOLLETOS, CARTELES Y VISITAS A UN CENTRO HOSPITALARIO CON PROTOCOLOS DE SÍNCOPE	600
LIBROS Y BIBLIOGRAFÍA	600
TOTAL	3. 200

Lugar y fecha: Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza.
Jueves, 21 de Febrero de 2008.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Mejora de la información proporcionada a los familiares de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos: Isabel Gutiérrez ía
Profesión Especialista en Medicina Intensiva
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) S. Medicina Intensiva (SMI) Hospital Clínico Universitario
Correo electrónico: igutierrcia@hotmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976556400 (3104)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Ángeles Moreno	Supervisora de enfermería	SMI. H. Clínico Universitario
Blanca Obón Azuara	Especialista en Medicina Intensiva	SMI. H. Clínico Universitario
Sonia Delgado	Enfermera	SMI. H. Clínico Universitario

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...
<p>La comunicación y la información a los familiares de los pacientes ingresados en el SMI es uno de los aspectos más importantes del trabajo con enfermos críticos. En el SMI del Hospital Clínico Universitario se reparte desde hace años una hoja informativa al ingreso del paciente. En lo últimos diez años el SMI ha cambiado, el perfil de los pacientes también y las necesidades actuales de las familias y lo que nuestro servicio les ofrece no se refleja adecuadamente en la hoja informativa.</p> <p>Por otra parte, aunque el continuo contacto con las familias de los pacientes nos permite intuir su nivel de satisfacción y sus necesidades, creemos que es necesario un conocimiento más profundo de dicha realidad, utilizando una herramienta que nos permita medirlo.</p> <p>Las familias reciben información médica al menos una vez al día. Sin embargo rara vez son informados de los aspectos del tratamiento de su familiar, que habitualmente son llevados a cabo por el personal de enfermería. La monitorización, drenajes, sondas, bombas de perfusión y resto de aparatos, así como las continuas alarmas, inquietan mucho a los familiares y a los mismos pacientes. Creemos que incentivar la información por parte de la enfermera y la auxiliar facilitará la disminución del nivel de ansiedad de familiares y pacientes.</p>

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el nivel de satisfacción de los familiares del paciente crítico respecto a la información recibida.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración de una hoja informativa completa, de fácil lectura y comprensión.

Difusión de una encuesta, validada en nuestro medio (los SMI españoles) para medir la satisfacción de los familiares.

Implantar un sistema de información sobre los cuidados de enfermería que el paciente recibe, al ingreso, cuando los cambios en la situación del paciente lo hagan conveniente y siempre que los familiares lo soliciten.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Nombre del indicador: Encuesta de satisfacción a los familiares

Fórmula:

n° familias que responden la encuesta / N° pacientes ingresados en SMI x 100

Población: familiares de todos los pacientes ingresados en los SMI

Tipo de indicador: de proceso

Estandar: 40%

Nombre del indicador: Información de enfermería a los familiares

n° familias informadas por enfermería / N° pacientes ingresados en SMI x 100

Población: familiares de todos los pacientes ingresados en los SMI

Tipo de indicador: de resultado

Estandar: 100%

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2008	Fecha de finalización: 31 Noviembre de 2008
-------------------------------------	---

	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Elaborar hoja informativa	X	X							
Difusión de la encuesta	X	X	X	X	X	X	X		
Evaluación de resultados								X	X

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Ordenador portátil para registro de datos y análisis estadístico de los mismos	1200 Euros
TOTAL	1200 euros

Lugar y fecha:

Zaragoza 22 de febrero de 2008

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD, EL CONFORT Y LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLOGICO
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos TERESA TEJERO LOPEZ
Profesión ENFERMERA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL CLINICO
Correo electrónico: ttejero@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 975 556400 EXTENSIÓN 2911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Teresa López Baena	Enfermera	
Ruth Caudevilla Navaz	Enfermera	
Ana Doménech Omedas	Enfermera	
M ^a Jesús Ferrández	Auxiliar	
Pilar Esteban Ayuda	Gobernanta	
Julio Lambea Sorrosal	Médico	
Pilar Omella Cecilio	Auxiliar	
Pilar Rutia	Celadora	

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... Las oportunidades de mejora detectadas por los profesionales de Hospital de Día (HD) Oncohematológico han sido clasificadas en : 1) PROBLEMA DE ACCESIBILIDAD: El Hospital de Día (HD) Oncohematológico es una unidad donde se administran tratamientos (tto) de quimioterapia (QT) a enfermos oncológicos y hematológicos, también se ponen en menor medida tratamientos como hierro, anticuerpos monoclonales y otros. La complejidad de la QT va en aumento, es cada vez más frecuente la pluriquimioterapia. Durante el año 2007, en dicha unidad se administraron más de 7000 tratamientos. Muchos pacientes que vienen a tto necesitan analítica previa, siendo necesario que el enfermo acuda a la Unidad Central de Laboratorio (UCL) para realizarse la extracción, donde tiene que esperar su turno, de todos es conocido el mal estado general que presentan algunos enfermos oncológicos en tto de QT, en la UCL le hacen la extracción, el resultado puede estar a las 12 h, lo tiene que validar el oncólogo, hay que avisar a Farmacia para que prepare el tratamiento, posteriormente tiene que ser validado por el farmacéutico, cuando está preparado se manda a Hospital de Día, pequeñas demoras en cada eslabón de esta cadena puede hacer que los tiempos de espera varíen de una a dos horas En este contexto, en el HD se canaliza la vía venosa o se accede a la vía central (reservorio) y se administra el tratamiento de QT. La alternativa es realizar las extracciones en el HD dejando

la vía venosa o central permeable para administrar posteriormente el tratamiento, de esta forma los resultados están antes y se agiliza todo el proceso. También se evita pinchar dos veces a estos enfermos que con frecuencia presentan accesos venosos de gran dificultad.

Actualmente, en el libro en que se anotan las citas no se reflejan de forma clara los espacios y tiempos disponibles para administrar tratamientos por lo que se produce un aumento de tiempos de espera.

2) PROBLEMAS DE CONFORT:

La administración de algunos tratamientos en HD puede tardar hasta 7 horas y más, mientras se administra el tratamiento el enfermo permanece en una sala con varios sillones que pueden abatirse. En este momento, el enfermo que permanece varias horas en el HD se trae comida de casa.

3) PROBLEMA DE INFORMACION:

Cuando el enfermo viene por primera vez al Hospital de Día viene preocupado, con una gran carga emocional, le tenemos que informar sobre el funcionamiento, fechas, extracciones de sangre, el enfermo y la familia/cuidadores hacen preguntas que en ese momento y lugar no se pueden responder de la forma que ellos necesitan.

Proponemos mejorar la acogida al paciente y proporcionar educación para la salud informando sobre cuidados que ayuden a minimizar los efectos adversos de los tratamientos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. _Mejorar la accesibilidad de los enfermos al tratamiento de Quimioterapia, facilitando su paso por el Hospital y disminuyendo los tiempos de espera
2. _ Aumentar el confort y la satisfacción de los pacientes del HD
3. _Mejorar la información y la comunicación entre profesionales y pacientes
4. _Aumentar la seguridad y la calidad percibida por los pacientes que acuden al HD

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

MEDIDAS

RESPONSABLES

1-Formar equipo de mejora de HD	TERESA TEJERO (Supervisora)
2-Coordinación con otros profesionales y servicios (Farmacia/Hostelería)	TERESA TEJERO
3-Realizar las extracciones, dejando la vía (central o periférica) permeable para administrar tto	RUTH CAUDEVILLA Y ANA DOMENECH
4-Llevar la sangre al laboratorio y traer los resultados	PILAR RUTIA
5-Ofrecer bocado, coordinación con cocina y colocar sábanas en sillones	M ^a JESÚS FERRÁNDEZ, PILAR OMELLA Y PILAR ESTEBAN
6-Elaborar Díptico de acogida a pacientes al HD	TERESA TEJERO Y JULIO LAMBEA
7- Elaborar información sobre cuidados	Equipo de mejora

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Presentación en Congreso de Calidad Nacional (3 personas)</u>	<u>1200</u>
<u>Folletos informativos</u>	<u>300</u>
TOTAL	<u>1500</u>

Lugar y fecha:

TERESA TEJERO LÓPEZ
 Zaragoza 21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Aplicación de una nueva herramienta en la Gestión del Conocimiento en un Servicio de Urgencias

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Julián Mozota Duarte

Profesión

Médico. Responsable de Calidad del Servicio.

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Hospital Clínico Lozano Blesa – Servicio de Urgencias

Correo electrónico:

jmozota@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 55 64 00- 3964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alberto García Noaín	Médico	Sº Urgencias. Hospital Clínico
Francisco Ruiz Ruiz	Médico	Sº Urgencias. Hospital Clínico
Begoña Domínguez Sanz	Enfermera	Supervisora Sº Urgencias. Hospital Clínico
José Luis Alcega Tirado	Enfermero	Sº Urgencias. Hospital Clínico
Miguel Rivas Jiménez	Médico	Sº Urgencias. Hospital Clínico

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...

Nuestro Servicio de Urgencias atiende a más de 120.000 pacientes al año, con enorme diversidad de patologías, y en el que trabajamos un elevado número de profesionales (22 médicos y más de 100 enfermeras/auxiliares de clínico), con un horario de trabajo de turnos para poder atender todos los días y a todas las horas.

Estas circunstancias entrañan grandes dificultades para la difusión de la información.

La correcta ejecución del trabajo precisa del "saber cómo", en muchas ocasiones adquirido con la experiencia. Pero también la experiencia "per se" genera conocimiento, el cual se pierde si no se transmite y comparte con el resto de compañeros.

El número de facultativos y el trabajo con horarios dispares hace dificultoso que en ocasiones se puedan compartir experiencias, difundir el conocimiento, asistir a todas las sesiones clínicas, o incluso conocer cambios en el organigrama laboral.

El conseguir una herramienta que haga fluir el conocimiento de unos a otros compañeros sería la solución ideal.

Quizás la herramienta exista, y únicamente haya que ponerla en práctica: correo electrónico.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar la comunicación del conocimiento entre el personal de Urgencias.
2. Facilitar la adquisición de nuevos conocimientos al personal de Urgencias.
3. Conseguir un flujo del conocimiento adquirido por cada uno de los miembros del equipo hacia la totalidad del grupo.
4. Conseguir que todos los miembros de Urgencias puedan conocer los temas tratados en las Sesiones del Servicio aunque no puedan asistir.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Recogida de las direcciones de correo electrónicos. Begoña Domínguez, Julián Mozota, José Luis Alcega.
- Selección de la información a enviar. Julián Mozota, Miguel Rivas, Begoña Domínguez.
- Envío y recepción de la información. Julián Mozota, José Luis Alcega.
- Encuesta para evaluar el método de gestión del conocimiento. Alberto García Noaín, Francisco Ruiz Ruiz.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Consideramos que es importante que exista un flujo uniforme de información, de manera que ayude a que nos “acostumbremos” a recibirla y a leerla. Así mismo es importante que todos se sientan cómodos con la información que reciban.

- Número de envíos por mes a cada profesional.
- Porcentaje de profesionales con satisfacción elevada por la información recibida.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

- Recogida de las direcciones de correo electrónicos. Marzo- abril 2008.
- Selección de la información a enviar. Marzo- Diciembre 2008.
- Envío y recepción de la información. Marzo- diciembre 2008.
- Encuesta para evaluar el método de gestión del conocimiento. Noviembre 2008

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Mejora de la atención Urgente al Síndrome de Latigazo Cervical

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Julián Mozota Duarte
Profesión Médico. Responsable de Calidad del Servicio.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital Clínico Lozano Blesa – Servicio de Urgencias
Correo electrónico: jmozota@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 55 64 00- 3964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sergio Duerto Cebollada	Médico	S. Urgencias. H Clínico Lozano Blesa
Elias Pastrana Fuentes	MIR	S. Rehabilitación. H Clínico Lozano Blesa
Mario de la Flor Marín	MIR	S. Rehabilitación. H Clínico Lozano Blesa
Elena García Álvarez	Médico	S. Rehabilitación. H Clínico Lozano Blesa

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...
<p>En la casuística de nuestro Servicio de Urgencias el 10% de los pacientes que atendemos padecen un proceso traumatológico, y en un 20% de estos el origen es un accidente de tráfico, así que aproximadamente atendemos unos 2500 pacientes año por accidente de tráfico.</p> <p>En otoño del año 2007 realizamos una revisión en nuestro Servicio de pacientes que habían sufrido accidente de tráfico y hallamos que en el 50% de los casos existía algún tipo de lesión en el cuello. Sin embargo, existía una enorme variabilidad clínica en el diagnóstico: 56% se diagnosticaban con el término correcto de síndrome de latigazo cervical (sin especificar el grado) y el resto recibían alguno de los siguientes diagnósticos: cervicalgia, contractura, esguince o contusión.</p> <p>El pronóstico del síndrome de latigazo cervical es variable según el grado, pero en ocasiones la evolución es tórpida.</p> <p>Estos son algunos datos hallados en la literatura respecto al pronóstico: el tiempo medio de recuperación oscila entre 40-60 días, un 26% no vuelven al trabajo antes de 6 meses, en un 9% queda como secuela la incapacidad laboral.</p> <p>Así que en resumen es un proceso frecuente, con un diagnóstico mal precisado en nuestro centro, y con un pronóstico en ocasiones malo. Desconocemos si el tratamiento que realizamos se ajusta a lo recomendado por los expertos.</p> <p>Probablemente un diagnóstico preciso y la protocolización del diagnóstico y tratamiento puedan mejorar el pronóstico.</p>

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Elaborar un protocolo de asistencia, diagnóstico y tratamiento del síndrome de latigazo cervical en Urgencias.

Difundir el protocolo.

Formar adecuadamente a los profesionales que atienden a estos pacientes en urgencias.

Disminuir la variabilidad clínica

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Análisis de la situación actual: estudio piloto para evaluar como realizamos el diagnóstico y tratamiento. Sergio Duerto, Elias Pastrana, Mario de la Flor.
- Elaboración de un Protocolo de diagnóstico y tratamiento del síndrome de latigazo cervical. Julián Mozota, Elias Pastrana, Mario de la Flor, Elena García.
- Difusión del protocolo y formación de los profesionales que atienden las urgencias traumatológicas. Julián Mozota, Elias Pastrana, Mario de la Flor, Elena García.
- Elaboración de carteles con el nuevo protocolo. Sergio Duerto, Elías Pastrana.
- Análisis de la situación tras la implantación del protocolo: estudio piloto para evaluarlo. Sergio Duerto, Elias Pastrana, Mario de la Flor.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Existencia de Protocolo al final del periodo.
- Porcentaje de historias con diagnóstico adecuado de las lesiones cervicales postraumáticas.
- Porcentaje de historias con tratamiento adecuado según el grado de síndrome de latigazo cervical.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

- Estudio piloto para evaluar como realizamos el diagnóstico y tratamiento. Marzo- Abril 2008.
- Elaboración de un Protocolo de diagnóstico y tratamiento del síndrome de latigazo cervical. Marzo-Mayo 2008.
- Difusión del protocolo y formación de los profesionales que atienden las urgencias traumatológicas. Junio-Octubre 2008.
- Elaboración de carteles con el nuevo protocolo. Septiembre 2008.
- Análisis de la situación tras la implantación del protocolo. Noviembre-Diciembre 2008.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Creación de un sistema informático y anónimo de notificación de errores en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos MIGUEL RIVAS JIMÉNEZ
Profesión MÉDICO.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO HOSPITALARIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA".
Correo electrónico: rivasjimenezmiquel@yahoo.es/ mrivasj@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-556400 Extensión: 3954; 3915; 3959.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Julián Mozota	Médico Adjunto. Responsable de calidad del S. Urgencias.	S. URGENCIAS. HCU.
Alberto Millán	Médico Adjunto	S. URGENCIAS. HCU
Sara Galán	MIR de M. Familia	S. URGENCIAS. HCU.
M ^a Dolores Sada	Supervisora de Enfermería	S. URGENCIAS. HCU.
Angel Vicente	Especialista en M. Preventiva. MIR de M. Familia.	S. URGENCIAS. HCU.
Carmen García	Enfermera	S. URGENCIAS. HCU.

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...
INTRODUCCIÓN: La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Los servicios de urgencias (S.U) son elementos del sistema sanitario donde puede producirse una elevada tasa de eventos adversos y errores. En el estudio ENEAS se aporta que un 37,5 % de los que ocurren en el periodo de admisión en planta tienen su origen en el S.U. Sobre el total de los errores del hospital, el servicio de urgencias supuso el 3 %, de los cuales el 44.8 % supusieron un incremento de la estancia del paciente y el 13.8 % fueron catalogados como graves.
ERRORES MÁS FRECUENTES EN URGENCIAS: Las causas que más frecuentemente se han apuntado son: presión asistencial, falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuada de pacientes, turnos de trabajo, guardias, interrupciones continuas, estrés, errores de comunicación y errores de medicación. Fruto de los resultado del estudio ENEAS (2005) se detectan los

siguientes tipos de EA (eventos adversos o errores):

1. Error en diagnóstico clínico
2. Retraso en el diagnóstico
3. Falta de atención en la anamnesis
4. Error de identificación del paciente
5. Error de etiquetas identificativas en los tubos de Hemograma
6. Contaminación de sangre en el laboratorio
7. Demora peligrosa en la atención en el SU
8. Altas prematuras.
9. Existencia de puntos negros: Clasificación (triaje), cambios de turno y problemas de comunicación.

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ANÁLISIS

Una de las herramientas más importantes para desarrollar una auténtica y eficaz cultura de seguridad clínica es la notificación voluntaria de EA. Gracias a este sistema se permite notificar, por parte de los profesionales implicados y mediante un sistema informático que garantice la confidencialidad, efectividad y anonimato los eventos adversos, muchos de ellos prevenibles. Dichas notificaciones se acompañarán de retroalimentación positiva, comunicando al equipo asistencial los datos recogidos, las medidas adoptadas y las soluciones posibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bates DW, et al. JAMA 1995; 274:29-34.
2. Orentlicher D. Med Care 2000; 38:247-9.
3. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo.
4. López L, et al. Todo Hospital 2003; 198: 456-61.
5. Canovas M, et al: Eventos adversos en los servicios de urgencias. Emergencias 2007; 3:7-13.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Creación de un comité multidisciplinar de seguridad clínica en el Servicio de Urgencias.
2. Desarrollar actividades formativas para los miembros del grupo de mejora
3. Establecer una adecuada estrategia, en el equipo asistencial del SU, de notificación de errores y eventos adversos en nuestro servicio.
4. Conocer la cultura existente en el S. de Urgencias acerca de la seguridad clínica.
5. Información a la dirección del centro y a los profesionales del servicio de las medidas puestas en marcha para la mejora continua de la calidad y la seguridad clínica.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Análisis de los eventos adversos notificados (Equipo de mejora).
2. Análisis de los casos centinela (Causa-raíz) entre el equipo de mejora con

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

- posterior difusión en el grupo de calidad del servicio, los agentes implicados en el caso, y los distintos profesionales del Servicio de Urgencias (Equipo de mejora).
3. Creación de una base de datos y registro de errores en el servicio de urgencias. (Dres: Mozota, Vicente y Rivas).
 4. Difusión entre el grupo de mejora de bibliografía relacionada con el proyecto (Dr. Rivas).
 5. Creación de un soporte informático (WEB) para notificación en el servicio de urgencias (Equipo de mejora).
 6. Realización de sesiones de calidad relacionados con el tema a los profesionales del Servicio de Urgencias, analizando los datos encontrados y las soluciones de mejora. (Equipo de mejora).
 7. Alertas de seguridad clínica (Equipo de mejora).

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Estudio descriptivo y análisis de las errores de notificados en el Servicio de Urgencias durante un año.
2. Publicación en el servicio y en la Intranet del hospital de las áreas a mejorar en seguridad clínica en nuestro servicio.
3. Información de alertas informáticas a través de los correos electrónicos a los profesionales del servicio
4. Número de casos centinela graves detectados como errores a lo largo de un 6 meses, durante el año 2008, en pacientes médicos que ingresan en UCI o en el hospital ingresados y clasificados como grado D o más grave.
5. Número de casos detectados en el Servicio de Urgencias relacionados con problemas de comunicación.
6. Creación de una base de datos sobre EA.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:Marzo 2008

Fecha de finalización:Abril 2009

Calendario:

1. Estudio descriptivo de los EA y errores notificados a lo largo de un año (Marzo 2009)
2. Creación de un sistema informático de notificación (Marzo a Junio de 2008)
3. Información de alertas: Una mensual a partir de Junio de 2008
4. Evaluación de los indicadores iniciales propuestos (Segundo semestre de 2008)
5. Creación de una base de datos (segundo trimestre de 2008).

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Bibliografía</u>	<u>300 euros</u>
<u>Material informático</u>	<u>2000 euros</u>
<u>Visita al Hospital de Mútua de Tarrasa del equipo de seguridad</u>	<u>600 euros.</u>
TOTAL	2.900 euros

Lugar y fecha:

Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza.

Viernes 22 de Febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a ÁNGELES MARTÍN BURRIEL

Profesión

DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)

HCU LOZANO BLESA

Correo electrónico:

denf-formacion.hcu@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

619048332

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PILAR MARTINEZ LÓPEZ	FISIOTERAPEUTA	HCU LOZANO BLESA
ANA JESÚS REGLA RANFAST	FISIOTERAPEUTA	HCU LOZANO BLESA
ANA ISABEL HERRERA SERRANO	DUE	HCU LOZANO BLESA
TERESA CUELLO ARAZO	DUE	HCU LOZANO BLESA
ANA SANZ PLUMED	DUE	HCU LOZANO BLESA
M ^a ÁNGELES ZARAZAGA HERNANDEZ	TRABAJADORA SOCIAL	HCU LOZANO BLESA

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...

Entre Mayo y Noviembre de 2005 se realizó un estudio de investigación entre los cuidadores principales de los pacientes ingresados en ocho unidades de adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Estos servicios se eligieron por tener la estancia media más alta del hospital. Se incluyeron unidades quirúrgicas y servicios donde la patología tratada es crónica para abarcar los distintos perfiles de los cuidadores y acompañantes.

La metodología utilizada fue de carácter cualitativo porque se pretendía describir la realidad de los cuidadores bajo su propia perspectiva. Los datos del estudio se obtuvieron mediante observación participante, notas de campo, grabaciones y transcripciones definitivas de grupos de discusión compuestos por cuidadores.

Se realizaron cinco grupos de discusión hasta la saturación de resultados. A los grupos asistieron un total de 22 cuidadores.

Entre los resultados obtenidos se observó un déficit de información de los cuidadores al alta sobre aspectos relacionados con la forma de proporcionar los cuidados a sus enfermos o sobre administración de medicamentos.

La mayoría de las personas dependientes son atendidas en sus hogares por sus familiares, estos cuidadores precisan consejos útiles para hacer frente a los múltiples problemas que pueden presentarse.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Son estas las razones por las que, con este proyecto de mejora, se pretende mejorar la información de los cuidadores con el fin de que estén preparados para afrontar los retos que se les pueden presentar en el domicilio. Así mismo, se pretende proporcionar el máximo apoyo y orientación para contribuir al bienestar del propio cuidador.

Se considera que con una planificación adecuada de los cuidados que deben proporcionar los cuidadores a sus enfermos, "cuidando bien" de sí mismos y estando al tanto de la ayuda disponible, la tarea puede ser más fácil. Estos aspectos contribuirán a que sean mejores cuidadores y ayudarán a que la persona cuidada permanezca en su hogar por más tiempo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior:

- Creación de un equipo de mejora multidisciplinar de profesionales de atención Primaria y Especializada.
- Diseño de una plantilla para OMI para la recogida de la atención proporcionada a los cuidadores en las consultas de Enfermería y Trabajo social.
- Establecimiento de un circuito de captación y derivación de cuidadores entre niveles.
- Elaboración de Folletos informativos para cuidadores: Prevención de caídas, prevención de UPP, consejos generales para cuidar a pacientes mayores y dependientes y autocuidado para el cuidador.
- Se han impartido talleres piloto en centros de Atención Primaria.
- Encuesta de satisfacción de los talleres impartidos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la información proporcionada al alta a los cuidadores de pacientes crónicos y dependientes ingresados en el HCU Lozano Blesa.
- Mejorar la Calidad de los cuidados ofertados a los cuidadores del Sector Zaragoza III

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	15%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	25%
TOTAL	100%

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Proyector multimedia portátil (Cañón)	1015
Edición de carteles y folletos	200
Presentación en Congreso Calidad	1000
TOTAL	2215€

Fecha y firma: 22/02/2008

M^a ÁNGELES MARTÍN BURRIEL

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a ÁNGELES MARTÍN BURRIEL

Profesión

DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)

HCU LOZANO BLESA

Correo electrónico:

denf-formacion.hcu@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

619048332

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PILAR MARTINEZ LÓPEZ	FISIOTERAPEUTA	HCU LOZANO BLESA
ANA JESÚS REGLA RANFAST	FISIOTERAPEUTA	HCU LOZANO BLESA
ANA ISABEL HERRERA SERRANO	DUE	HCU LOZANO BLESA
TERESA CUELLO ARAZO	DUE	HCU LOZANO BLESA
ANA SANZ PLUMED	DUE	HCU LOZANO BLESA
M ^a ÁNGELES ZARAZAGA HERNANDEZ	TRABAJADORA SOCIAL	HCU LOZANO BLESA

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...

Entre Mayo y Noviembre de 2005 se realizó un estudio de investigación entre los cuidadores principales de los pacientes ingresados en ocho unidades de adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Estos servicios se eligieron por tener la estancia media más alta del hospital. Se incluyeron unidades quirúrgicas y servicios donde la patología tratada es crónica para abarcar los distintos perfiles de los cuidadores y acompañantes.

La metodología utilizada fue de carácter cualitativo porque se pretendía describir la realidad de los cuidadores bajo su propia perspectiva. Los datos del estudio se obtuvieron mediante observación participante, notas de campo, grabaciones y transcripciones definitivas de grupos de discusión compuestos por cuidadores.

Se realizaron cinco grupos de discusión hasta la saturación de resultados. A los grupos asistieron un total de 22 cuidadores.

Entre los resultados obtenidos se observó un déficit de información de los cuidadores al alta sobre aspectos relacionados con la forma de proporcionar los cuidados a sus enfermos o sobre administración de medicamentos.

La mayoría de las personas dependientes son atendidas en sus hogares por sus familiares, estos cuidadores precisan consejos útiles para hacer frente a los múltiples problemas que pueden presentarse.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

Son estas las razones por las que, con este proyecto de mejora, se pretende mejorar la información de los cuidadores con el fin de que estén preparados para afrontar los retos que se les pueden presentar en el domicilio. Así mismo, se pretende proporcionar el máximo apoyo y orientación para contribuir al bienestar del propio cuidador.

Se considera que con una planificación adecuada de los cuidados que deben proporcionar los cuidadores a sus enfermos, "cuidando bien" de sí mismos y estando al tanto de la ayuda disponible, la tarea puede ser más fácil. Estos aspectos contribuirán a que sean mejores cuidadores y ayudarán a que la persona cuidada permanezca en su hogar por más tiempo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior:

- Creación de un equipo de mejora multidisciplinar de profesionales de atención Primaria y Especializada.
- Diseño de una plantilla para OMI para la recogida de la atención proporcionada a los cuidadores en las consultas de Enfermería y Trabajo social.
- Establecimiento de un circuito de captación y derivación de cuidadores entre niveles.
- Elaboración de Folletos informativos para cuidadores: Prevención de caídas, prevención de UPP, consejos generales para cuidar a pacientes mayores y dependientes y autocuidado para el cuidador.
- Se han impartido talleres piloto en centros de Atención Primaria.
- Encuesta de satisfacción de los talleres impartidos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la información proporcionada al alta a los cuidadores de pacientes crónicos y dependientes ingresados en el HCU Lozano Blesa.
- Mejorar la Calidad de los cuidados ofertados a los cuidadores del Sector Zaragoza III

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	15%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	25%
TOTAL	100%

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Proyector multimedia portátil (Cañón)	1015
Edición de carteles y folletos	200
Presentación en Congreso Calidad	1000
TOTAL	2215€

Fecha y firma: 22/02/2008

M^a ÁNGELES MARTÍN BURRIEL

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Reestructuración de la asistencia anticonceptiva en el Área III (Consulta específica para la atención de las mujeres del área III del Salud, que demanden asistencia anticonceptiva)</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos José Vicente González Navarro</p>
<p>Profesión Especialista en Obstetricia y Ginecología</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro Especialidades “Inocencio Jiménez”. Hospital “Lozano Blesa”. Servicio de Ginecología.</p>
<p>Correo electrónico: jvgonzal@unizar.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 34 40 00 (Ext 102)</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Repolles Lasheras, Sira	FEA	Inocencio Jimenez
Leal Cariñena, Concepción	FEA	Inocencio Jimenez
Velasco Cerdá, Isabel	FEA	Inocencio Jimenez
Ariño Elena	DUE	Inocencio Jimenez

<p>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...</p> <p>La atención a la demanda de anticoncepción de las mujeres del área III del Salud venía siendo prestada desde la consulta de anticoncepción ubicada en el centro de especialidades “Inocencio Jiménez”.</p> <p>Dicha consulta era gestionada de manera mixta por atención primaria y atención especializada. De manera que el personal facultativo procedía de especializada y el resto del personal de asistencia primaria.</p> <p>La evolución de la consulta desde su inicio no se acompañó de las modificaciones que exigía la demanda de dicha asistencia, por lo que llegó un momento en que las necesidades estructurales de la consulta planteaba la reestructuración de la misma. Con ella se pretende dar salida a las necesidades reales de nuestras demandantes de asistencia, y así mejorar la calidad de la misma.</p> <p>A partir de ese momento hubo que realizar la modificación tanto de la forma de acceso a la misma, como la cartera de servicios.</p>
--

<p>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior</p>
--

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Responder a la demanda sin demora de inicio de anticoncepción.
2. Solucionar sin demora los problemas que surjan con el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.
3. Atención prioritaria a los grupos de riesgo
 - Jóvenes.
 - Mujeres de más de cuarenta años.
 - Mujeres con patología orgánica o psicológica.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Informar a los médicos de atención primaria de la forma de derivación de las demandantes de anticoncepción
2. Informar a los médicos de atención primaria de la cartera de servicios de la consulta.
3. Involucrar a los médicos de atención primaria en la asistencia anticonceptiva.
4. Realización de talleres de formación continuada para el personal de atención primaria.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Número de días de demora para recibir asistencia anticonceptiva.
2. Número de centros de atención primaria que derivan adecuadamente.
- 3.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 01 de enero de 2008	Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2008
--------------------------------------	--

Caleandario:

1. Comunicación a los centros de salud de la disponibilidad de la consulta (01 03 08)
2. Comunicar a los centros de salud la cartera de servicios de la consulta (01 03 08)

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Control de la Seguridad en el uso de fármacos en el Servicio de Urgencias.</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Julián Mozota Duarte</p> <p>Profesión Médico. Responsable de Calidad del Servicio.</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital Clínico Lozano Blesa – Servicio de Urgencias</p> <p>Correo electrónico: jmozota@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 55 64 00- 3964</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Daniel Sáenz Abad	Médico	S. Urgencias. H Clínico Lozano Blesa
Beatriz Sierra Bergua	Médico	S. Urgencias H Clínico Lozano Blesa
Pilar Miranda Arto	MIR	H Clínico Lozano Blesa
Teresa Pardo Vintanel	MIR	H Clínico Lozano Blesa
Ángel Vicente	MIR	H Clínico Lozano Blesa
Loreto Espuis Albas	MIR	H Clínico Lozano Blesa

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 seguridad es una de las dimensiones de la calidad, quizás la que mayor trascendencia tiene desde el punto de vista del paciente.

Los errores de medicación constituyen un grave problema de salud pública, cuya prevención precisa la participación y el esfuerzo de todos. En los Servicios de urgencias se utilizan muchos fármacos y no se han realizado análisis para evaluarlos.

La OMS ha seleccionado como prioridad la prevención de los errores de medicación continuados.

En las dos situaciones siguientes la utilización de fármacos está bien establecida, y se han marcado estándares de calidad:

Primera. Según los expertos la primera dosis de antibiótico debería administrarse en casos de sepsis grave en la primera hora tras el diagnóstico, y nunca más tarde de cuatro horas tras su llegada a Urgencias.

Segunda. Las guías de práctica médica de diferentes Sociedades Médicas recogen los factores de riesgo y las indicaciones de profilaxis, así como la utilidad y eficacia de la profilaxis para evitar la aparición de nuevos casos de Enfermedad Tromboembólica.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conocer el grado de error que existe en el uso de algunos fármacos en Urgencias

Mejorar el tiempo hasta la administración de la primera dosis antibiótica.

Mejorar la profilaxis de la enfermedad tromboembólica

Disminuir la variabilidad clínica.

Aumentar la Seguridad en el uso de los fármacos utilizados en Urgencias.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
-------	---

<p>7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR</p> <p>Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la situación: Revisión de varias muestras de tratamientos (una cada trimestre), centrándonos en tres aspectos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis de errores de dosificación y de intervalo (contraste entre por dos expertos), Julián Mozota, Daniel Sáenz, Beatriz Sierra. 2. Análisis del tiempo puerta-administración de primera dosis antibiótica. Julián Mozota, Pilar Miranda, Teresa Pardo, Angel Vicente, Loreto Espuis. 3. Análisis del uso de heparinas de bajo peso molecular en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica. Julián Mozota, Pilar Miranda, Teresa Pardo, Angel Vicente, Loreto Espuis. - Difusión de los resultados entre los profesionales. Julián Mozota, Daniel Sáenz, Beatriz Sierra.

<p>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitorización</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de hojas de tratamiento con errores de dosificación o/y de intervalo por trimestre. - Tiempo puerta-administración de primera dosis antibiótica por trimestre. - Porcentaje de pacientes con adecuada profilaxis de la enfermedad tromboembólica por trimestre.

<p>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Fecha de inicio: Marzo 2008</td> <td>Fecha de finalización: Enero 2009</td> </tr> </table> <p>Caleandario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis de errores de dosificación y de intervalo (contraste entre por dos expertos). Un análisis cada trimestre. 2. Análisis del tiempo puerta-administración de primera dosis antibiótica.). Un análisis cada trimestre. 3. Análisis del uso de heparinas de bajo peso molecular en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica.). Un análisis cada trimestre. 4. Difusión de los resultados entre los profesionales.). Un análisis cada trimestre. 	Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: Enero 2009
Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: Enero 2009	

